

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 24 • Número 1 (especial) • 2007

**S  
U  
M  
A  
R  
I  
O**

**Especial**

**XLII**

**Reunión de la  
Asociación Española  
de Psiquiatría  
Infanto-juvenil**



## LA RELAJACIÓN Y LOS ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACION

Sevillano Aparicio I, Hernández Alonso A, Pisano Guerra R, Yabar Fernández Y.

Hospital de Basurto. Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil. Servicio de psiquiatría

**Introducción.** Contamos nuestra experiencia con la relajación como herramienta terapéutica, válida con adolescentes con anorexia restrictiva.

Desde la apertura de la unidad, donde trabajamos como auxiliares de enfermería, reservamos un espacio diario para hacer relajación.

### Objetivos

- Incrementar el nivel de relajación en las adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva.
- Enseñar la relajación muscular profunda con distintos ejercicios.
- Entrenar para observar y reconocer la tensión corporal.
- Mantener la atención focalizada en la idea de un objeto.

**Desarrollo.** Elegimos una muestra de 11 adolescentes, de entre 11 y 16 años, ingresadas entre 7 y 46 días en el 2006, diagnosticadas de anorexia nerviosa restrictiva.

Se realiza una práctica de relajación diaria.

El ejercicio es grupal, se realiza en una sala amplia y acondicionada.

El tipo de relajación depende de las características del grupo.

Justo después de hacer la relajación, se hace una puesta en común.

Por ultimo realizan un registro valorando el grado de relajación antes y después de realizar la práctica, así como las diferentes dificultades que hayan podido tener.

Prácticas de relajación:

Explicamos las diferentes prácticas de relajación: relajación muscular pasiva, tensión/relajación, masaje con pelotas y visualización.

Valoramos el grado de relajación, según los datos obtenidos en los registros realizados, haciendo una diferencia entre el grado de relajación antes y después de hacer la practica, así como las dificultades que han tenido.

**Conclusiones.** Las prácticas en relajación son efectivas, en todas las prácticas de relajación se ve que existe diferencia entre antes y después de realizarla.

## ALTERACIONES EN LA CONCENTRACIÓN DE N-ACETIL ASPARTATO EN EL CORTEX PREFRONTAL DORSOLATERAL EN PRIMEROS EPISODIOS DE PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: CORRELATOS COGNITIVOS, CURSO Y VALOR PREDICTIVO

Zabala Rabadán A\*; Sanchez GonzálezJ\*\*; Parellada Redondo MJ\*; Robles Aranda O\*; Burdalo López M\*; Moreno Pardillo D\*; Ruiz Sancho A\*; Mayoral Aragón M\*; Desco Menéndez M\*\*; Arango López C\*

\*Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. \*\*Laboratorio de Imagen Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Bajas concentraciones de N-acetil aspartato (NAA) son interpretadas como un marcador de cambios en la integridad neuronal. Esta alteración ha sido asociada a los déficits cognitivos descritos en adultos con esquizofrenia<sup>1</sup> y recientemente ha demostrado su valor como predictor de curso de la enfermedad en psicosis<sup>2</sup>. Los estudios en población infanto-juvenil son escasos y aún no se ha descrito consistentemente la presencia de dicha alteración.

**Objetivos:** a) Determinar la posible alteración de las concentraciones de NAA en el cortex prefrontal dorsolateral (CPFDL) en adolescentes con un primer episodio psicótico, b) valorar la posible especificidad de las alteraciones comparando diferentes diagnósticos psicóticos, c) estudiar posibles asociaciones entre funcionamiento cognitivo frontal y concentraciones de NAA en el CPFDL, d) estudiar el curso de las alteraciones detectadas y e) determinar el valor predictivo de las concentraciones de NAA sobre el rendimiento funcional del paciente.

**Métodos:** Se evaluaron 71 adolescentes con un primer episodio psicótico y 51 controles sanos pareados Incluir edades medias de dos grupos. El diagnóstico se determinó mediante la entrevista Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version. Se obtuvieron espectros de voxel único del CDLPF derecho e izquierdo, utilizando una secuencia PRESS (TE=136 ms, TR=1500 ms, NEX=128) en un sistema de resonancia magnética de 1.5 T con y sin supresión de agua. El volumen de muestra fue de 6.75 c.c. El procesamiento de la señal se realizó mediante un algoritmo no-lineal (AMARES). La cognición se valoró mediante una amplia batería de pruebas neuropsicológicas.



2 cas y el rendimiento funcional a través de la escala Global Assessment of Functioning (GAF) en una visita realizada a los 2 años de seguimiento en la que además se repitió el estudio espectroscópico.

**Resultados:** se detectaron diferencias entre pacientes y controles en la concentración de NAA/agua en el CPFDL izquierdo ( $p=0.014$ ). Estas diferencias se observaron para el grupo de pacientes con esquizofrenia ( $n=20$ ) ( $p=0.01$ ), pero no para pacientes bipolares ( $n=17$ ) o en el grupo de “otras psicosis” ( $n=26$ ). No se detectó ninguna diferencia en el CPFDL derecho. Se observaron déficits cognitivos en todas las áreas evaluadas en todos los grupos de pacientes. Cuando se incluyeron todos los sujetos evaluados, se detectó una correlación entre concentraciones de NAA/agua en el CPFDL izquierdo y funcionamiento cognitivo dependiente de esta región ( $n=107$ ;  $r=0.46$   $p=0.03$ ). No se detectaron diferencias en las concentraciones de NAA/agua durante el seguimiento a 2 años (esquizofrenia  $n=11$ ; bipolar  $n=7$ ; “otras psicosis”  $n=10$ ). Para el grupo de pacientes bipolares, menores concentraciones de NAA/agua izquierdo supusieron menores puntuaciones en la escala GAF ( $r=0.769$   $p=0.0003$ ). ¿Quieres decir que predice el GAF a los dos años, no? Tal como está no se entiende

**Conclusiones:** Los adolescentes con esquizofrenia presentan un patrón específico de afectación neuronal al comienzo de la enfermedad en comparación con otros diagnósticos psicóticos, que permanece estable durante los primeros años de la enfermedad. Las concentraciones de NAA/agua podrían constituir un marcador de mal pronóstico, al menos para aquellos que serán diagnosticados de trastorno bipolar. Las alteraciones cognitivas están presentes en todos los pacientes, y parecen constituir un marcador inespecífico de psicosis.

**Referencias**1. Bertolino, A., et al., 2003. Working memory deficits and levels of N-acetylaspartate in patients with schizophreniform disorder. *Am J Psychiatry*, 160(3): 483-489.

2. Wood, S.J., et al., 2006. Prediction of functional outcome 18 months after a first psychotic episode: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Arch Gen Psychiatry*, 63(9): 969-976.

**Agradecimientos:** Estudio financiado por el Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, RETICS: Red de Enfermedades Mentales (REM-TAP).

## PSICOPATOLOGIA EN ADOLESCENTES USUARIOS DE UNA CLINICA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Fernandez V<sup>1</sup>, Kramer T<sup>2</sup>, Fong G<sup>3</sup>, Doig A<sup>4</sup>, Garralda ME<sup>5</sup>

1 Clinical Research Fellow (Koplowitz Fellowship) 2 Senior Clinical Research Fellow 5 Professor in Child and Adolescent Psychiatry. 1, 2, 5 Academic Unit of C&A Psychiatry. Imperial College London. St. Mary's Campus. 4 Consultant in Child and Adolescent Psychiatry. Harrow CAMHS (London). 3 Consultant in Child and Adolescent Psychiatry. Barnet Mental Health Trust (London)

**Introducción:** En el Reino Unido existe una preocupación creciente por las relaciones sexuales tempranas y las asociaciones de estas con delincuencia, abuso de sustancias y riesgo de exposición al VIH<sup>1,2</sup>. Sin embargo, los problemas emocionales y de conducta en jóvenes usuarios de clínicas de planificación familiar no han sido estudiados hasta ahora.

**Objetivos:** Valorar si el grado, naturaleza y asociaciones de los problemas de conducta y emocionales en adolescentes usuarios de una clínica de planificación familiar difieren de aquellos en la comunidad.

**Desarrollo:** Se llevó a cabo un estudio transversal en una clínica de planificación familiar londinense para jóvenes. 178 usuarios consecutivos de menos de 20 años fueron invitados a participar. 117 (66%) dieron su consentimiento. 96 (83.5%) eran mujeres, y de estas se seleccionaron las de 16 a 18 años, 66 (56.4%). El grupo control lo constituyeron 63 alumnas de 16 a 18 años de un colegio de Londres. Se recogieron datos demográficos e información sobre el consumo de drogas, actitudes y prácticas sexuales. Se utilizaron el Beck Depresión Inventory (BDI) y el Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) para evaluar síntomas psiquiátricos.

El grupo de usuarios de la clínica mostró diferencias en conducta sexual, consumo de tabaco, cannabis y alcohol de forma regular. Las puntuaciones en las subescalas emocional, de conducta e hiperactividad del SDQ y los síntomas depresivos del BDI fueron también significativamente mayores.

**Conclusiones:** Las clínicas de planificación familiar ofrecen una oportunidad para la intervención y prevención de conductas de riesgo y síntomas emocionales y de conducta en jóvenes vulnerables.

### Bibliografía:

1. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K,



Fenton et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. Lancet 2001; 358: 1835-42.

2. Welling K, Nanchahal K, Macdowall W, McManus S, Erens B, Mercer CH, Johnson AM et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. Lancet 2001; 358: 1843-50.

## FIABILIDAD Y SUGESTIONABILIDAD. DECLARACIONES JUDICIALES DE MENORES EN ABUSOS SEXUALES

M<sup>a</sup> José Güerre Lobera, Fernando García Sánchez, Vane-  
sa Gómez Macías, Carmen Moreno Menguiano, Ana M<sup>a</sup>  
García Sánchez

Servicios de Salud mental. Área 8. Madrid.

**Introducción.** Existe una elevada prevalencia de tras-torno de estrés postraumático( 24% -70%) en menores ya sea en relación a un suceso puntual(atentado..) o cró-nico, como los abusos sexuales. Acontecimientos cuyo impacto se mantiene en la mayor parte de las ocasiones durante el ulterior desarrollo.

Simplificando se puede definir el testimonio o decla-ración como toda aquella informacion que es por una persona sobre un suceso que lo ha presenciado directa-mente.

**Objetivos.** Analizar las características de los testimo-nios de los menores en los los juicios por abusos sexua-les, así como las diferentes variables que influyen en el mismo. Mediante una revisión de la bibliografía de mayor impacto en los últimos años.

**Desarrollo y conclusiones.** Existen diferentes varia-bles que influyen en la fiabilidad y exactitud de los tes-timonios judiciales tanto de menores como de adultos. Factores que depeden tanto de las variables del suceso( tiempo de exposición, serenidad ante el suceso...) varia-bles del testigo, la edad( una de las más importantes) y variables relacionadas con la recogida de la información.

En relación al tema que nos ocupa, en los menores es fundamental conocer las etapas de desarrollo de la memoria, su capacidad de retener información y recupe-rarla elaboradamente para establecer un relato. La franja que genera mayores dificultades es de 0 - 5 años. Entre los 7-9 años ya son capaces de establecer un relato con adecuada cronología y a partir de los 12 establecer un relato coherente.

Otro factor importante en el modo de recogida de la información, en estos casos suelen ser interrogados en numerosas ocasiones, pudiendo sugerir el relato.

Así los menores pueden generar un relato fiable, pero sería aconsejable controlar el modo de valoración y obe-tención de la infoemación con preguntas abiertas y res-tringiendo el número de valoraciones para que no se con-tamine y llene de inexactitud el testimonio.



#### 4 TRASTORNO DE CONVERSIÓN: LA MENTE MANDA ENFERMAR AL CUERPO

Ochando Perales, G.; Peris Cancio, S.; Millán Olmo MC.; Loño Capote, J.

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

**Introducción:** El Trastorno de Conversión (TC) es la expresión directa y actual de un conflicto o necesidad psicológica mediante la pérdida o alteración de una función física. El trastorno no está originariamente bajo el control voluntario y no puede explicarse por ningún trastorno físico. Es un mecanismo defensivo básico: cuando el síntoma está presente desaparece la angustia. Los síntomas más clásicos son los que sugieren una afectación neurológica.

**Objetivos:** Revisamos las variables que intervienen en la etiopatogenia del TC a través del visionado del video de un caso.

**Desarrollo:** Paciente de 13 años ingresada por aparición brusca de dificultad en la marcha con inestabilidad importante en bipedestación que impide la deambulación. Descartada afectación orgánica con exploraciones complementarias. Factores Predisponentes: rivalidad con hermana, madre rígida, figura paterna ausente, rasgos de personalidad perfeccionista. Factor desencadenante: humillación por parte de compañeras. Mecanismo de simbolización: No aceptación de realidad (“no puedo poner los pies en la tierra”, “cuando pongo los pies en el suelo me fallan porque me pesa el cuerpo”). Resolución del cuadro en 15 días tras realización de psicoterapia intensiva. La colaboración por parte de los padres en el tratamiento fue un factor determinante en la resolución del cuadro.

**Conclusiones:** Es fundamental la valoración de los factores etiopatogénicos (factores predisponentes, factores desencadenantes y vulnerabilidad) implicados en el desarrollo del TC en cada paciente para el posterior tratamiento psicoterapéutico

#### VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO DE TDAH EN LAS DERIVACIONES DE PEDIATRÍA A SALUD MENTAL INFANTIL

Morán Sánchez I; Navarro Mateu F, de Concepción Salesa A, Robles Sánchez F.

Centro de trabajo: CSM Cartagena (Cartagena); Unidad Docente Subdirección General de salud Mental (El Palmar) Murcia; IMAS (Murcia); Centro de Salud Mental Infantil Molina de Segura (Molina de Segura) Murcia.

Titulación académica: Médico especialista en Psiquiatría; Médico especialista en Psiquiatría; Médico especialista en Psiquiatría y Pediatría; Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria.

**Objetivo.** Evaluar la validez del diagnóstico clínico de TDAH

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Área VI de Salud Mental de Murcia.

**Pacientes.** La muestra la componen los pacientes que son derivados de forma consecutiva a la consulta de Psiquiatría Infantil entre los meses de Julio y Septiembre del 2005. Se estudió a un grupo de pacientes diagnosticados de TDAH y a otro con otros diagnósticos, entre ellos los diagnósticos diferenciales del TDAH más frecuentes

**Mediciones principales.** Se compararon los diagnósticos de sospecha en la derivación del pediatra con los definitivos realizados en Psiquiatría. Se estimaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad.

**Resultados.** Se incluyeron 75 pacientes, con un 12% de pérdidas. Se estudiaron 66 casos, 15 TDAH y 51 con otros diagnósticos (23 con los diagnósticos diferenciales de TDAH). La sensibilidad fue del 86,7% (IC del 69,5-100,00%), la especificidad del 54,9% (IC del 95%, 41,3-68,6%), el valor predictivo positivo del 36,1% (IC del 95%, 20,4-51,8%) y un valor predictivo negativo del 93,3% (IC del 95%, 84,4-100,0%).

**Conclusiones.** Se ha obtenido una validez diagnóstica moderada con una sensibilidad alta, una especificidad baja y un valor predictivo positivo bajo estimado para una prevalencia de TDAH baja. Existe una tendencia a sobrediagnosticar el cuadro. El diagnóstico de sospecha en Primaria se asemeja a una prueba de screening. El diagnóstico clínico del nivel primario se debe completar con otras pruebas diagnósticas que nos aporten mayor especificidad.



## EL EFECTO DE LA HIPERACTIVIDAD PERSISTENTE SOBRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y CONTROLADO DE 20 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Moyá Querejeta J, Octavio del Valle I, McLoughlin L, Hawkins A, Taylor E.

Institute of Psychiatry at the Maudsley (Londres)

**Introducción.** Algunos estudios han destacado que la hiperactividad infantil se asocia a delincuencia, abuso de sustancias y problemas interpersonales. Sin embargo, poco se sabe sobre los factores que determinan que un adulto presente estas dificultades ni cuál es el curso evolutivo de la hiperactividad a largo plazo.

**Objetivos.** Examinar el grado de satisfacción en sus relaciones interpersonales (GSRI) de adultos que presentaron un comportamiento hiperactivo en la infancia.

**Desarrollo.** Los participantes fueron reclutados cuando tenían entre 6 y 8 años para el estudio Newham, una encuesta epidemiológica de población no tratada, descrita por Taylor et al. (1991).

Veinte años más tarde se comparó el GSRI (con amigos, familiares, parejas y en las habilidades para negociar conflictos) que experimentaban 40 adultos que fueron hiperactivos en la infancia, 16 de ellos con problemas conductuales entonces, con el GSRI de 25 controles sanos (seleccionados aleatoriamente de entre los niños que puntuaron por debajo del punto de corte entonces) y no se encontraron diferencias entre los dos grupos.

Sin embargo, al comparar aquellos adultos que habían sido hiperactivos y seguían siéndolo con aquellos que dejaron de serlo, se observó que los primeros tenían menor GSRI, especialmente en relación a sus parejas y habilidad para negociar conflictos.

**Conclusiones.** Estos resultados muestran que, en principio, haber padecido hiperactividad en el pasado no implicaría tener GSRI diferentes a los de la población general. Ahora bien, ciertas dificultades podrían existir en aquellos individuos con hiperactividad persistente por lo que la continuidad de ésta hasta la edad adulta, más que haberla padecido en la infancia, podría relacionarse con ciertas dificultades interpersonales.

## ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON TDAH, RESISTENTES AL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ\*; García Campos N\*\*; Loro M\*\*; Aragón M\*\*\*, Campos JA\*\*\*. Quintero-Lumbreras FJ\*\*,\*\*\*.

\*Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. \*\*Clínica Doctor Quintero. Madrid. \*\*\*Instituto Neuroconductual de Madrid.

**Introducción.** El Trastorno por Déficit de Atención es uno de los cuadros más prevalentes en la población infanto-juvenil. Con los recursos hoy disponibles el metilfenidato continúa siendo el tratamiento de elección, preferentemente de manera combinada con el apoyo psicoterapéutico necesario. También sabemos que en un porcentaje aproximado del 30% de los casos no van a responder de forma óptima a este tratamiento o va a presentar efectos secundarios por los que se discontinuará el tratamiento. Teniendo en cuenta que el Metilfenidato actúa de forma principal inhibiendo la recaptación de la Dopamina. En otro orden de cosas, nuevas investigaciones apuntan hacia el papel de la Noradrenalina en la clínica del TDAH, fundamento de nuevas moléculas eficaces en este trastorno.

La Reboxetina, como inhibidor de la recaptación de Noradrenalina ha demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos depresivos y ansiosos. Aunque ya se ha sugerido su posible utilidad en el TDAH, hasta la fecha, las evidencias son escasas. Hay un estudio abierto con una n=31 casos, que encontró eficacia de la Reboxetina en el TDAH (Ratner et al 2005).

**Objetivos y Método.** Se revisaron las historias de 14 pacientes diagnosticados de TDAH que tras un intento previo con Metilfenidato, este no había resultado ya fuera por efectos secundarios que no fueron tolerados por el paciente (n= 8), o por respuesta insuficiente (n= 6 ). El tiempo medio de seguimiento con este tratamiento fue de 10 meses y medio con un intervalo entre 6 y 34 meses, aunque para el presente análisis se centró la revisión en los primeros 6 meses de tratamiento. La respuesta al tratamiento fue medida con el Índice Clínico Global (ICG), el Índice de Mejoría (ICG-M) y la ADHD-RD, con tres medidas, una al inicio del tratamiento, al mes y a los 6 meses.

**Resultados.** En la medida inicial los datos medios



6 fueron de 4,43 en el ICG, de 28,8 en la escala total de ADHD (subescala inatención = 19,7 y la subescala hiperactiva- impulsiva = 9,07)

En la segunda medida, al mes de comenzar el tratamiento con reboxetina, los datos medios fueron: 3,7 en el ICG, de 20,9 en la escala total de ADHD (subescala inatención = 14,4 y la subescala hiperactiva- impulsiva = 7,1)

En la última medida, a los 6 meses de seguimiento con el cambio de tratamiento los resultados fueron una media en el ICG de 3,1, en esta última medida de la ADHD la media en la escala total fue de 12,9 (subescala inatención = 9,2 y la subescala hiperactiva- impulsiva = 3,6). En esta medida final se recoge también el grado de mejoría global, tras los 6 meses de tratamiento con Reboxetina, arrojando una cifra media de mejoría de 2,4, puntuación intermedia entre ligera mejoría y gran mejoría.

A pesar de que los resultados son favorables debemos registrar que en una de los casos la sintomatología del TDAH empeoró, y que en otros tres se discontinuó el tratamiento dentro de las primeras semanas en dos de los casos por los efectos secundarios y en el tercero por falta de adhesión al tratamiento.

**Conclusiones.** La Reboxetina parece ser un tratamiento eficaz para los pacientes diagnosticados de TDAH, máxime si han sido resistentes o con respuesta clínica insuficiente a agentes dopaminérgicos como el Metilfenidato. El plantear el abordaje con un agente Noradrenérgico parece ser una alternativa a tomar en cuenta. Además este tipo de tratamientos podrían tener un papel especial cuando existan comorbilidades con Ansiedad o Depresión. Hacen falta estudios controlados con placebo para confirmar estas tendencias.

#### Bibliografía.

- Ratner S, Laor N, Bronstein Y, Weizman A, Toren P. Six-week open-label reboxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 May;44(5):428-33.
- Connor DF, Steingard RJ. New formulations of stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic potential. *CNS Drugs.* 2004;18(14):1011-30.

## ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ\*; García-Campos N\*\*;  
Amador L\*\*; Aragón M\*\*\*; Loro M\*\*\*\*; Quintero-Lumbreras FJ\*\*, \*\*\*.

\*Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. \*\*Clínica Doctor Quintero. Madrid. \*\*\*Instituto Neuroconductual de Madrid. \*\*\*\*Hospital Universitario de Guadalajara.

**Introducción.** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los problemas más prevalentes en la edad escolar, afectando a entorno al 7%. La presencia de este trastorno, junto con los problemas o comorbilidades que pueden presentar aumenta el riesgo de dificultades en el rendimiento escolar e incluso de fracaso escolar. Son varios los estudios que apuntan la posibilidad de menor capacidad intelectual global en los pacientes con TDAH, e incluso la posibilidad de presentar más riesgo de discapacidad Intelectual.

**Método.** Se analizó la capacidad o cociente intelectual (CI), medido con la Escala Wechsler (WISC-R), en los pacientes atendidos entre 2004 y 2006, seleccionado solo aquellos fueron evaluados en su conjunto y se obtuvo una puntuación de Inteligencia. Se identificaron 470 pacientes diagnosticados de TDAH con CI calculado. La muestra la conformaban 376 varones y 94 mujeres. Esta muestra se comparó con una muestra homogénea de pacientes NO diagnosticados de TDAH, con una n=487. La distribución de este grupo de controles era 258 varones y 229 mujeres.

**Resultados.** El promedio del CI calculado para la muestra con TDAH fue de 103 y de 106 para la muestra de controles NO-TDAH. La Mediana para el grupo de TDAH fue de 103, y de 107 para el grupo NO-TDAH y la Moda de 102 para el grupo de TDAH y de 107 para el grupo NO-TDAH. Entre el grupo de discapacidades encontramos que el 3.6% de los pacientes con TDAH tenían un CI menor de 75, mientras que el 4,93% de los pacientes NO-TDAH tenían ese CI.

**Conclusiones.** En la presentación se exponen algunos de los cálculos estadísticos, que como se verá alcanzan la significación estadística en algunos casos, la pregunta surge en lo relativo a su relevancia en la clínica, o si este discreta desventaja, potencia las interferencias del déficit de atención o por último, si el déficit de atención tiene algo de causalidad en estas diferencias.



Hacen falta mas estudios que amplíen estos datos y confirmen estas tendencias.

### Bibliografía

Quintero Gutiérrez del Alamo, F.J. Correas Laufferr, J.; Quintero Lumberras, F.J.; Trastorno por Déficit de Atención a lo Largo de la Vida. Ed. Ergon. Majadahonda. 2006.

Simonoff, E.; Pickles, A.; Word, N.; Gringras, P.; ADHD Symptoms in Children with Mild Intellectual Disability. J.Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 46:5.2007

## TRATAMIENTO CON METILFENIDATO DE ACCIÓN PROLONGADA, DURANTE MÁS DE UN AÑO

Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ\*; García-Campos, N\*\*; Aragón M\*\*\*; Amador L\*\*; Castro B\*\*; Morales MC\*\*; Corredoira P\*\*\*, Barragán R\*\*; Franco L; García-Otero C\*\*; Quintero-Lumbreras FJ\*\*,\*\*\*.

\*Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. \*\*Clínica Doctor Quintero. Madrid. \*\*\* Instituto Neuroconductual de Madrid.

**Introducción.** El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Es 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. (Barkley, 1998).

En el tratamiento de pacientes con TDAH, ha quedado patente que el uso continuado del Metilfenidato de acción prolongada (combinado con apoyo psicoterapéutico) presupone una buena evolución del trastorno. Al ser de acción prolongada se consigue una eficacia mantenida hasta últimas horas de la tarde. De este modo los pacientes pueden disfrutar de una considerable mejora que abarca las horas de actividad del niño, con una sola dosis administrada por la mañana, mejorando la adherencia.

Existen pocos estudios que hablen de la seguridad y eficacia de este tipo de tratamientos a largo plazo.

**Objetivo y Metodología.** Se evaluaron 75 pacientes diagnosticados de TDAH y en tratamiento con Metilfenidato de acción prolongada durante una media de 23 meses. Se han tenido en cuenta diferentes campos como son:

- Edad actual y sexo
- La escolarización y su rendimiento
- Situación familiar
- Subtipos del TDAH
- Otros diagnósticos diferenciales
- Mg del Metilfenidato administrados
- Efectos secundarios de dicho fármaco
- Descanso o no en su administración
- Otros tratamientos farmacológicos

La respuesta al tratamiento evaluada con el Índice Clínico Global (ICG), el Índice de Mejoría (ICG-M), Conners y CBCL.

**Resultados.** Las medias obtenidas de los diferentes campos han sido las siguientes:



**8** Edad: 12 años con un rango comprendido entre 7 y 20 años

Sexo: 78,6% niños / 21,4% niñas

Escolarización y rendimiento: 100% escolarizados, de los que un 44% de ellos habían repetido al menos 1 curso o con alguna asignatura pendiente.

Situación familiar: 13,13% padres separados, un 2,6% adoptados, 2,6% padres viudos, un 1,3% madre soltera. El resto con familias biparentales.

Subtipos: 40% Inatentos, 36% Combinados, 24% Hiperactivo-Impulsivos.

Comorbilidad: el 69,3% presentaban algún diagnóstico comorbido

Otros tratamientos: 49,3% en algún momento de su evolución habían necesitado de otro tratamiento adicional.

Descanso: El 25,3% de los pacientes habían descansado/discontinuado en algún momento el tratamiento

Efectos secundarios: Durante la evolución, no surgieron efectos graves, destacando los siguientes efectos secundarios; 21,3% disminución apetito, 13,3% dificultad sueño; 5,3% cefaleas, 2,6% dificultad para tragarla.

Las medias de las valoraciones del ICG inicial= 4.22 y medio =3.84 moderadamente enfermo (4); ICG actual=3.5 ligeramente enfermo (3)

ICG-M: =2.26 notable mejoría

**Conclusiones.** El tratamiento mantenido con Metilfenidato de liberación sostenido durante una media de 23 meses, se ha mostrado como un tratamiento seguro, sin que aparecieran efectos adversos graves. No obstante, entendemos, que al ser uno de los criterios el llevar más de 12 meses en tratamiento continuado, este puede actuar como sesgo de selección, y los posibles casos de mala tolerancia se habrían discontinuado con anterioridad.

Se discuten el resto de los resultados en el congreso.

Hacen falta estudio controlados, para confirmar estos hallazgos.

### **Bibliografía**

Jensen P. Longer term effects of stimulant treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* 2002;6 Suppl 1:S45-56.

Quintero Gutiérrez del Alamo, F.J. Correas Laufferr, J.; Quintero Lumberras, F.J.; Trastorno por Déficit de Atención a lo Largo de la Vida. Ed. Ergon. Majadahonda. 2006.

## **INTERVENCIÓN BREVE EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ADOLESCENTES QUE INICIAN SEGUIMIENTO PSIQUIÁTRICO**

**Goti J, Díaz R, Serrano L, Gonzalez L, Calvo R, Castro J, Gual A.**

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

**Introducción.** Las intervenciones breves han demostrado cierta eficacia en reducir consumo de sustancias y aumentar percepción de riesgos en adolescentes de la población general, no tanto en adolescentes en tratamiento psiquiátrico.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia de una intervención breve sobre el consumo de sustancias y la percepción de riesgos en adolescentes atendidos en una unidad de psiquiatría infantil y juvenil.

**Desarrollo.** 237 adolescentes que iniciaron seguimiento de forma consecutiva en un servicio de psiquiatría infantil completaron una evaluación sobre sus hábitos de consumo de sustancias. Aquellos en que se evidenció consumo problemático fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos: Un grupo experimental que recibió una intervención breve individual, a la vez que sus padres participaban en una sesión individual psicoeducativa, y un grupo control que no recibió estas intervenciones. Al mes, a los seis meses y al año se valoraron mediante escalas psicométricas sus conocimientos sobre drogas, percepción de riesgos y problemas e intención de consumo.

**Conclusiones.** 126 adolescentes con edades entre 12 y 17 años fueron identificados como consumidores. 61 fueron asignados al grupo experimental y 65 al control. Entre ambos grupos no se evidenciaron diferencias en género, en la edad media ni en consumo basal de sustancias. Un análisis mediante ANOVA para medidas repetidas identificó diferencias a lo largo del tiempo entre los dos grupos en las puntuaciones en escalas que valoraban conocimientos globales sobre drogas ( $p=0.003$ ). La intervención breve no produjo otras diferencias entre los grupos en esta muestra en el seguimiento posterior.

## CONCORDANCIA DE TIPOS DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD ENTRE CHILD SYMPTOM INVENTORY/CATEGORIA ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER Y LA ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD/EDAH

López Villalobos JA, Ruiz Sanz F, Sánchez Azón MI.

Unidad de Salud Mental. Hospital San Telmo. Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia.

En la actualidad es frecuente la utilización de escalas dimensionales y/o categoriales para la evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). Nuestro estudio analiza la concordancia de tipos de TDAH entre el Child Symptom Inventory / categoría Attention Deficit Hyperactivity Disorder (CSI-ADHD) y la escala dimensional para la Evaluación del TDAH (EDAH), que aporta baremos en población española.

Mediante un diseño seccional, retrospectivo y transversal, se evaluaron 178 casos clínicos entre seis y dieciséis años, que fueron confirmados como TDAH mediante la entrevista estructurada denominada Diagnostic Interview Schedule for Children. Sobre esta base, sus profesores implementaron el CSI-ADHD y la escala ADHD de cada uno de los casos. Se analizó la concordancia de tipos de TDAH entre escalas y la contribución de cada tipo a la concordancia global.

Los resultados indican que todos los casos fueron considerados TDAH por cualquiera de los dos procedimientos. El índice Kappa (K) de acuerdo global entre tipos de TDAH es sustancial [K: 0.687;  $p < .000$ ] y la contribución aislada de cada tipo de TDAH a la concordancia global también es sustancial y significativa [TDAH-H: K: .751; TDAH-I: K: .720; TDAH-C: K: .628]. A pesar de esta concordancia, se aprecian diferencias significativas entre las pruebas utilizadas, observándose una mayor proporción diferencial de casos de TDAH-I [ $\ll 2$  (1,  $n = 178$ ): 98.89,  $p < .000$ .] y TDAH-H [ $\ll 2$  (1,  $N = 178$ ): 104.65,  $p < .000$ .] en EDAH; así como de TDAH-C [ $\ll 2$  (1,  $N = 178$ ): 78.70,  $p < .000$ .] en CSI-ADHD. Se discutirán las implicaciones de estos resultados.

## LENGUAJE, PSICOMOTRICIDAD, RENDIMIENTO Y ADAPTACIÓN ESCOLAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ASPERGER EN GRANADA

Muñoz Negro JE, Díaz Atienza F, Herrera Bastida M, Descalzo Quero A, Molero Chamizo A.

Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Universidad de Huelva.

**Introducción.** El síndrome de Asperger se caracteriza por problemas en la interacción social, sin graves alteraciones en el lenguaje, siendo el criterio DSM-IV-TR de ausencia de retraso significativo en el lenguaje un criterio claramente controvertido.

**Objetivos.** Describir las siguientes variables en nuestra población: lenguaje, psicomotricidad, rendimiento escolar y adaptación escolares.

**Pacientes y métodos.** Se seleccionaron todos los pacientes diagnosticados de Síndrome de Asperger en la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, ( $N=23$ ). Analizamos las siguientes variables: Retraso en la adquisición del lenguaje, torpeza motora, desarrollo motor, rendimiento y adaptación escolar.

**Resultados.** El 78,3% presentó retraso en la adquisición del lenguaje. Casi la mitad de pacientes mostraban torpeza motora, existiendo retraso motor en un 34,8%. Contrasta un buen rendimiento escolar con una adaptación escolar mala o regular en un alto porcentaje, en concreto el 73,9%.

**Conclusiones.** En nuestra muestra destaca la alta frecuencia de retraso en la adquisición del lenguaje, este aspecto es destacado por algunos autores como criterio diagnóstico. En nuestra opinión el criterio diagnóstico del DSM-IV-TR de ausencia de retraso significativo del lenguaje, es muy controvertido y debería ser sometido a revisión.



## 10 PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL: ESPECIALISTA INTERCONSULTOR CON ATENCIÓN PRIMARIA

**Pedreira JL\*, Miquel A\*\*.**

\*Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. \*\*Médico de Familia. Directora Médico de Atención Primaria. Área 8. Madrid.

**Introducción.** Uno de los puntos débiles del sistema sanitario español es la escasa relación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), por lo que las acciones en este campo están definidas como un opción clara de mejora de la calidad asistencial de nuestra organización. La Comunidad de Madrid ha iniciado un proyecto de mejora global en este sentido: Especialista Interconsultor (EIC) con AP. Por primera en este proyecto se incluye a Psiquiatría, en concreto a Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

**Objetivos.** Mejorar la relación y comunicación entre AP y AE. Asegurar la continuidad asistencial entre AE y AP. Elaborar guías de práctica clínica conjuntas.

### **Metodología.**

Clientes: 52 Médicos especialistas en Pediatría de Atención Primaria del Area 2 de Madrid.

Instrumentos de calidad: Ciclo PDCA y de Palmer, diagramas de flujo, grupos focales con técnica de tormenta de ideas y encuestas de opinión.

Registro: Programa Excel con datos de identificación de la demanda y la respuesta optada.

Comunicación: Mail específico para EIC, número de teléfono para EIC y reuniones presenciales mensuales EIC-Pediatras de AP.

Evaluación: Cuantitativa por medio de indicadores cuantitativos diseñados y cualitativa referidos los indicadores a la actividad desarrollada.

**Resultados.** Se duplicaron las reuniones presenciales, por ser preferidas por dos tercios de los pediatras participantes, con una participación media del 75-80%. La técnica empleada fue la de psiquiatría de enlace, aplicada a la infancia. Se incrementó la vía mail para las supervisiones de los casos presentados. Los casos presentados se seleccionaron por los pediatras de AP según los temas surgidos en los grupos focales por tormenta de ideas. Más de un tercio de estos casos fueron asumidos por los propios pediatras de AP con la supervisión establecida, con lo que se evitaba derivaciones por temas “menores”. Los temas tratados fueron diversos: trastornos del comporta-

miento, TDAH, celos entre hermanos, el duelo normal y patológico, divorcio parental, adopciones, delegación parental en otras figuras, depresiones infantiles, ansiedad de separación, trastornos del sueño y aún resta por abordar seis temas más.

**Conclusiones.** Mejorar la relación entre AP y AE requiere de programas y proyectos de mejora de la calidad asistencial que sean activos y participativos. Utilizar instrumentos de calidad facilita la evaluación de estos programas. Se demuestra que la técnica de psiquiatría de enlace es bien aceptada por los profesionales. Con un adecuado análisis de caso y la pertinente supervisión los pediatras de AP podrían asumir al menos un tercio de las posibles derivaciones a AE de casos variados. Se precisa la continuidad del programa para que la evaluación alcance resultados más consistentes.



## SEPARAR EL GRANO DE LA PAJA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN EL TRASTORNO DEFICIT DE ATEN- CIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Pedreira Massa JL\*, Muñoz I\*\*.

\*Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid). \*\*MIR Psiquiatría. Hospital Militar Universitario Gómez Ulla (Madrid)

**Introducción.** En los últimos cinco años se ha incrementado de forma evidente los diagnósticos y publicaciones sobre TDAH en la infancia, constituyendo un problema de salud mental emergente. También han empezado a surgir publicaciones de eminentes científicos y de organismos internacionales, como la propia OMS, alertando sobre el peligro del sobrediagnóstico y su consecuencia la hiperprescripción farmacológica. La prevención a estos dos peligros se encuentra en un correcto diagnóstico y diagnóstico diferencial.

**Objetivos.** Revisar los diagnósticos de casos remitidos al HNJS con el diagnóstico de TDAH. Aplicar los criterios de diagnóstico diferencial para el TDAH.

### Metodología

Muestra: 100 primeros casos remitidos al HNJS con el diagnóstico de TDAH

Tiempo: Últimos 18 meses

Criterio de caso: DSM-IV-TR, aplicando los criterios de inclusión y los criterios de exclusión generales (del sistema de clasificación) y específicos (del trastorno)

Evaluación: Historia clínica, análisis de los estudios realizados (psicométricos, neurológicos, neuroimagen, informes médicos, informes de otros especialistas, informes escolares, cumplimentación de escalas)

Indicadores: Cuantitativos (Nº casos diagnosticados correctamente de TDAH/Nº total casos remitidos; Nº casos sin aplicar criterios de exclusión DSM-IV-TR/ Nº total casos diagnosticados previamente de TDAH; Nº casos con prescripción inadecuada/total casos con prescripción farmacológica). Cualitativos (diagnósticos DSM-IV-TR de los 100 casos estudiados; semiología de los síntomas dimensionales fundamentales; tratamientos diseñados)

**Resultados.** El 70% de los casos remitidos no presentaban el diagnóstico de TDAH, pero se encontraban en tratamiento con MFDT.

**Discusión y Conclusiones.** Entre las posibles causas del sobrediagnóstico se encuentra la aplicación directa de los criterios DSM-IV-TR sin una adecuada semiología

clínica de los síntomas y sin aplicación de los criterios de exclusión del propio DSM-IV-TR. Entre los diagnósticos que excluyen TDAH encontramos: TGD, Discapacidades intelectuales de diversa intensidad, cuadros somáticos neurológicos y sistémicos, límites inadecuados y trastornos escolares diversos. Existe una sobremedicación inadecuada y con resultados contradictorios, pero que se sigue manteniendo e incrementando la dosificación. Los datos aportados coinciden con otros de la bibliografía. Se recomienda una semiología más detenida.



## 12 PATRÓN DE USO DE TOPIRAMATO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Muñoz Negro JE, Díaz Atienza F, Idini E, Gomis Fletcher L, Serrano Nieto S.**

Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. 2007.

**Introducción.** Son necesarios estudios que ayuden a establecer su indicación y patrón de uso del fármaco para impulsividad y regulador del humor en psiquiatría del niño y del adolescente.

**Objetivos.** Describir las principales variables implicadas en el uso tales como características de la población, indicaciones, dosificación, eficacia, tasa de abandonos y efectos secundarios.

**Desarrollo.** Se seleccionaron todos los pacientes de la Unidad, que estaban tomando o habían tomado Topiramato, N=104, y se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, indicación, dosis, realización de escalonamiento de dosis, tratamientos asociados, enfermedades asociadas, tiempo entre la primera consulta y la prescripción, efectos secundarios, abandonos, eficacia del fármaco. Como principales resultados obtenemos: La edad media fue de 12,6 +/-3,6 con un ligero predominio de varones, la indicación más frecuente fueron el T. de Conducta Antisocial y el TCA con 38,8% y 13,6% respectivamente. La eficacia fue buena en el 52,9%. El 27% presentó efectos secundarios, el 13,5% abandonó el tratamiento sin relación con efectos secundarios. La mediana de la dosis inicial fue de 30, percentil 25=25, percentil 75=50, la media de la dosis de mantenimiento fue de 100+/-71,7.

**Conclusión.** El topiramato fue un tratamiento efectivo y relativamente bien tolerado, la alta tasa de abandono se debió a problemas de adherencia, se discute ese aspecto.

## PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES

**Aristegui Aguirre M, Múgica Eizmendi A, De Pedro Ullate R, Touza Piñeiro R, Fernández Rivas A, González Torres MA.**

Hospital de Basurto. Bilbao.

La información de cómo viven los menores ingresados su estancia en el hospital, en qué creen que les ayuda y cómo afecta su relación con los profesionales, con su familia y con sus iguales, es muy escasa y no aporta evidencias claras. Los pocos datos que se poseen provienen de entrevistas a padres y tutores o bien de los profesionales implicados.

El objetivo principal de nuestro estudio es explorar cuales son las vivencias subjetivas de los adolescentes con respecto a su ingreso en una unidad psiquiátrica.

La metodología empleada es de tipo cualitativo, concretamente los grupos focales. Se han realizado tres grupos focales con pacientes de 14 a 18 años que han ingresado en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital de Basurto. El material obtenido a través de las grabaciones de las sesiones ha sido analizado e interpretado con el fin de establecer las categorías que nos permitan establecer cuáles han sido las experiencias subjetivas respecto al ingreso.

Entre las categorías halladas podemos señalar que el ingreso es vivido por los adolescentes como una experiencia difícil, donde desarrollan sentimientos de afecto y gratitud hacia el personal necesarios para su recuperación y como punto de partida de un trabajo personal más largo. Conflictivamente también es vivido como un espacio donde la libertad es coartada y con temor a la estigmatización por haber estado ingresados.

## COMPARACIÓN DE LAS ESCALAS CBCL Y TRF PARA LA DETECCIÓN DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES TDAH EN UNA MUESTRA DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

**Brun L, Fernández M, Joga M, Porcar M, Querol M, Rodríguez S, Ventura E.**

Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

**Introducción.** la escala de Achenbach es una herramienta útil para orientar el diagnóstico de TDAH y sus comorbilidades psiquiátricas. Biederman describió un perfil del CBCL que podría ser útil para la detección de TDAH más trastorno bipolar.

En este estudio pretendemos determinar si mediante la escala TRF (profesores) se puede obtener un perfil con un valor predictivo positivo similar.

**Método.** la muestra la componen 56 pacientes diagnosticados de TDAH en un centro de salud mental infanto-juvenil. Se obtuvieron las puntuaciones más significativas en las escalas CBCL y TRF para su comparación estadística.

**Resultados.** 3.6% de pacientes presentaban el mismo perfil de CBCL descrito por Biederman para comorbilidad con trastorno bipolar. Pendiente resultados escala TRF.

**Conclusiones.** los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los de Biederman en la escala CBCL. Pendiente de valoración estadística de los resultados de TRF.

## ESTABILIDAD DIMENSIONAL DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO: IMPLICACIÓN PARA LA CLÍNICA

**Rapado M\*, Soutullo C\*, Bombín I\*\*, Payá B\*\*\*, Castro J\*\*\*\*, Graell M\*\*\*\*\*, Arango C\*\*.**

\*Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. \*\*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. \*\*\*Hospital General Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. \*\*\*\*Hospital Clinic de Barcelona. \*\*\*\*\*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**Introducción.** La clínica en las psicosis de inicio en la infancia y adolescencia resulta inespecífica y heterogénea. La aplicación de modelos dimensionales permite identificar subtipos dentro de la heterogeneidad y establecer relaciones precisas entre las manifestaciones clínicas y los correlatos subyacentes. Además, el uso de estos modelos puede resultar útil para identificar grupos de síntomas predominantes en cada momento de evolución psicopatológica.

### Objetivos

1. Estudiar la estructura dimensional de la sintomatología en pacientes con un primer episodio de psicosis de inicio temprano
2. Examinar la estabilidad de las dimensiones obtenidas a lo largo de 6 meses de seguimiento

**Material y Métodos.** Se ha evaluado la sintomatología clínica de 110 pacientes, con un primer episodio de psicosis de inicio temprano, mediante la PANSS; en el momento basal, cuatro semanas y seis meses. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con todos los ítems de la PANSS en los 3 momentos de seguimiento.

**Resultados.** Se han encontrado 5 dimensiones que explican un 62,2 % de la varianza en el momento basal, un 63,6 % a las cuatro semanas y un 64,9 % a los seis meses: Negativa, cognitiva, hostilidad, depresión y positivo. La misma estructura se repite, en distinto orden, para los 3 momentos de evaluación psicopatológica.

**Conclusiones.** La estructura dimensional es similar a la encontrada en adultos. La evolución dimensional muestra distinta predominancia de los síntomas a lo largo del tiempo. Se discuten las ventajas de un enfoque dimensional frente a clasificaciones categoriales y las implicaciones clínicas de este modelo.



## 14 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR UNA PSICOSIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Martínez Cantarero C, Andrés Nestares P, Graell Berna M, Morandé Lavín G.

Hospital del Niño Jesús. Madrid.

**Introducción.** La psicosis del Niño y Adolescente tiene un pronóstico malo, en intensa relación con el curso de la enfermedad y el período premórbido

**Objetivos.** Relacionar el ajuste premórbido con la Escala Global de funcionamiento (GAF basal, 6, 12, y 24 meses) de los niños ingresados por un episodio psicótico agudo en el Hospital Niño Jesús (HNJ)

**Material.** De 66 pacientes ingresados por un Episodio psicótico agudo desde 2001-2006 en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del HNJ: 25 % menores de 13 años, 75 % de 13-17 años, con un 54,5 % de trastornos esquizofrénicos, 2/3 de varones, y edad media 14 años hemos podido tratar y seguir a 21 (6 meses) 16 (1 año) y 14 (2 años)

**Resultados.** Presentan un promedio en la Escala de Ajuste premórbido (PAS) de 23, y en la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de 45,6. Las GAF basal, del mes 6, 12, y 24, obtienen unos resultados de 42, 49, 56, y 68 respectivamente.

**Discusión.** Se consigue en un adecuado seguimiento, resultados, en general favorables, teniendo en cuenta el mal funcionamiento inicial, y el ajuste premórbido.

**Conclusiones.** Las Psicosis en niños y adolescentes precisa no sólo de las intensas medidas terapéuticas, sino también del desarrollo de medidas preventivas para reducir el período de psicosis no tratada (DUP).

## ESTUDIO DE LA DEMANDA DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UN HOSPITAL INFANTIL

Martínez Cantarero C, Graell Berna M, Faya Barrios M, Morandé Lavín G

Hospital Niño Jesús. Madrid

**Introducción.** En enero del 2001 se inició el desarrollo del programa de Hospitalización Psiquiátrica de Niños y Adolescentes en la Comunidad de Madrid, con la apertura de dos Unidades de Hospitalización de Agudos y consecuentemente se abrió la Urgencia Psiquiátrica en el Hospital Niño Jesús

**Objetivo.** Determinar la evolución comparativa del número de los pacientes a lo largo de este tiempo, y realizar la clasificación de las Urgencias atendidas (Rossen, 1984) para valorar la adecuación del dispositivo de tercer nivel.

**Material y Métodos.** Estadística del Servicio de Urgencias del HNJ, Sistema de Recogida de datos por los psiquiatras de guardia del HNJ durante el 1º Trimestre de 2006

**Resultados.** El nº de urgencias atendidas durante el 1º año fueron 250, y a partir del 2002 se mantiene en unos 600-650/año. El 80 % es del sexo femenino. Aproximadamente el 50 % tienen Trastorno de conducta alimentaria. La tasa de Ingreso se mantiene en un 24 % de los pacientes atendidos. El 22,15 % corresponden a la Clase I (riesgo vital) 60,30 a la Clase II (atención urgente), 11,45 a la Clase III (atención preferente), y el 6,1 % a la clase IV (pseudourgente)

### Conclusión:

- El uso de la Urgencia psiquiátrica es adecuado en la medida en que atiende en un 82,45 % verdaderas Urgencias

- El nº de pacientes se mantiene estable desde hace cinco años

- Sería deseable conocer las Urgencias Psiquiátricas atendidas en los Hospitales Generales para conocer en realidad el estado de salud mental infanto-juvenil de la población en estudio.



## **VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**Muñoz P\*, G.Torres MA\*\*, Quintana JM\*\*\*, Las Hayas C\*\*\*, Aguirre U\*\*\*, Padierna A.**

\*C.S.M. de Ortuella. Vizcaya. \*\*Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. \*\*\*Hospital de Galdácano. Vizcaya

En los últimos años hemos podido asistir a un intenso debate sobre la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestra sociedad. Se trata de un tema de máxima actualidad y los nuevos cánones de belleza y la aparente necesidad de estar delgado para conseguirlo, parecen haber provocado un aumento significativo de los hábitos alimentarios patológicos, en especial, entre la población femenina adolescente.

Si este fenómeno repercute o no en una mayor incidencia de casos en la población general, genera debate. Casi todos los indicios parecen señalar que sí, pero no todas las investigaciones lo confirman.

Por otra parte, algo que sí ha aumentado significativamente en los últimos años es el número de publicaciones científicas sobre estas enfermedades psiquiátricas. La epidemiología, tratamiento, pronóstico y clínica de estos trastornos han sido ampliamente abordados desde diversas perspectivas. Sin embargo, un aspecto de los mismos que desde nuestro punto de vista no ha sido suficientemente estudiado, es el impacto que en la calidad de vida de estos pacientes provocan estas enfermedades. Impacto en su salud, en sus trabajos, en sus estudios, en sus familias y en su contexto inmediato.

Un equipo de varios profesionales relacionados con el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria decidieron hace años elaborar un cuestionario que tratara de testar o de medir de forma adecuada esos aspectos. Una segunda inquietud estimulaba también al equipo: la posibilidad de que en estos trastornos existiera (sobre todo al principio) una notable divergencia entre lo que el paciente siente y lo que el profesional percibe.

Tras una larga serie de reuniones preliminares, se puso en marcha un arduo trabajo en busca de la creación de un cuestionario específico de calidad de vida relacionada con la salud en trastornos de la conducta alimentaria, así como de una hoja clínica capaz de detectar posibles divergencias paciente-profesional.

Varios años después el trabajo dio sus frutos con la creación de ambos instrumentos.

Tras superar los análisis metodológicos y estadísticos pertinentes, estábamos en condiciones de poder aplicar ambos a una muestra de pacientes afectados por un trastorno de la conducta alimentaria.

En este punto da comienzo y toma sentido el presente trabajo. Teníamos ya un cuestionario de calidad de vida que parecía poder ser capaz de comprobar algunas de nuestras hipótesis. Disponíamos también de la hoja clínica de recogida de datos para los psiquiatras y de una serie de instrumentos habitualmente utilizados en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria. Sólo nos quedaba aplicarlo a una muestra de pacientes lo más amplia posible (N= 385)

Nuestra intención ha sido realizar un análisis global de la calidad de vida de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. No sólo comprobar el nivel de esa calidad de vida y sus posibles cambios, también observar otros aspectos que se relacionan con ella de forma indirecta y las diferentes perspectivas desde las que se analiza. En definitiva, este trabajo intenta analizar (a través del mayor número posible de referencias) el impacto que estas enfermedades provocan en las pacientes que las sufren.



## 16 APOYO A PADRES DE ADOLESCENTES CON ALTERACIÓN DE CONDUCTA, EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Marqués Andrés S, Barrasa Santamaría L, Amundarain Lejarza M, Landa Aqueche M.

Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil. Hospital de Basurto (Bilbao)

**Introducción .** Un programa de atención a padres de adolescentes con alteraciones de conducta, es una necesidad en una unidad de psiquiatría infanto juvenil. Nuestra atención va directamente dirigida a los chavales, aunque durante las horas de visita diarias y fundamentalmente en las iniciales, se atiende también a los padres.

### **Objetivos:**

- Establecer los diagnósticos de enfermería de los padres con hijos conductualmente alterados.
- Exponer el protocolo de actuación enfermera elaborado para apoyar a estos padres.

### **Desarrollo:**

El apoyo de enfermería se traduce en las siguientes intervenciones:

- Asesoramiento a los padres durante las visitas.
- Información de los cambios convenientes a introducir en la vida familiar a fin de apoyar a los adolescentes.
- Escucha activa.
- Apoyo emocional y desculpabilización sobre la trayectoria recorrida.
- Ayuda logística durante las visitas.

Irán encaminadas a la educación sanitaria de los padres se realizan a través de sesiones informativas, acompañamiento y asesoramiento.

Todo dirigido a que los padres mantengan una actitud segura y diferente a la mostrada hasta el momento del ingreso, cuya resultante es el fracaso comunicativo entre padres e hijos que lleva a estos a mostrar la rabia contra aquellos, de forma tremendamente inadecuada.

**Conclusiones.** La intervención propuesta pretende ayudar a los padres a tomar conciencia de la existencia de un problema real, importante y grave: la alteración de la conducta que puede desembocar en un trastorno mayor, más estable y menos modificable con los recursos sanitarios existentes.

## PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA MEJORAR LAS HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS CON DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

Gómez Corral MT<sup>1</sup>. Alonso Romero MV<sup>2</sup>. 3. Ballester Pérez C<sup>3</sup>; Espinosa Mate M<sup>4\*</sup>, Agüero Ramonlil C<sup>5</sup>; 6. Villena Vergara MC<sup>6</sup>.

1. Enfermera especialista Salud Mental, 2. Médico interno Residente de familia Hospital Can Misses Ibiza 3. Psiquiatra infantil 4. Psicóloga clínica, 5. Psiquiatra infantil; 6. EIR matrona hospital albacete. \* Centro de trabajo: Centro de Salud mental infantil Gran Vía. Castellón.

**Introducción .** El déficit de atención no se presenta aisladamente, sino que puede ir acompañado de otros problemas como el exceso en la actividad motora e impulsividad, además dada las diferencias individuales y la dificultad existente en precisar su etiología, es que los expertos en el área no han descartado ninguna de las posibilidades terapéuticas, sugiriendo un enfoque de tratamiento multidisciplinario e integrado para el beneficio global del sujeto.

Una aproximación útil de tratamiento puede incluir programas escolares especiales, apoyo farmacológico, tratamiento psicológico bajo los enfoques de terapia conductual y cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, consejería familiar, terapia individual (Buendía, 1996) y grupal, así como talleres relajación, pintura, dibujos, actividades deportivas de tiempo libre, y un sistema de educación especializado o personalizado si fuera pertinente.

Se han elaborado diversos programas, los cuales están destinados no solo al desarrollo y mejoramiento de estrategias atencionales, sino también a ejercer un autocontrol por parte del sujeto de su actividad motora excesiva, como un requisito indispensable para que emerja la conducta atencional. De otro lado la mayoría de las investigaciones enfocan el tratamiento del trastorno por déficit de atención en las consecuencias que produce a nivel de las relaciones interpersonales, por lo que parte del tratamiento estaría dirigido a generar y desarrollar habilidades sociales y de solución de problemas interpersonales.

**Desarrollo.** Ver en el anexo el programa psicoeducativo de mejora de relaciones sociales en niños con TDAH

**Objetivo general.** Conseguir que mejoren las habilidades sociales en estos niños y que mejore su calidad de vida

**Conclusiones.** Se realiza un programa psicoeducativo para mejorar las habilidades sociales en los niños con



trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Se está llevando a cabo en la unidad de salud mental infantil de Castellón y en próximos congresos presentaremos los resultados de su puesta en marcha. Se hará una investigación de casos y controles donde a un grupo se le aplica el programa psicoeducativo de habilidades sociales y a otro no y mediante escalas que miden las habilidades se verá si existen diferencias entre casos y controles.

## **HIPERACTIVIDAD, TRASTORNO DE CONDUCTA Y OTROS EUFEMISMOS EN PSIQUIATRÍA**

**Sempere Pérez J\*; Rodado Martínez J\*; Laiz Reverte C\*\*.**

\*Psiquiatras, \*\*Psicóloga de Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante)

Trastorno por hiperactividad asociado a trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial son algunas de las etiquetas puestas a niños con mal comportamiento. Partes y expulsiones escolares, agresiones a compañeros, hermanos o padres, incumplimiento de normas, robos y extorsiones son algunos de los síntomas de esta “supuesta” patología que, por otro lado, supone el mayor porcentaje de consultas en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en nuestro medio. La psiquiatría no ha dado aún ninguna respuesta a la “enfermedad”, en la que no se han demostrado útiles ni fármacos ni la mayoría de intervenciones psicoterapéuticas. Todo ello nos lleva a pensar: “¿se trata realmente del diagnóstico de un trastorno psiquiátrico o en realidad hablamos de un trastorno moral o social?, ¿merece el título de diagnóstico o no es más que una referencia a un tipo de síntomas de trastornos estructurales?, ¿su persistencia en el tiempo y desde edades tempranas hace referencia a una expresión caracterial del niño que esconde una psicopatía o un trastorno psicótico?, ¿acaso no hay niños con trastornos narcisistas graves o potenciales trastornos de personalidad? Y por último: ¿por qué no son utilizados los diagnósticos de hiperactividad y trastorno de conducta en la edad adulta y por qué otros diagnósticos son sustituidos?

Los autores asumen su limitación en el abordaje de las conductas antisociales y cuestionan la tendencia a psiquiatrizar dichas conductas por parte de los profesionales de la salud mental, con las consecuencias iatrogénicas que de ello pudieran derivarse. Proponen una mirada crítica acerca de la responsabilidad del niño y su familia en sus actos y reflexionan acerca de la necesidad de acciones conjuntas con profesionales de otras disciplinas para el abordaje de esta problemática.



**18 ANALISIS DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES MEDIANTE UN CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO CONTRASTADO CON EL EDI II, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS, DSMIV Y ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.**

**Grau A; Sánchez-Povedano M; Santó A; Grau L; Turón V.**  
Instituto Trastornos de la Alimentación (ITA). BARCELONA

**Introducción** . Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías multideterminadas que se manifiestan en los diferentes ámbitos del ser humano: biológico, psicológico y socio-cultural, podemos considerar a los TCA como paradigmáticos de un trastorno psicosomático.

Aun desconociendo la naturaleza íntima de la génesis del trastorno si se conocen y evalúan diferentes factores de vulnerabilidad para padecer un TCA, la literatura científica así lo avala y son reconocibles la mayoría en la práctica clínica.

Pretendemos que las pacientes, a través de un cuestionario autoadministrados donde están incluidos todos los factores de vulnerabilidad, distingan aquellos que las pacientes consideran como los más significativos en el desencadenamiento de su enfermedad y los evalúen cuantitativamente.

**Desarrollo**

Muestra: Se han estudiado a un grupo de 50 pacientes con el diagnóstico DSMIV de:

AN: 10

BN: 15

TCANE: 25

El sexo es femenino en el 90% de los casos con una edad media de 21 años, con desviación estándar de 3.2.

Son solteras el 97%

Casadas o viven en pareja 12%

Viven solas el 5%%

i3UP, COU o Universitarias el 75% Trabajan el 15%

No trabajan ni estudian el 10% Ingresadas el 30%

En Hospital de Día el 70%

**Método:** Se administra el cuestionario de factores de vulnerabilidad a los pacientes y los resultados se contrastan, con esta secuencia con el diagnóstico clínico, los

datos de la entrevista semiestructurada y los resultados de la evaluación a través del EDI II.

**Conclusiones.** Se expondrán con más detalle los resultados pero hemos observado que las pacientes son muy conscientes de cómo se ha generado su trastorno, la mayor parte de ellas lo vinculan con factores socio-culturales. Estos datos son consecuentes con resultados de la entrevista y la exploración psicológica. Creemos que la opinión de los pacientes sobre su enfermedad, la evolución del trastorno y el tratamiento son cuestiones muy interesantes a valorar y van más allá de los consabidos cuestionarios o análisis e satisfacción del paciente.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES MEDICACIÓN Y PSICOTERAPIA

**Moreno Iñiguez M.**

Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción.** Como el dolor es una sensación subjetiva, su diagnóstico y tratamiento van a depender en gran medida de la anamnesis, lo que constituye un reto en población infanto-juvenil, por su manejo más limitado del lenguaje y la expresión más exagerada de sus emociones. Este factor es especialmente importante en pacientes con enfermedades graves y/o crónicas.

**Objetivo.** Revisar posibles métodos para la evaluación y el tratamiento del dolor en niños y adolescentes.

**Desarrollo.** Actualmente contamos fundamentalmente con dos tipos de escalas de dolor para niños: la de caras y la del termómetro del dolor. Además, los profesionales que tratan con niños y adolescentes, observan una serie de signos no verbales que informan de la gravedad y la actitud del paciente ante el dolor.

Desde el punto de vista terapéutico, a los clásicos tratamientos farmacológicos basados en los opiáceos, se han añadido otros medicamentos de uso común en psiquiatría, como antidepresivos, ansiolíticos y anticonvulsivantes, todos ellos de uso controvertido.

A todos ellos hay que añadir estrategias psicoterapéuticas que van desde lo cognitivo-conductual hasta técnicas de relajación, visualización e hipnosis, adecuadas a la edad de los pacientes y que les permiten alcanzar estados atencionales en los que son capaces de disociar sus sensaciones dolorosas. A este grupo las vamos a llamar terapias de atención atípica.

**Conclusiones.** Existen escalas específicas para evaluar el dolor en pacientes pediátricos. Las terapias de atención atípica permiten a los pacientes disociar sus sensaciones dolorosas, por lo que pueden constituir excelentes tratamientos coadyuvantes de la medicación clásica para el dolor.

## COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTI-COS

**Moreno Iñiguez M<sup>1</sup>, Moreno Pardillo D<sup>1</sup>, MD; Vigil<sup>2</sup>, Castro Fornieles J<sup>3</sup>, Ortuño F<sup>4</sup>, González-Pinto A<sup>5</sup>, Parellada M<sup>1</sup>, Baeza I<sup>5</sup>, Otero S<sup>6</sup>, Graell M<sup>7</sup>, Aldama A<sup>6</sup>, Arango C<sup>1</sup>.**

1 Unidad de Adolescentes, Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. 2 Departamento de Epidemiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. 3 Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil y Adolescente, Institut Clinic de Neurociències, IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer), Hospital Clínic Universitari of Barcelona. 4 Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona. 5 Centro de Investigación en Trastornos del humor del Instituto Internacional Stanley, 03-RC-003, Hospital Santiago Apóstol, Vitoria. 6 Unidad de Salud mental Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. 7 Sección de Psiquiatría y Psicología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

**Introducción.** Ya en los años 60 aparecieron las primeras publicaciones que relacionaban complicaciones obstétricas específicas con las psicosis de inicio temprano.

**Objetivo.** Hipótesis: Pacientes con un primer episodio psicótico presentarán historia de complicaciones obstétricas más frecuentemente que controles sanos.

El riesgo de primer episodio psicótico en infancia/adolescencia será mayor en sujetos con más complicaciones obstétricas.

### **Desarrollo**

**Método:** Estudio de casos y controles con 102 niños/adolescentes diagnosticados de primer episodio psicótico y 94 controles sanos, ajustados por sexo y edad (12-17 años). Se administró a sus padres la escala de complicaciones obstétricas (OCS, 1988), complementada con informes obstétricos cuando fue posible. Se realizaron comparación de medias y regresión logística, ajustada por potenciales factores de confusión.

**Resultados:** Globalmente, observamos mayor frecuencia de complicaciones obstétricas en pacientes (34.3 % vs. 22.3%,  $p=0.064$ ). Esta tendencia se encontró en todos y cada uno de los 15 criterios de la escala OCS, resultando estadísticamente significativa en complicaciones prenatales (15.7% vs. 5.3%,  $p<0.05$ ). Dentro de este subgrupo, el criterio 4, hemorragias durante el embarazo, mostró la mayor diferencia entre grupos (12.7% vs.



20 2.1%,  $p < 0.01$ ). En la regresión logística, el factor hemorragias durante el embarazo presentó una Odds Ratio de 5.1 (95% IC=1.0-24.9), tras ajustar por estatus socio-económico e historia psiquiátrica familiar.

**CONCLUSIONES.** La historia de complicaciones obstétricas, especialmente prenatales, es más frecuente en pacientes con un primer episodio psicótico que en la población general. Las hemorragias durante el embarazo (o amenazas de aborto) constituyen un probable factor de riesgo independiente para padecer un primer episodio psicótico en la infancia/adolescencia.

## “FENOTIPOS” DE HIPERACTIVIDAD

Yagüe Alonso A\*, Dorado Martínez ML.

\*Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario de Toledo. \*\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcobendas. Hospital Universitario La Paz. Madrid

**Introducción .** Entre los profesionales que atendemos a niños y adolescentes el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) cuenta con grandes entusiastas y otros muchos que critican la excesiva simplicidad de esta categoría nosológica y señalan una tendencia al sobrediagnostico en los últimos años; todo ello a pesar de que la validez de este trastorno y la existencia de tratamientos eficaces han sido continuamente confirmadas en la investigación y en la práctica clínica.

Numerosos estudios han encontrado que más del 50% de TDAH también satisfacen criterios de otros diagnósticos psiquiátricos . Los pacientes son definidos en términos de “comorbilidad”, constructo que permite enumerar la asociación de trastornos no relacionados etiopatogénicamente .

La dificultad para encontrar un “caso puro de TDAH” en la consulta , de establecer líneas definidas de evaluación y tratamiento de nuestros pacientes con un trastorno de comportamiento podría explicarse en clave de comorbilidad.

**Objetivos.** Pretendemos ilustrar la variabilidad de los casos diagnosticados de TDAH en una consulta ambulatoria de Salud Mental. Proponemos ir más allá de la detección de patología comórbida; profundizar en la individualidad de cada paciente tendría implicaciones pronósticas y terapéuticas.

**Desarrollo.** Presentamos una serie de casos representativos de diferentes “ fenotipos” de TDAH , considerando la edad, entorno socio-familiar, capacidad intelectual, alteraciones emocionales, rasgos espectro autista, epilepsia, síntomas obsesivos, alteraciones conductuales, síntomas de bipolaridad , y respuesta al tratamiento farmacológico.

**CConclusiones.** La evaluación fenomenológica comprensiva del niño y del adolescente con un TDAH resulta clave para un planteamiento terapéutico eficaz , incluyendo la comunicación entre los profesionales implicados.

Son las Unidades Especializadas en Salud Mental del niño y del adolescente los dispositivos asistenciales más apropiados para diagnosticar y tratar un TDAH y la patología comórbida detectada.



## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ABORDAJE TERAPEUTICO

### Casas Dorado A I

Psicóloga, psicoterapeuta. Centro Médico de Psicología Clínica y Psicoterapia.

**Introducción.** El trastorno alimentario, ¿se trata de un trastorno psicosomático? ¿se trata de una distorsión en la percepción corporal? O se trata de... ¿una desregulación del balance narcisista? Si es tratada como un síndrome, admitiría varias causas, aún así, ¿podríamos especificar la estructura y dinámica del síntoma?

**Objetivos.** El fin que me gustaría conseguir en esta comunicación, sería poder plantear ciertas cuestiones que nos hicieran reflexionar sobre el modo de intervención clínica con estos pacientes y su familia.

**Desarrollo.** En la teoría y clínica del tratamiento de los trastornos alimentarios con gran frecuencia destaca un planteamiento reduccionista, que lo único que parece desear lograr sería una identidad patológica imaginaria de “la anorexia” o “la bulimia” en singular.

La clínica nos demuestra lo contrario, una diversidad y singularidad del trastorno alimentario, que lo único que tienen en común es una profunda vulnerabilidad narcisista del periodo de la adolescencia y pubertad, vulnerabilidad que encuentra una “ilusión de reequilibrio” en la delgadez.

Muy frecuentemente todos los periodos de la adolescencia y pubertad se explican en términos reduccionistas sin llegar a poner de relieve la gran complejidad de la problemática que la adolescencia inaugura, con especial particularidad en la época actual.

**Conclusiones.** La comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere conceptos relacionales, en oposición a causas únicas que operan en un supuesto aislamiento. En un trastorno alimentario, deberíamos plantearnos ¿Cuál es el asunto que ha llevado a esta muchacha-o a comportarse de este modo?

Es necesario poner de relieve la intersubjetividad como generadora de la subjetividad intrapsíquica, para la comprensión del trastorno en cuestión.



## **PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO (HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA) PARA ANOREXIA NERVIOSA DEL ADOLESCENTE: SEGUIMIENTO A 1-3 AÑOS**

**Graell Berna M., Ruiz Sacristán P., Villadangos González SM., Villaseñor Montarrosa A., Faya Barrios M., Martínez Cantarero C., Andrés Nestares P., Morandé Lavín G.**

Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Introducción:** El tratamiento de la anorexia nerviosa del adolescente pretende eliminar factores de mantenimiento del trastorno.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la hospitalización domiciliaria (HD) en anorexia nerviosa y la evolución a corto plazo.

**Metodología:** 39 adolescentes. Edad: 14,75±1.66. Anorexia nerviosa restrictiva (ANR): 29(74,3%), anorexia nerviosa purgativa (ANP):3(7,7%), Trastorno Alimentación No especificado (TCANE): 7(17,9%) Criterios admisión en programa: IMC >15 Kg/m<sub>2</sub>, motivación, no complicaciones médicas/psiquiátricas y familia organizada. IMC ingreso: 17,19±1,25 Kg/m<sub>2</sub>. Hospitalización domiciliaria : renutrición, intervención cognitivo-conductual, motivacional y psicoeducación y entrenamiento conductual familiar,durante 8-12 semanas. Evaluamos: Diagnósticos DSMIV, sintomatología, características familiares y psicometría (EDI-II,, BDI, Escala de Observación de Conducta Alimentaria para padres: ABOS) al inicio y fin del programa y seguimiento de 1-3 años. Análisis estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** Al finalizar (HD) : BMI: 18.90±0.86 Kg/m<sub>2</sub> (t:9,3; p<0.000); “implicación familiar”: madre sola 18 (45%); “no negación de enfermedad” 24(60%); “consistencia familiar alta” 20(50%). Durante programa 1 paciente (0.39%) ingresa. Al seguimiento: Diagnósticos: 4(10%) ANR, 1(3%) ANP, 2(5%) BN, 31(77%) EDNOS y 2(5%) no cumple criterios DSMIV TCA. BMI: 19,41±1,84 Kg/m<sub>2</sub>, sin diferencias estadísticamente significativas respecto alta. EDI II: diferencias estadísticamente significativas (t: 2,13 p<0.05):Tendencia Adelgazar. BDI y ABOS disminuyen con diferencias estadísticamente significativas t:1,95 p<0.05 y t:5,13 p<0.000. Tratamientos posteriores: 27(69,2%) grupal, 12(30,7%) individual, 1(2,5%) Hospital Día, 5(12,8%) hospitalización. La probabilidad de no ingresar durante el programa y en seguimiento es 88,8% ( Kaplan-Meyer).

**Conclusión:** Concluimos que este programa es efectivo en el tratamiento de los adolescentes con trastornos de alimentación, manteniendo su efectividad a lo largo del seguimiento.

## **SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA DEL PACIENTE ATENDIDO EN HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES**

**Díaz Salsench E, Acosta García S, Gutiérrez Garbayo M, Arrufat Blanch J, Trapero Triviño P, Peña Roca J.**

Hospital de Día para Adolescentes de Reus. Hospital Psiquiátrico-Universitario Institut Pere Mata. Reus (Tarragona).

**Introducción.** El Hospital de Día para Adolescentes (HDA) es un dispositivo asistencial de hospitalización parcial destinado a proporcionar atención especializada a adolescentes con problemas de salud mental. Nuestro HDA atiende a la población entre 12-18 años de la provincia de Tarragona y ofrece tres programas de atención diferenciados: el de Convivencia, el de Unidad de Crisis y el de Grupo Externo.

**Objetivos.** Presentar los tres Programas de tratamiento del HDA y analizar los diferentes perfiles de pacientes atendidos en el servicio durante el 2006, incidiendo de manera especial en aquellos que presentaron sintomatología de tipo alimentario.

**Desarrollo.** La muestra está constituida por 43 adolescentes (19 varones y 24 mujeres), el 23% de los cuales presentan sintomatología alimentaria. La media de edad es de 14,2 ± 1,8. Se seleccionan los pacientes usuarios de los Programas de Convivencia y Unidad de Crisis, con una media de 54,4 ± 34,4 días de ingreso.

Los pacientes fueron diagnosticados según criterios CIE-MIA-10 y Clúster DSM-IV para Trastornos de Personalidad.

Para el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y clínicos se utiliza el Programa SPSS.11.0.

### **Conclusiones.**

-La sintomatología alimentaria está presente principalmente en mujeres con un diagnóstico de trastorno de la Conducta Alimentaria o con Trastorno de Personalidad.

-Se trata de pacientes que participan tanto del Programa de Convivencia como del de Unidad de Crisis.

-A diferencia de la muestra general, entre los pacientes con sintomatología alimentaria no predomina ningún patrón específico de expresión del malestar (conductual o somática).

-En todos los casos, se evidencia conflicto en la pareja parental,.



## **TRABAJOS A PREMIO**

### **2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE MENORES MALTRATADOS: ESTIMACIÓN DEL DAÑO EMOCIONAL Y DE VARIABLES DE RESISTENCIA PERSONAL FRENTE A LA ADVERSIDAD**

**López-Soler, C.\*\*, Martínez, A.\*\* G<sup>a</sup> Montalvo C.\*\*,  
Garriga, A.\*\*, Alcántara, M.V.\*\*\*, Fernández V.\*\*\*, Cas-  
tro, M.\*\*\*, Prieto, M.\*\*\*. y Puerto, J.C.\*\*\***

\*Profesora Facultad de Psicología, Vinculada Clínica Hospital Universitario V. de la Arrixaca. Murcia. \*\*Profesora Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. \*\*\*Convenio Universidad de Murcia. Convenio Dirección General de Familia y Menor, Consejería Trabajo y Política Social: Proyecto PEDIMET.

El abuso o maltrato íntimo o doméstico que se da durante largos periodos de tiempo, en los cuales los menores quedan atrapados y condicionados por un gran número y variedad de circunstancias estresantes, determinan consecuencias muy graves en el desarrollo psicológico en los menores que lo sufren. A este fenómeno, en el que el/la menor se encuentra inmerso/a en un ambiente en el cual el trauma ocurre repetida y acumulativamente se le ha denominado “trauma complejo” (Courtois 2004), Trastorno por Estrés Postraumático (Asociación de Psiquiatría Americana), o Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, o trastorno de estrés extremo no especificado (disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS) (Pelcovitz et al, 1997).

Por otro lado y a partir de estudios en el ámbito de la psicología evolutiva, se desarrolló el concepto de resiliencia para explicar la forma sorprendente de adaptación y bienestar de menores que habían sido criados en ambientes desfavorables y negativos, con múltiples factores de estrés grave y crónico (Garmezy, 1991; Rutter, 1999; Werner, 1995).

Debido a la complejidad que implica la evaluación del daño psicológico causado por un ambiente nefasto, y a la necesidad de estimar también las variables psicológicas que favorecen el crecimiento personal frente al estrés, presentamos un protocolo de evaluación que nos permite conocer una amplia gama de facetas del menor. Esto nos facilitará el desarrollo de tratamientos eficaces y la evaluación de la eficacia diferencial de los mismos.

En el protocolo de evaluación se incluyen las siguientes escalas:

- The Child PTSD Symptom Scal (CPSS) (Foa et al, 2001).
- Child Impact Traumatic Events Scale Revised, CITES-R (Wolfe et al, 1991).
- Child Behavior Checklist CBCL-Youth Self Report, (Achenbach, 2001).
- Escala de Resiliencia. (Wagnild y Young, 1993)
- Escala de Autoeficacia de Caprara et al., adap. española Carrasco y del Barrio, 2002.

### **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA POBLACION INMIGRANTE ATENDIDA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**Vicente M, Medina ML, de Orte L**  
CSM Infanto Juvenil San Andrés. Murcia

**Introducción.** Constatamos el aumento progresivo de inmigrantes atendidos en nuestro centro, así como del interés por conocer características y necesidades específicas de esta población.

Surge, desde aquí, la necesidad de registrar los datos referidos a variables socioculturales y familiares, que pueden influir en la presencia de psicopatología de este grupo.

**Objetivos.** Cuantificar y describir la población inmigrante ( aquellos que nacen fuera de España ), que es atendida en nuestro centro de salud mental, con edades comprendidas entre 0 y 16 años, dentro de un área sanitaria de aproximadamente 470.000 habitantes (Área I de Región de Murcia menos municipio de Mul), en el año 2006.

#### **Desarrollo**

- Se recogen datos procedentes de Historias Clínicas abiertas para inmigrantes, de manera retrospectiva y trasversal.
- Se utiliza un cuestionario que incluye ítems (11 en total) con datos descriptivos poblacionales y de familiares de origen (5 para ambos padres).
- La recogida de datos la realizan 3 profesionales del centro: 2 psiquiatras y un psicólogo clínico.
- Se utiliza el paquete estadístico SPSS versión 13.0, pruebas para variables cualitativas y categóricas con pruebas  $\chi^2$  para relaciones estadísticas significativas.

#### **Conclusiones**

- Resultados: se obtuvo una muestra de 76 niños con edades comprendidas de mediana de 9,308 con una desviación típica de  $\pm 3$ , varones en un 69,7% y 30,3%. El motivo de consulta más frecuente con un 63,2% son los problemas emocionales y familiares. Lo cruces estadísticamente significativos son los que relacionan la edad categorizada del niño con 3 de los ítems y el país de origen con 4 de ellos.
- Creemos necesario incorporar sistemáticamente ítems relevantes para el conocimiento de esta población en la hoja de datos básicos incluida en la historia clínica (Condición de inmigrante, país de origen, fecha de llegada; etc). Esto facilitará estudios posteriores y cambios en nuestro servicio si fuese necesario.



**DIFERENCIAS EN LA PRESENTACION DE QUEJAS SOMATICAS ENTRE NINOS Y ADOLESCENTES DE DISTINTOS PAISES USANDO LA CHILDREN'S SOMATIZATION INVENTORY**

**Vila M<sup>1</sup>, Krame T<sup>2</sup>, Garralda ME<sup>3</sup>**

1 Clinical Research Fellow (Koplowitz Fellowship), 2 Senior Clinical Research Fellow, 3 Professor in Child and Adolescent Psychiatry. 1,2,3 Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London UK

**Introducción:** Diferencias culturales se han encontrado en la prevalencia de síntomas somáticos entre niños y adolescentes de diferentes países. Las razones para estas discrepancias no quedan claras, aunque los resultados indicarían que el significado de los síntomas somáticos o la aceptación de estos varían dependiendo de la cultura de origen.

**Objetivos:** Obtener datos normativos sobre síntomas somáticos en una muestra comunitaria de 1200 niños y adolescentes británicos, utilizando la CSI (Children's Somatization Inventory), y compararlos con los resultados publicados en otros países<sup>1-3</sup>.

**Desarrollo:** Datos demográficos y datos de tres cuestionarios: CSI, MFQ (moods and feelings questionnaire) y SDQ (strengths and difficulties questionnaire) se obtuvieron de 1200 niños y adolescentes de edades comprendidas entre 11 y 18 años, de una escuela secundaria en Londres. Describimos las propiedades psicométricas de la CSI, así como su validez. Los resultados de la CSI total score (mide la intensidad de los síntomas) y de la CSI somatization score (mide la posible significación clínica de los síntomas), así como diferencias entre sexos y grupos de edad, se comparan con los resultados obtenidos en otros países. Resultados similares se obtienen con los datos normativos de Ucrania<sup>2</sup>. Sin embargo, la muestra de niños y adolescentes británicos puntúa más bajo en número e intensidad de síntomas que la muestra de Nashville (USA)<sup>1</sup> y más alto que los datos obtenidos en la muestra holandesa<sup>3</sup>.

**Conclusiones:** Motivos que expliquen las discrepancias entre diferentes culturas se hipotetizan. Se necesitan más estudios epidemiológicos que comparen número, frecuencia y severidad de síntomas somáticos en muestras comunitarias y pediátricas, para poder sentar la base empírica del fenómeno de somatización en niños y adolescentes.

**Bibliografía:**

1. Garber, J, Walker L, Zeman J. Somatization Symptoms in a Community Sample of Children and Adolescents: Further Validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991, Vol 3. No 4. 588-595.

2. Litcher L, et al. Ukrainian Application of the Children's Somatization Inventory: Psychometric Properties and Associations With Internalizing Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol 29, No 2, 2001, pp.165-175.

3. Meesters C, et al. The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *Journal of Pediatric psychology*, Vol 28, No 6, 2003, pp 413-422.



## TRABAJOS A PREMIO

### 4 ¿SON ÚTILES LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV O CIE-10<sup>a</sup> PARA LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO (< 13 AÑOS)?

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

Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Introducción.** Los trastornos de alimentación son menos frecuentes en menores de 13 años y además presentan características clínicas específicas que pueden dificultar el diagnóstico al no ajustarse a los criterios usados habitualmente (ej: miedo al aumento de peso, insatisfacción corporal, amenorrea).

**Objetivo:** Describir la presentación clínica de los trastornos de alimentación (TCA) de inicio precoz que precisen ingreso para renutrición.

**Metodología:** Se examinan retrospectivamente los datos sociodemográficos, médicos y psiquiátricos de todos los niños menores de 13 años ingresados por trastorno de la conducta alimentaria en los últimos 3 años.

**Resultados:** N=28 Edad media: 11,36 años s.d. 1,37. 3 (10,7 %) niños ; son premenarquiales 18 (64%). La proporción de peso perdido: 21,33% sd 6,95; El motivo de rechazo de alimentación más frecuente es: Inapetencia: 14 (50%), y Deseo de adelgazar 7 niños (25%). El “miedo a engordar” está presente en solo 7 (25%) pacientes y la “insatisfacción corporal” en 14 (50%). Los síntomas compensatorios: ejercicio compulsivo 14 (50%) y vómitos 4 (14,3%); Diagnóstico: TCA No Especificado: 14 (50%); Anorexia Nerviosa: 12 (42,3%), Trastorno de Alimentación de Inicio en Infancia: 2 (7,1%); Comorbilidad 18 (64,3%) Trastorno Afectivo: 12 (42,9%). Duración de la enfermedad: 13,56 meses sd 21,66; tiempo entre inicio enfermedad y tratamiento: 4,33 meses sd 2,20; 5 niños (17,8%) han presentado Bajo Peso al nacer y 10 niños (35,7%) han sido Comedores selectivos.

**Conclusiones.** El diagnóstico más frecuente al inicio es Trastorno de Comportamiento Alimentario no Especificado. Son habituales otros trastornos mentales asociados, así como enfermedades orgánicas y el antecedente de Problema de Alimentación durante la Primera Infancia.

#### Bibliografía:

1. Peebles R.; Wilson JL.; Lock JD: How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? Journal of Adolescent Health Vol 39, Issue 6; Dec 2006 800-805
2. Rosen D.S.: Eating disorders in children and young adolescents: etiology,

classification, clinical features and treatment, Adolesc Med 14 (2003) (1) 49-59

3. Nicholls D., Chater R., Lask B.: Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence, In j Eat Disord 28 (2000) (3) 317-324.



## **VARIABLES PREDICTORAS DE MEJORA DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

**Vila M; Font E; Moreno E; Calvo R; Lázaro L; Castro J.**  
Hospital Clínic Universitari de Barcelona, Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil, Institut Clínic de Neurociències, Barcelona

**Introducción:** Diversos autores han señalado que una buena autoestima es un factor protector para la insatisfacción corporal (Beato-Fernandez, 2004) e incluso para los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) (Croll et al., 2002). Otros estudios han encontrado que los pacientes con TCA y baja autoestima responden peor al tratamiento (Baell & Wertheim, 1992; Fairburn et al., 1993). Las intervenciones dirigidas a aumentar la autoestima podrían mejorar el pronóstico de los TCA en pacientes adolescentes.

**Objetivos:** Evaluar las variables relacionadas con la autoestima en adolescentes con TCA; evaluar las variables predictoras de la mejora de la autoestima después de una intervención terapéutica.

**Desarrollo:** Evaluamos un total de 124 pacientes con TCA atendidos entre los años 1999 y 2004, en el Hospital de Día para TCA. 6 varones. 74 con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, 22 con Bulimia Nerviosa y 28 con Trastorno del Comportamiento Alimentario No Especificado, con criterios diagnósticos DSM-IV. Datos evaluados: entrevista semiestructurada y varios cuestionarios: EAT (Eating Attitude Test), CDI/BDI (Children Depression Inventory), Escala de autoconcepto de Piers-Harris para niños, SEED (Self-Esteem in Eating Disorders). Los grupos de autoestima constaban de 8 sesiones de 90 minutos semanales. Se consideraba una mejora cuando había una diferencia de al menos 3 puntos en los tests pre y post grupo. Se aplicó un análisis de regresión múltiple para obtener las variables que predecían la mejoría.

**Conclusiones:** Las variables que preciden mejoría en el SEED fueron la edad, la puntuación en el SEED al inicio del tratamiento y el factor 5 del Pier-Harris ( $p=0.005$ ;  $p=0.001$ ;  $p=0.0001$ ). Sólo las puntuaciones en el factor 1 del Pier-Harris predicen mejoría en la puntuación total de la escala ( $p=0.006$ ).

## **PROTOCOLO PSICOMÉTRICO DEL MALTRATO PSICOLÓGICO INFANTIL**

**Quiles I, Martínez O., Rielo A., Raich L, Bassas N., Durán L., Colmenares J., Casas M.**

Servicio de Psiquiatria Hospital Vall d'Hebron de Barcelona

**Introducción.** Los eventos traumatizantes severos producen desórdenes mentales agudos y crónicos en el menor (Terr 1996). Uno de los más severos es el TEPT (A.P.A. 1997, Grimes 1998), diferenciándose según sea puntual (violación, atentado) o crónico (abusos sexuales) (Terr 1991). El TEPT posee una naturaleza definitoria sobre la psicoevolución del menor (Gurwitch 1998). La prevalencia del TEPT infantil es 24% al 70 %, persistiendo en la edad adulta (Shaw 1996).

El DSM IV subdivide en tipos A y B con criterios definidos para adultos y niños, que ayudan especialmente en los casos de corta edad (Scheeringa 1997, A.P.A. 1998).

**Desiderandum.** Ayudar a la actuación judicial en los casos en que la víctima por su falta de madurez emocional no puede explicitar el agravio sufrido y reivindicar por sí misma sus derechos. Tiene la esperanza de ser una herramienta, concreta y clarificadora para los profesionales lejanos a la psiquiatria y la psicología, que se aproxime a una medición cuantificable del malestar psicológico del menor ante el maltrato

Abogar, en definitiva, por la creación de una Ley Integral contra la Violencia al Menor.

Objetivos generales del artículo:

A. Diseñar un protocolo psicométrico cuantificable de maltrato psicológico del menor específico de la primera y segunda, adolescencia.

B. Facilitar a jueces y fiscales una idea clara de la afectación emocional (Trastorno Estrés Postraumático DSM IV- 309.81).

Objetivos específicos: ¿Qué sujetos serían susceptibles de este protocolo? Todos aquellos menores que se hallen en estas circunstancias:

1. Declaración ante el juez imposible o sin peso legal (menores de 0 a 7 años).

2. Sospecha de abusos sexuales sin evidencia física.

3. Decisión de custodia y régimen de visitas en divorcio con violencia de género.

4. Bullying escolar.

¿Qué manifestaciones serán indicativas concretas de maltrato Psicológico?

- Presencia del TEPT (Trastorno de estrés postraumático).

- Regresiones o fijaciones en psicoevolución.



## TRABAJOS A PREMIO

- 6
- Niveles de depresión y ansiedad endógena.
  - Niveles de aislamiento y falta de recursos sociales.
  - Formas comportamentales que indiquen victimización o identificación con el agresor.

Justificación bibliográfica de nuestros objetivos en el protocolo:

1. El menor de 0 a 7 años sin posibilidad de declarar ante el juez:

En el niño de 0 a 7 años el malestar psicológico se traduce en intranquilidad, comportamentalidad y fijaciones o regresiones de las fases evolutivas puesto que la expresión verbal es muy escasa.

De los 3 a los 6 años el niño tiene a encerrarse y negarse a hablar de sus experiencias traumáticas.

Sobre los 7- 9 años que el niño es ya capaz de dar una cronología fidedigna de los acontecimientos y hasta los 12 años a veces el niño no es capaz de dar una narrativa coherente. Pero los adolescentes recurren con mucha más facilidad a la manifestación comportamental que a la explicación verbal (Ottino 1998).

Los síntomas adultos del TEPT sufren la siguiente reconversión en el niño (Valdivia 2002):

Reexperimentación o flashbacks del suceso traumático en los niños:

Se expresan a través de las pesadillas recurrentes, sueños terroríficos, el juego repetitivo y monótono que representa el hecho traumático, la imitación estereotipada de acciones, frases o gestos que utiliza el maltratador.(Terr 1995, Montt 2001).

Evitación o embotamiento:

Alteraciones de la memoria (Terr 1995, APA 1995). Síndrome de la falsa memoria (Kaplan y Manicagasavar 2005). O en la reducción de intereses, sensación de desapego y restricción de los afectos (Gurwitch 1998).Inhibición en el plano relacional e intelectual (Schmit 2002, Palanca 2005).Los miedos sobredimensionados serían un ejemplo de la evitación (Terr 1995).

Aumento de la activación o arousal:

La vemos en los ataques de ira, crisis agresivas, dificultades de concentración, estados de hipervigilancia (Gurwitch 1998). Estados de alta hiperactividad confundibles con TDA+H.

En los niños de corta edad estados mixtos emocionales: fases de enorme irritabilidad con cambio rápido a fases de ensimismamiento y repliegue afectivo muy frecuente.

Otras manifestaciones muy importantes:

Retrasos en la instauración de las capacidades o regresiones en el desarrollo psicoevolutivo en el área esfinterial, del sueño, del lenguaje. Descompensaciones psicósomáti-

cas que gestionan biológicamente lo que no puede gestionar el aparato mental (Gurwitch 1998, Márquez 2000). Quejas somáticas como manifestación de ansiedad y depresión.

2. Sospecha de maltrato físico o abuso sexual en que la víctima no es capaz de declarar o está coaccionada:

La víctima de abuso sexual y/o de abusos físicos, si tiene conciencia y edad suficientes para sacar a la luz el maltrato, puede estar coaccionada no sólo por maltratador sino por otros miembros de la familia, para evitar el escándalo. Puede haber una intimidación física y/o psicológica, estableciéndose una “ley del silencio” por el bien de la familia (Perrone 1997).Una falta de empatía con la víctima (Lafortune 2001).Las madres pueden tener una actitud ambivalente hacia este hijo-víctima (Guerra Arabolaza 2001).

3. Riesgo de lesión emocional y cronificación en situaciones insidiosas como un proceso judicial de custodia de los hijos y régimen de visitas cuando el motivo de separación es violencia de género:

En estos procesos tan penosos la actuación de la Justicia es, en muchas ocasiones, muy lenta (en España estamos viendo procesos de hasta un año de duración en la decisión de régimen de visitas) que tienen más en cuenta los derechos de paternidad de un padre con una condena penal por violencia de género que los derechos del menor, absolutamente inocente.

El menor tiene derecho a una protección no sólo física sino también emocional. Tiene derecho igualmente a ser protegido de influencias e instigaciones de un padre sobre el otro (Síndrome de alienación parental Gardner 1992).

Sloane en el 2005 habla de que la presencia del TEPT en niños será mayor

cuánto más crónico sea el maltrato, cuanto más joven sea el menor, más próximo esté de la violencia y cuanto más conocido sea el agresor ( Osofsky 1995).

Lorente y Pabón piden la revisión de medidas de suspensión de visitas al padre porque afectan a estos hijos que les toca revivir situaciones pasadas.“ Las madres se separan del maltratador, los hijos no”(Lorente citado por Nogueira, El País noviembre 2006).

4. Valoración del maltrato psicológico en una situación de bullying escolar:

El menor que viva en una situación de maltrato, propia o en una situación vicariante, está expuesto a un ciclo de la violencia semejante al descrito por numerosos autores en la violencia de género: fenómenos del Síndrome de Estocolmo (identificación con el agresor, Walker en 1979) y el mecanismo de generalización (Salberg en el 2000: repetición de conductas semejantes a las que están establecidas



en el seno de la familia). Mímesis con los roles del maltratador o de la víctima: Bullying (Olweus 1978, Jeammet 2002) como posicionarse como víctima de sus iguales tanto en el colegio como en situaciones laborales (mobbing).

**Procedimiento: pasos**

1. Consentimiento informado de los responsables del menor. Anamnesis detallada del menor en la que se perfilen muy bien sus pasos evolutivos y el nivel actual del mismo, haciendo especial hincapié en los aspectos en que estén se observen regresiones de conducta. Y en los acontecimientos desencadenantes del menor y de la familia.

3. Entrevista libre y lo más extensa posible con la víctima, los padres por separado así como terceras personas como parientes de la familia extensa.

4. Protocolo psicométrico para primera y segunda infancia, para la adolescencia.

**A. Entrevistas**

Entrevista con el menor víctima si se halla suficientemente maduro para ello.

Entrevista con sus cuidadores:

A 1 Rastreo de la situación traumática.

A 2 Rastreo de la psicoevolución del menor.

A 3 Rastreo de los hábitos familiares

A 4 Rastreo de los acontecimientos desencadenantes en la familia.

**B. Material** aplicado según las secuelas psicológicas del maltrato; manifestación según la edad de la víctima menor

1ª Infancia de los 0 a los 5 años

TEPT tipo A:

Somatizaciones, bajada defensiva en que el niño se enferma de forma continuada durante semanas y meses.

Hiperactividad física, conductas exploratorias en las que el niño no disfruta de lo que descubre.

Irritabilidad- ensimismamiento: el niño tiene conductas de oposición y protesta combinadas con momentos de repliegue como chuparse el dedo escondido en el regazo de la madre, tras un mueble, en su cama. Dichas conductas pueden oscilar muy deprisa de unas a las otras.

Trastorno en el desarrollo del lenguaje: retraso evidente.

Trastorno de la conducta del sueño: pesadillas, terrores nocturnos en los que llora o chilla y tiene una gran angustia de separación.

Regresión de la conducta esfinterial: en caso de haberla superado evolutivamente (aproximadamente los 2 años y 6 meses) pueden aparecer nuevos episodios, si todavía no tiene esta edad puede haber un incremento de los epi-

sodios enuréticos y/o encopréticos nocturnos y aparición de episodios diurnos de ambas conductas.

2ª Infancia, de los 6 a los 10 años.

TEPT tipo A:

Conductas impulsivas, falso TDA+H (trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Inhibición relacional. Aislamiento social.

Síntomas de ansiedad (crisis de angustia: ahogos, dolor pectoral).

Depresión. Sentimientos de culpa.

Bullying: puede ser víctima o agresor en el colegio con sus iguales.

Inhibición intelectual con fracaso escolar.

Pensamiento mágico y conductas ritualizadas cuando se relaciona con el maltratador.

Imitación dramatizada o caricaturizada de los comentarios y actitudes del maltratador.

Adolescencia:

TEPT tipo B:

Evitación, reexperimentación, hiperactivación en aquellas situaciones que evoquen la situación violenta y traumática.

Ansiedad endógena.

Embotamiento afectivo, disociación.

Depresión: alteración de la autoestima, desconfianza en sus propios procesos de pensamiento, inhibición intelectual y relacional.

Trastornos del comportamiento:

- conductas de riesgo: conductas autolíticas, marginalidad, drogas, promiscuidad.

- repetición de los patrones de maltrato fuera de la casa como víctima o agresor: bullying, mobbing.

- repetición de los patrones relacionales vividos en casa: violencia de género con la madre o con la pareja.

Violencia con los hermanos, con los profesores.

Tipos de personalidad:

Personalidades evitativas o anacásticas o dependientes.

TLP (Trastorno límite de la personalidad) en el caso que el maltrato sea crónico.

**B. Baterías de tests**

**B. 1 1ª Infancia:**

Escala de desarrollo de Denver que mide el desarrollo social, de lenguaje, del motor grueso y del motor fino.

Cuestionario de TEPT PEDS (pasado a los padres).

Hora de juego del menor con el examinador en el que a través de un juego proyectivo se intentará rastrear indirectamente la situación traumática.



## TRABAJOS A PREMIO

8

Hora de juego del menor con cada uno de sus padres que rastreará la calidad relacional del menor con cada uno de sus padres.

CBC Cuestionario de Comportamiento contestado por los padres y por el colegio.

B. 2 2ª Infancia:

Raven matrices progresivas

Cuestionario del TEPT de Echeburúa adaptado y pasado al menor.

STAIC cuestionario de ansiedad Estado y Rasgo.

CEDI cuestionario de depresión contestado por los cuidadores y profesores.

CBC cuestionario del comportamiento contestado por padres y profesor.

TAMAI cuestionario de adaptación social.

Prueba TALE para medir el nivel del lenguaje.

Rastreo del TDA+H:

- Cuestionarios contestados por padres y profesor.

- Pruebas específicas: test de las caras, test de los puntos a contar.

Test proyectivos de personalidad: H.T.P. , Test del Bes-tiario.

Test de las relaciones familiares: Test gráfico de la Familia , Patte Noire, CAT.

B. 3 Adolescencia:

Raven matrices progresivas

Cuestionario del TEPT de Echeburúa adaptado pasado al menor.

STAI cuestionario de ansiedad Estado y Rasgo.

CEDI cuestionario de depresión contestado por los cuidadores y profesores.

CBC cuestionario del comportamiento contestado por padres y profesor.

TAMAI cuestionario de adaptación social.

Rastreo del TDA+H:

- Cuestionarios contestados por padres y profesor.

- Pruebas específicas: test de Toulouse-Pieron, test de los puntos a contar.

Test proyectivos de personalidad: H.T.P. , Test del Bes-tiario.

Test de las relaciones familiares: Test gráfico de la Familia , TAT.

## BIBLIOGRAFÍA

Allen J. " Stressors and development: a reciprocal relationship" Chile Adolesc. Psych. Clinics of North America 1998 7:1 17

Terr L. "Acute responses to external events and PTSD" Child and Adolesc. Psych: a comprehensive Text Book 2nd ed. Baltimore , Williams and Wilkins 1996

Sloane L. "The effects of domestic violence on child witnesses" Sea Mar Community Center Marysville, Washinton USA, 2000

Gurwitsch R. "The impact of trauma and disaster in young children " Child and Adolesc. Psychat. Clinics of North America 1998 7: 19-32

Scheeringa M. "Two approaches to the diagnosis of PTSD in infancy and early childhood" J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry 1995 ; 34: 191-200

Shaw J. "Twenty one months follow- up of school age children exposed to hurricane Andrew" J Am Acad. Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 359-64

Ottino S. "Familles victimes de violences collectives et en exil". La Revue Francaise de Psychiatrie et de Psychologie Medicale 14 1998 pags. 35-39

Valdivia M. "Trastorno por estrés postraumático en la niñez" Rev. Chilena de Neuro-Psychiat 2002; 40 (suplemento) 76-85

Montt M. "Trastorno de estrés postraumático en niños" Rev. Chile Neuro. Psychiatry 2001 30: 110-20

Schmit G. " Violence des enfants, violence des parents, au tours des entretiens familiaux" Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence. Noviembre 2002 vol. 50 n° 6-7 pag. 494-99

Palanca, I. "El menor víctima " Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Artículo sacado de Internet en 2005)

Márquez M. "Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación" en Grau A, Meneghello J. Editores. Psiquiatría y psicología de la Infancia y Adolesc. Buenos Aires , Edral. Médica Panamericana 2000 pag. 369-79

Perrone R. "Violencia y abusos sexuales en la familia" Edral. Paidós Barcelona 1998

Gardner R A. "The Parental Alienation Syndrome:a guide for mental health and legal professionals" Creative Therapeutics Nueva Jersey , 1992

Osofsky JD "Trust in children living with violence" presentado en Bienni meeting of Society Research in Child Development, Indianapolis abril 1995

Nogueira Ch . " Una niñez a golpes" Diario El Pais, 11 noviembre 2006

Jeammet P."La violence à l'adolescence: un défense identitaire" Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence. Noviembre 2002 vol. 50 n° 6-7

Olweus D. "Agression in the schools: bullies and whipping boys" Wiley, Washington, 1978

Saylor , Swenson, Reynolds y Taylor " Escala pediátrica del estrés emocional. PEDS" 1999

Caballo, E.V. "Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos" Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad. Psicología Pirámide, Grupo Anaya S.A. 2005 Madrid (Cap. 23 Evaluación del trastorno de estrés postraumático, Echeburúa, Amor y Corral).

## INHIBICIÓN DE UNA RESPUESTA AUTOMÁTICA Y PERFECCIONISMO EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y LA ANOREXIA NERVIOSA

Andrés S., Raspall T., Lozano E., Falcón C., Prieto T., Bargalló N., García A., Lázaro L., Castro-Fornieles J.

**Objetivo:** Comparar la capacidad para inhibir una respuesta automática en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) en una tarea Stroop y comparar la actividad cerebral estudiada mediante Resonancia Magnética funcional (RMf) durante la ejecución de la tarea.

**Método:** Se estudiaron 13 pacientes con TOC y 10 con AN restrictiva (IMC medio=18.9) mediante una exploración neuropsicológica y medidas de perfeccionismo (Child and Adolescent Perfectionism Scale, CAPS) y de sintomatología obsesiva (Leyton Obsessive Inventory, LOI). A la vez los pacientes realizaron una RMf con el paradigma Stroop. Todos los pacientes estaban en tratamiento y presentaban una estabilidad clínica de sus trastornos.

**Resultados:** Los pacientes con AN mostraron un mejor rendimiento en la tarea de inhibición de respuesta Stroop que los pacientes con TOC ( $p=0.001$ ), obteniendo también mayores puntuaciones en el CAPS ( $p=0.001$ ) pero no en los síntomas obsesivos (LOI,  $p=0.897$ ). Los patrones de activación en la RMf fueron diferentes, mostrando el grupo de AN una mayor activación en el córtex cingulado y el córtex prefrontal derecho. Las puntuaciones de perfeccionismo correlacionaron positivamente con la activación del córtex cingulado ( $p=0.005$ ), la estructura cerebral más relacionada con el paradigma Stroop.

**Conclusión:** A mayor perfeccionismo, mayor activación del córtex cingulado, estructura responsable de la inhibición de una respuesta automática, durante la ejecución de una tarea Stroop y, por tanto, mejor rendimiento en la prueba. Los pacientes con AN muestran menos dificultad en la inhibición de una respuesta automática y, posiblemente, este rendimiento se encuentra mediatizado por su mayor perfeccionismo.

## PROYECTO DE ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL A HIJOS DE MUJERES MALTRATADAS

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

Unidad de Paidopsiquiatría Infanto-Juvenil. Departamento de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

**Introducción.** La observación durante cinco años de casos de mujeres maltratadas que acuden a nuestro departamento del Hospital de Vall d'Hebrón nos ha hecho plantearnos un programa de actuación específico dirigido a los hijos/as de mujeres víctimas de malos tratos. Se realiza dentro de un programa de abordaje integral donde se trabaja también con las madres a nivel grupal e individual. 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<sup>1</sup>, por lo que los hijos/as también sufren los malos tratos<sup>2-7</sup>.

- Alteraciones cognoscitivas: retrasos en el lenguaje, fracaso escolar, inhibición intelectual, indefensión aprendida, problemas en el desarrollo de la atención, memoria, concentración, juicios morales heterónomos.

- Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, baja autoestima, TEPT, falta de empatía, baja tolerancia a la frustración.

- Alteraciones conductuales: falta de habilidades sociales, agresividad, inhibición, inmadurez, conductas delinquentes, toxicomanías, falta de habilidad de resolución de conflictos.

Sloane<sup>8</sup> en el 2000 afirma que la presencia del TEPT en niños será mayor cuanto más crónico sea el maltrato, más joven sea el menor, más próximo esté de la violencia y cuanto más conocido sea el agresor<sup>9</sup>. Entre los efectos a largo plazo, que se asocian a la exposición de menores a la violencia, se encuentra el aprendizaje vicario que hacen los menores de las conductas violentas dentro de su hogar. La familia es el agente socializador más importante en la infancia, así mediante la imitación, reforzamiento y observación del comportamiento de sus padres, los niños interiorizan una serie de creencias, valores negativos y modelos desadaptativos de resolución de conflictos, como resultado de exponerse al conflicto interparental<sup>10,11</sup>.

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<sup>12</sup>.

**TRABAJOS A PREMIO**

**10 DESIDERANDUM**

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

**PROCEDIMIENTO**

**1. Muestra**

El grupo se lleva a cabo con 6 niños: un niño y 5 niñas. Edades: 9 a 11 años.

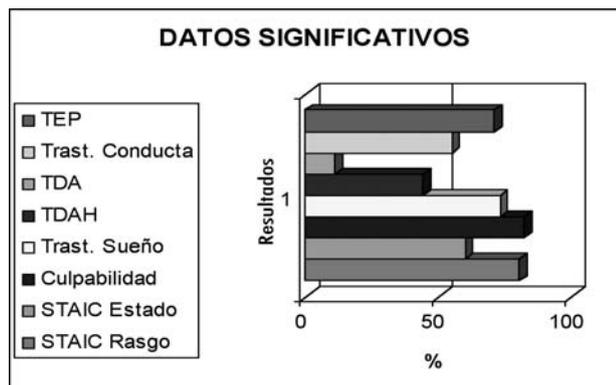
La muestra se seleccionó mediante entrevistas clínicas a las madres y siguiendo el programa de actuación del Hospital.

**2. Encuadre**

Se lleva a cabo en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Las sesiones son quincenales tiene una duración de 1h y media. Se realiza durante 11 meses, con 2 psicoterapeutas. Paralelamente se realiza en otra sala del Hospital otro grupo con las madres.

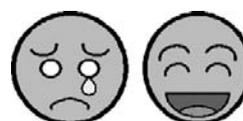
**3. Evaluación y material utilizado**

- Cuestionario de ansiedad STAI/IC.
  - Cuestionario de depresión infantil CEDI-I y CEDI- II.
  - Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.
    - Test de percepción de las diferencias (caras),
    - Puntos a contar de rey,
    - Conners
    - Edelbrock
  - Cuestionario CBCL de Achenbach.
  - Test de inadaptación infantil TAMAI.
  - Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)
  - Escala de gravedad del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa y cols., 1997) (Adaptado a muestra infantil)
  - Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernandez-Montalvo, 2000)
  - Test Conducta -Objetivo
- De una muestra de 15 niños obtuvimos estos resultados:



**4. Objetivos y técnicas**

- Potenciar el reconocimiento y expresión de las emociones propias. Percepción y descripción de las emociones de los otros.
- Mediante mímica expresión de emociones básicas con los ojos cerrados y abiertos: tristeza, alegría, miedo, sorpresa, rabia, asco.
- Dibujo de caras que expresen sentimientos en función de una situación dada. (“ Me da mucho miedo”; “Me aburro”).
- Dibujar individualmente una situación personal que exprese una emoción. Expresión verbal a nivel grupal de la situación vivida.
- “¿Adivina qué emoción siento?” Dramatización de situaciones y emociones individualmente delante del grupo.



**Expresión gradual de situaciones que conlleven emociones intensas (frustraciones personales, situaciones agresivas y situaciones de miedo) desde un lenguaje digital a un lenguaje analógico: dibujo, expresión verbal, dramatización.**

- Dibujar y escribir una historia a partir de una consigna: padre, madre, castigo; discusión, padre, madre; niño, miedo.
- Explicar una película que hayan visto y les haya producido miedo.
- Explicar y dramatizar una situación o imagen que les haya producido frustración, agresión o miedo. “¿Cómo has vivido tu papel y el de los demás?” Cambio de roles.



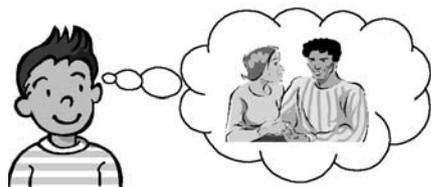
**Resolución de situaciones o conflictos a nivel individual y grupal**

- Explicación de los derechos personales por las evaluadoras mediante diferentes situaciones.
- Dibujo, expresión y dramatización dónde se refleje como defienden algunos de los derechos personales. Opiniones del resto del grupo sobre la conducta observada y otras alternativas.

- Dramatización de situaciones de miedo y agresividad. Opinión y propuesta del grupo de alternativas de respuesta: “¿Cómo cambiarías la situación para que tenga un final feliz?”

**Descripción de alguna situación traumática vivida y alternativas plausibles de afrontamiento de la situación. Reconstrucción de las ideas formadas sobre el suceso vivido.**

- Dibujar, expresar y dramatizar alguna situación agresiva o de miedo que hayan presenciado o vivido.
- Relato y dibujo de cómo lo conseguirías reparar.
- Dramatización de cómo te gustaría que hubiera sucedido. ¿Quién quiere decir a... cómo cambiaría la historia para que tenga un final feliz? ¿Y tú qué cambiarías?



**CONCLUSIÓN**

El proyecto de psicoterapia grupal que estamos realizando en la unidad de paidopsiquiatría del hospital finalizará el próximo mes de julio. Los resultados del proyecto en curso estarán en octubre del 2007.

Hay un incremento de literatura que pone en evidencia la sintomatología del TEPT en los hijos que han presenciado violencia de género en casa, sin embargo, en la actualidad un bajo porcentaje de niños/as están realizando psicoterapias adecuadas. Las investigaciones realizadas en este ámbito son escasas, por eso destacamos la importancia de realizar futuras investigaciones de psicoterapia grupal para niños/as testigos de violencia de género.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Espinosa Bayal- M.A., 2004. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Instituto Vasco de la Mujer.
2. Comenares, JC; Martínez, O; Quiles, I; Gastaminza, X; Casas, J. “Perfil psicológico de quince hijos de mujeres víctimas del maltrato doméstico.” Pòster presentat al X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (2006)
3. Shanok,R.,Welton,SJ, Lapidus,C. (1989) Group therapy for preschool children: A transdisciplinary school-Based program. Child and Adolescent social work,6,72-95.
4. Wagar,MR; Rodway,MR (1995) An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. Journal of

Family Violence, 10, 295-306.

5. Marr,N. ”The epidemy of violence”.Michigan Medicine 93 (5) 34-49, 2001
6. Huth-Bocks,MA; Schettini,MA; Shebroe,Ph.D ”Group Play Therapy for Preschoolers Exposed to Domestic Violence” Journal of Child and Adolescent Group Therapy. Vol 11(1) March 2001.
7. Rivett,M: Howarth,E;Harold,G. “Watching from the stairs”: Towards an evidence-based practice in work with child witnesses of domestic violence. Clinical Child Psychology and Psychiatry. (2006) Vol 11(1): 103-125.
8. Sloane L. “The effects of domestic violence on child witnesses” Sea Mar Community Center Marysville, Washinton USA, 2000
9. Osofsky JD “Trust in children living with violence” presentado en Bieni meeting of Society Research in Child Development, Indianapolis, abril 1995.
10. Bandura, A.,1986. Psychological mechanisms of aggression. In R. Green & E. Donnerstein (Eds.), Aggression: Theoretical and empirical reviews (pp.1-40). San Diego, CA: Academic Press.
11. García-Moreno, C., 2000. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies.
12. Echeburúa, E. “Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos” Editorial Pirámide. Madrid 2004. p48-79.



## TRABAJOS A PREMIO

### 12 APUNTES PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE MENORES QUE HAN SUFRIDO ESTRÉS CRÓNICO Y GRAVE

López-Soler, C. \*, Martínez, A. \*\*, Garriga, A. \*\*, Fernández V. \*\*\*, Castro, M. \*\*\*, Alcántara, M.V. \*\*\*, G<sup>a</sup> Montalvo, C. \*\*, Prieto, M. \*\*\* y Puerto, J.C. \*\*\*

\*Profesora Facultad de Psicología, Vínculada Clínica Hospital Universitario V. de la Arrixaca. Murcia. \*\*Profesora Facultad de Psicología, Universidad de Murcia. \*\*\*Convenio Universidad de Murcia. Convenio Dirección General de Familia y Menor, Consejería Trabajo y Política Social: Proyecto PEDIMET.

En general se acepta que el tratamiento psicológico de un/a menor traumatizado/a debe incluir tres aspectos: expresión emocional (abreación) de la experiencia traumática, comprensión de la misma y reparación de la experiencia (Terr, 2003). Estos elementos se elaboran básicamente a través de juegos o narrativas, de forma que directa o simbólicamente se puede revivir y reelaborar la experiencia traumática, pero esta vez con el objetivo de dar orden al caos, en un ambiente terapéutico protector, seguro y guiado. También Cohen et al, (2002) en sesiones muy estructuradas propone un programa que incluye psicoeducación, técnicas de relajación, triada cognitiva, exposición a través de narrativa, reconocimiento y expresión de sentimientos y proyecto de vida. Herman (1992), desarrolla un modelo de intervención de tres pasos: etapa inicial, dirigida al desarrollo de la alianza terapéutica, la regulación del afecto, educación, seguridad y desarrollo de habilidades. La etapa intermedia, dirigida al procesamiento del trauma en detalle; y la tercera etapa se dirige a la reestructuración y consolidación de la vida.

En base a estas consideraciones, proponemos un protocolo de tratamiento, que incluye los siguientes componentes:

- Informar al menor sobre reacciones habituales de las personas en situaciones negativas y entrenamiento en relación..
- Legitimar el sufrimiento a partir del reconocimiento de las situaciones de maltrato.
- Identificar y elaborar reacciones emocionales.
- Elaboración del trauma.
- Desarrollo y reconstrucción de la identidad personal.
- Elaboración de la pérdida/duelo:
- Crecimiento personal.

Este tratamiento psicológico se desarrolla durante 12 sesiones, y no se inicia la elaboración del trauma (reconocimiento y exposición), hasta que se ha establecido una relación terapéutica sólida, se han estabilizado emociones y se ha fortalecido la identidad personal.

### ¿HACEN SEGUIMIENTOS ADECUADOS LOS NIÑOS EMIGRANTES?

Flórez, I., Bedmar M., Lafau O., Aguirre I.,  
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Palma de Mallorca.

**Introducción.** El fenómeno de la emigración es un proceso complejo en el que participa toda la familia, incluyendo a los hijos. Se ha relacionado con mayor prevalencia de estrés postraumático, depresión, dificultades académicas, trastornos de conducta, ansiedad y síntomas somáticos. Del mismo modo se sabe que a pesar de ser un colectivo con peor nivel de salud general suelen hacer peor utilización de servicios.

**Objetivos.** Conocer las características sociodemográficas de los niños emigrantes atendidos en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) de Mallorca y su utilización del servicio.

**Desarrollo.** Estudio descriptivo de la población emigrante atendida en la USMIJ de Mallorca durante 4 años.

Cada historia se compara con una control, para determinar si hay diferencias respecto la asistencia recibida (número de visitas, tipo de intervención y seguimiento)

**Resultados.** La población atendida, 132 emigrantes (61% varones y 39 % mujeres) con una edad media de 10,36 años procedían en un 88% de Latinoamérica ,6,4% de países del Este, 4% Magreb y 0.8% países subsaharianos.

Los abandonos de tratamiento se produjeron en 50% de los emigrantes, frente a 30% de los controles y asistieron a un número menor de sesiones.

**Discusión.** Debido al alto índice de abandonos y a la no llegada de niños emigrantes procedentes de determinados países, proponemos la necesidad de un programa específico de atención que se presentará en el trabajo.



## **UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR CON PERSPECTIVA MULTICULTURAL**

**Parrilla-Escobar MA, Wurzel J, Snow R, Canino I**

New York State Psychiatric Institute, Columbia University (New York)

**Introducción.** La población infanto-juvenil inmigrante en países desarrollados está expuesta a múltiples factores estresantes que suponen un riesgo para el desarrollo de psicopatología. Potenciar su resiliencia a través de programas de prevención primaria dirigidos a grupos con factores de riesgo podría prevenir la aparición de trastornos de conducta y emocionales y favorecer la intervención precoz.

**Objetivos.** Revisar los programas de prevención primaria desarrollados en el ámbito escolar.

Describir el programa perteneciente a la organización Caring (Children at Risk: Intervention for a New Generation) asociado a la Universidad de Columbia y exponer el diseño de la investigación en curso dirigida a evaluar la efectividad de dicho programa.

**Desarrollo.** El programa “Aprender a afrontar el estrés a través del arte: Un modelo étnico-sensitivo” está dirigido a niños de 9 a 13 años procedentes de diversas culturas que estudian en escuelas públicas de la ciudad de Nueva York. Estos jóvenes han sido seleccionados por presentar varios factores de riesgo sin haber llegado a desarrollar psicopatología subsidiaria de tratamiento.

El programa se imparte en pequeños grupos liderados por un profesional de la salud mental infanto-juvenil y un arte-terapeuta. Incluye elementos cognitivo conductuales (resolución de problemas, asertividad, habilidades sociales, relajación) que son integrados en proyectos artísticos y ofrecidos con una perspectiva sensitiva hacia la diversidad étnica y cultural.

**Conclusiones.** La implementación de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud mental en un entorno no estigmatizante podría adquirir un papel importante en la población infantil perteneciente a minorías étnicas inmersas en un ambiente social estresante.

## **VALORES CULTURALES Y PAUTAS EDUCATIVAS EN MADRES LATINOAMERICANAS CON HIJOS PREESCOLARES**

**Calzada E., Ramírez Gaité M., Fernández Y.**

Child Study Center, New York University, EEUU.

**Introducción.** Las familias latinoamericanas en EEUU, además de estar expuestas a numerosos factores de riesgo demográficos también se enfrentan a múltiples estresores asociados a su adaptación a la cultura norteamericana. Estos factores pueden predisponer a la aparición de problemas conductuales o fracaso escolar. Las pautas educativas utilizadas por los padres son un constructo clave para controlar factores de riesgo en modelos de desarrollo infantil. Dichas pautas no han sido bien estudiadas en familias latinoamericanas, y cuando se han utilizado marcos tradicionales de trabajo para conceptualizar y medirlas los resultados han sido inconsistentes.

**Objetivos.** Muy pocos estudios han intentado estudiar modelos de educación parental enmarcados en un contexto cultural. Un modelo tal debería tener en cuenta qué componentes educativos son consistentes con las culturas latina y estadounidense, así como el concepto de “alternancia”, para comprender cómo padres con valores de ambas culturas modifican las pautas según el contexto. Asimismo, se espera que el tipo de práctica educativa de los padres se relacione con su grado de adaptación cultural y prediga resultados académicos y comportamentales de los hijos.

**Desarrollo.** Este estudio analiza los valores culturales de 48 madres dominicanas y mejicanas de niños en edad preescolar. Las madres participaron en grupos donde describieron sus valores principales en la educación de sus hijos. Los resultados mostraron que el respeto, la familia y la religión fueron los valores más importantes transmitidos de las madres a sus hijos. El respeto se manifiesta en varios dominios, como obediencia a la autoridad, deferencia, decoro y comportamiento adecuado en público.

**Conclusiones.** En este estudio describimos comportamientos específicos que las madres latinoamericanas enseñan a sus hijos en relación al respeto y presentamos una hipótesis de cómo estos comportamientos pueden estar relacionados con el desarrollo infantil.



## TRABAJOS A PREMIO

### 14 PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENCIA: ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Ajoy M\*, Calado M\*\*, Gómez A\*\*\*, Pérez J\*\*\*\*.

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS. \*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil PuerTo del Rosario de Fuerteventura. \*\*Hospital Meixoeiro de Vigo. \*\*\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. \*\*\*\*Hospital de Conxo de Santiago de Compostela

**Objetivo general:** prevención selectiva de Trastornos Conducta Alimentaria (TCA) (DSM-IVTR, CIE-10) en adolescentes.

**Método:** ensayo controlado aleatorizado multicéntrico con medidas pre- y post-intervención. Inicio en 1º E.S.O., con seguimiento en 2º E.S.O. y 4º E.S.O. Financiado FIS PI 05/2533.

**Muestra:** colegios públicos y privados de Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense, Santander y Fuerteventura (España) con al menos dos aulas en cada centro.

**Evaluación estándar:** criba con cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas en intervención (IG) y grupo control (CG). Estudio en dos estadios de prevalencia (1º ESO) e incidencia (2º ESO). Se trabaja con adolescentes, padres y profesores con el programa ZARIMA que en un estudio previo ha demostrado de forma preliminar su utilidad evaluado de forma científica.

La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración.

Se integra en el horario escolar normal, con actividades en pequeño grupo, técnicas de implicación en alimentación, imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir presión social, influencia sociocultural, interpretar y resistir influencia de "media", autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo.

Diferentes enfoques técnicos y metodológicos se aplican para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual. Participantes completan inicio, final, y 12, y 36 meses seguimiento.

**Resultados:** participan 691 alumnos de 1º ESO de 9 centros en Zaragoza (30 aulas), 798 alumnos de 8 centros en Fuerteventura (44 aulas), 10 centros en Santander (20 aulas); 238 alumnos de 5 centros en Vigo y 2 en Orense (12 aulas) y 10 centros en Santiago de Compostela (20 aulas).

### PREVENCIÓN SELECTIVA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ZARAGOZANOS: RIESGO INICIAL

Ruiz-Lázaro PM, Comet MP, Calvo A, Cebollada M, Trébol L, Zapata MA, Pallás R, Cebollada A, González de la Iglesia M, del Castillo M.

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS.

**Objetivo general:** prevención primaria de Trastornos Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes de enseñanza secundaria.

**Método:** diseño experimental con grupo control aleatorizado con medidas pre- y post-intervención. Inicio en 1º E.S.O. Financiado FIS PI 05/2533.

Tamaño muestral necesario para detectar como significativa diferencia entre intervención y control del 6% o superior. Riesgo alfa 0,05 y beta 0,20. Se ajusta con aumento por posibles pérdidas en seguimiento (un 40%). Debe ser un mínimo de 307 por grupo, 614. Evaluación: criba con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26) y entrevistas semi-estructuradas (SCAN) en intervención (IG) y grupo control (CG). Se trabaja con adolescentes, padres y profesores con programa ZARIMA que ha demostrado su utilidad evaluado científicamente. Se calcula intervalos confianza 95% (IC) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 con método recomendado (Wilson) con menos de 30 en cada grupo o si las proporciones observadas están fuera del rango 0,1 a 0,9 (Altman et al, 2000).

**Resultados:** participan en 2007 un total de 691 alumnos de 1º ESO de 5 centros concertados y 4 públicos: 15 aulas control y 15 intervención, 364 alumnos intervención y 327 control. En IG 31/364 se consideran con riesgo (EAT-26 > ó = 20) un 8,5% (IC 95% 0,061 a 0,118) y en CG 31/327 un 9,5% (IC 95% 0,068 a 0,131). La diferencia es de 0,010 no es significativa (IC 95% Wilson: -0,054 a 0,033) no incluye el 0, valor de igualdad.

**Conclusiones:** los alumnos de grupos IG y CG parten de un riesgo similar para TCA en 1º E.S.O.



## **ACTITUDES ALIMENTARIAS ALTERADAS EN ADOLESCENTES ARAGONESES Y GALLEGOS**

**Ruiz-Lázaro PM, Calado M\*, Comet MP, Rodríguez-del Toro C\*, Calvo D, Casado C\*, Mabry SE, Cid E\*, Villas E, Jürschik A\*.**

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS. \*Hospital Meixoeiro de Vigo. Facultad de Psicopedagogía de Orense.

**Objetivo general:** prevención secundaria de Trastornos Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes, detección de población con riesgo y casos.

**Método:** estudio epidemiológico de corte o prevalencia comparativo entre población escolarizada zaragonesa y gallega. Financiado FIS PI 05/2533.

**Muestra:** 16 colegios públicos y privados de Zaragoza, Vigo, Orense.

**Evaluación:** filtrado con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26) y entrevistas clínicas semi-estructuradas (SCAN). Estudio en dos estadios de prevalencia o corte en 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.). Se calcula intervalos confianza 95% (IC) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 con método recomendado (Wilson).

**Resultados:** participan 691 alumnos de 1º ESO de 9 centros en Zaragoza (30 aulas), 238 alumnos de 5 centros en Vigo y 2 en Orense (12 aulas). En Zaragoza 62/691 puntúan por encima del punto de corte en EAT-26 (20 o más) se consideran población con riesgo, un 0,09 (IC 95% 0,071-0,113), Error Estándar (EE): 0,011. En Vigo/Orense 21/238 un 0,088 (IC 95% 0,058-0,131), EE: 0,018. La diferencia entre las proporciones es de 0,001, no significativa (IC 95% Wilson: -0,045 a 0,040) con EE de 0,021 no incluye el 0, el valor de igualdad. Se entrevista en la 2º fase en Zaragoza 164 sujetos 62 con riesgo y 102 sin (un 16,2% de los con riesgo) y a 21 con riesgo en Vigo/Orense y una submuestra de un 15% de sin riesgo (puntuaciones 0 y 1).

**Conclusiones:** los adolescentes gallegos y aragoneses de 1º E.S.O. parecen presentar un porcentaje similar de actitudes alimentarias alteradas ( $EAT-26 > \acute{o} = 20$ ).



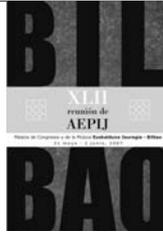
J. Castro

## Motivación para el cambio y respuesta terapéutica

---

Las actitudes de los pacientes con nervosa del anorexia hacia la recuperación se han descrito como ambivalentes. Los pacientes evitan con frecuencia el tratamiento y puede ser difícil que los profesionales de salud establezcan una buena alianza terapéutica (Vitousek et al, 1998). La motivación para el cambio, es decir la voluntad de los pacientes para introducir los cambios que conducen a las mejoras en su trastorno, es a menudo muy baja. Se ha sugerido que la motivación de los pacientes es vital para el establecimiento de un programa adecuado del tratamiento (Geller et al,2001; Geller,2002) y varios autores ha recomendado intervenciones terapéuticas dirigidas a incrementar la motivación de los pacientes para cambiar (Treasure y Ward,1997; Feld et al, 2000). Prochaska y DiClemente (1982) desarrollaron el modelo de las etapas de cambio para explicar el proceso hacia una adecuada voluntad por parte del paciente, con diversos tipos de trastornos, para introducir cambios. En su formulación más reciente, este modelo propone seis etapas de motivación para modificar actitudes y comportamientos: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización (Prochaska et al,1992). Varios estudios se han centrado en las etapas del cambio en una gama de comportamientos o de trastornos tales como consumo de tabaco (DiClemente et al,1991; Prochaska et al,1988), obesidad (Prochaska et al,1992), problemas psicológicos generales

(McConaughy et al,1989) o los trastornos de la conducta alimentaria (Hasler et al,2004). Un instrumento genérico para la evaluación de la motivación a cambiar en cualquier tipo de trastorno es la escala de evaluación de cambio de Rhode Island (URICA; McConaughy et al,1989), un instrumento del autoinformado con 32 ítems que evalúa cuatro etapas de motivación para el cambio. Un instrumento dirigido especialmente a la motivación para el cambio en los trastornos de la conducta alimentaria es la entrevista de evaluación de la motivación (RMI; Geller y Drab,1999). Mientras que la RMI tiene la ventaja de estar diseñada específicamente para la evaluación de la motivación en trastornos de la alimentación, sus limitaciones incluyen el hecho de que el entrevistador necesita un entrenamiento para administrar esta entrevista estructurada y además conlleva un tiempo considerable el administrarla. Rieger y colaboradores (Rieger et al,2000;2002) desarrollaron un cuestionario específico para anorexia nerviosa de tipo autoinformado, el ANSOCQ (Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire), de 20 ítems basados en las etapas del modelo del cambio que determina la disposición para cambiar una amplia gama de síntomas relacionados con la patología alimentaria de tipo anoréxico incluyendo aspectos del peso, de la satisfacción del cuerpo, del control del peso, de los problemas emocionales y de las dificultades interpersonales. Serrano et al



(2004) realizaron la validación de la traducción española de dicho cuestionario para su uso en el trabajo clínico y de investigación. Se administraron tres cuestionarios: el ANSOCQ, el Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) y el Beck Depresión Inventory (BDI) a un grupo de 70 pacientes con anorexia nerviosa (DSM.IV) (edad media 15.6 años) que estaban recibiendo tratamiento en una unidad especializada en trastornos de la conducta alimentaria y se encontraban en diferentes momentos del programa de tratamiento. El ANSOCQ fue administrado otra vez después de una semana en un subgrupo de pacientes para evaluar la fiabilidad test-retest. El ANSOCQ demostró buena consistencia interna (alfa de Cronbach =0,94) y adecuada fiabilidad test-retest ( $r=0,90$ ). Las correlaciones negativas, significativas fueron encontradas entre el ANSOCQ y varias escalas en el EDI-2 ( $r$  entre  $-0,50$  y  $-0,72$ ) y el BDI ( $r=-0,68$ ). Otro instrumento validado en nuestro medio para evaluar la motivación para el cambio es el Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA) (Beato y Rodríguez-Cano, 2003) que consta de 59 ítems, con 6 subescalas todas ellas con una consistencia interna superior a 0,70.

Sin embargo, hay pocos estudios sobre la influencia de la motivación a cambiar en el resultado del tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y los resultados varían dependiendo del diagnóstico de los pacientes incluidos. Geller et al (2001) encontraron que los resultados de la entrevista de motivación predijeron las dificultades en realizar actividades de recuperación, tales como realizar diariamente el desayuno, el compromiso para iniciar el tratamiento, y salida del programa del tratamiento en pacientes adultos con diversos trastornos de la conducta alimentaria. Con pacientes adultos con anorexia nerviosa, Geller (2002) encontró que la entrevista de motivación era un predictor mejor de la realización de tareas y de la decisión de aceptar el tratamiento intensivo que la gravedad clínica del trastorno. Gusella et al. (2003) encontraron en 34 pacientes adolescentes con trastornos de la alimentación que las etapas de cambio correlacionaron con medidas del resultado después del tratamiento de grupo. Rieger et al (2000) realizaron un estudio con el ANSOCQ en una muestra principalmente de pacientes adultos con anorexia nerviosa y una de las conclusiones era que la motivación para recuperarse al principio del tratamiento predecía la recuperación del peso en el seguimiento. Rodríguez-Cano y Beato (2005) encontraron que la motivación para el cambio se relacionaba con menores puntuaciones en los cuestionarios de patología alimentaria y con más cambios en el

peso. Específicamente en adolescentes, Serrano et al (2004), en un estudio transversal con el ANSOCQ, encontraron correlaciones significativas entre la motivación para cambiar y las subescalas del EDI-2 y la depresión evaluada con el BDI en pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. Ametller et al. (2005) realizaron un estudio para determinar, en una muestra de pacientes adolescentes con anorexia nerviosa, el cambio en la motivación a recuperarse después de 6-9 meses del tratamiento y estudiar si el grado de la motivación es un predictor de la necesidad de ingreso hospitalario durante el seguimiento. Encontraron que en los pacientes que requirieron ingreso durante el seguimiento tenían puntuaciones superiores en algunas escalas del EDI-2, de depresión y más bajas en motivación para el cambio evaluada con el ANSOCQ. Castro et al (2007) analizaron las variables que predecían el mantenimiento del peso en pacientes adolescentes con anorexia nerviosa (edad media 14.3 años, SD 1.7) tras ser dadas de alta del ingreso en una unidad de trastornos de la conducta alimentaria. Fueron evaluados al ingreso, al alta hospitalaria y tras 9 meses de seguimiento. Los pacientes con buen mantenimiento del peso en el seguimiento tenían al ingreso en el hospital un índice de masa corporal más alto ( $p=0,017$ ), y al alta hospitalaria presentaban unas actitudes anormales relacionadas con la alimentación ( $p=0,035$ ) y sintomatología depresiva ( $p=0,026$ ) más bajas y una motivación para el cambio más alta ( $p=0,004$ ). El análisis de regresión logística demostró que una alta motivación para el cambio al alta y un mayor índice de la masa corporal al ingreso eran predictores del mantenimiento del peso en el seguimiento.

En bulimia nerviosa también se ha estudiado la motivación para el cambio y los datos sugieren la importancia de evaluar esta variable que además puede cambiar en función de los síntomas que se consideren. Mientras que los pacientes con bulimia nerviosa pueden estar motivados para superar los atracones, pueden estarlo menos para dejar de perseguir un peso bajo o para controlar los métodos que utilizan para compensar los atracones (Dunn et al,2003). Las etapas teóricas de la motivación se han aplicado para evaluar los procesos del cambio en pacientes con bulimia nerviosa (Ward et al,1996). Varios estudios (Treasure et al,1999; Wolk y Devlin,2001) han encontrado que la motivación para cambiar predijo los resultados de un programa de la intervención en pacientes adultos con bulimia nerviosa. Halmi et al,2002 demostraron que los pacientes con bulimia que recayeron después del tratamiento tenían niveles más altos de la preocupación por la comida y menos motivación para el



- 4 cambio. Wilson y Schlam (2004) encontraron que la etapa del cambio se asociaba al resultado del tratamiento en pacientes con bulimia pero no al abandono. Sería así útil tener un instrumento para determinar la preparación para cambiar específica para pacientes bulímicos. Martínez et al (2007) elaboraron un cuestionario, el Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire (BNSOCQ) basándose, con algunas modificaciones, en el ANSOCQ (Rieger et al,2000;2002). El BNSOCQ es un cuestionario autoinformado con 20 ítems relacionados con alteraciones alimentarias, aspectos de satisfacción con el propio cuerpo, atracones, control del peso, comportamientos compensatorios, sensación de pérdida de control conductual y emocional y de problemas interpersonales. El BNSOCQ demostró la buena consistencia interna (alfa de Cronbach=0,94) y una fiabilidad test-retest al cabo de una semana adecuada (Pearson  $r=0,93$ ). Las correlaciones fueron negativas y significativas entre el BNSOCQ y varias escalas EDI-2 (Pearson  $r$  entre  $-0,51$  y  $-0,84$ ) y el cuestionario de depresión BDI ( $r=-0,74$ ).

Todo ello subraya la importancia de incorporar la evaluación y el abordaje de la motivación para el cambio en los programas de tratamiento tanto para anorexia nerviosa como para bulimia (Touyz et al, 2003; Wolk y Devlin, 2001).

## BIBLIOGRAFÍA

- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of the change. *J Consult Clin Psychology*, 1991;59,295-304.
- Dunn EC., Neighbors C, Larimer M. Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eat Behav*, 2003;4,305-314.
- Halmi KA, Agras WS, Mitchell J, Wilson GT, Crow S, Bryson SW, Kraemer H. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioural therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 2002;59,1105-1109.
- Martínez E, Castro-Fornieles J, Bigorra A, Morer A, Calvo R, Vila M, Toro J, Rieger E. Assessing motivation to change in bulimia nervosa : the bulimia nervosa stages of change questionnaire. *Eur Eat Disord Rev*, 2007;15,13-23.
- McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychother: Theory Res Practice*, 1989;26, 494-503.



**E. Ruiz Parra\*, A. Fernández Rivas\*\*, E. Fernández Martín**

## Tratamiento hospitalario de los trastornos de la conducta alimentaria. El modelo de la Unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil de Basurto

Psiquiatra. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. \*Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. \*\*Unidad de hospitalización infanto-juvenil. \*\*\*Servicio de Psiquiatría

*En el siguiente trabajo se presenta el protocolo de tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria en una unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil. Se describe el marco estructural en el que se desarrolla el programa. La unidad sigue un modelo de gestión asistencial por procesos que sigue la norma ISO 9001:2000 de gestión de calidad. Se describe brevemente el procedimiento operativo de trastornos de la conducta alimentaria. Se describe detalladamente el protocolo de tratamiento y sus objetivos. Por último se reflexiona sobre el protocolo y sus resultados preliminares.*

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil del Hospital de Basurto comenzó su andadura en el año 2003. Proporciona asistencia psiquiátrica hospitalaria a niños y adolescentes de Vizcaya.

Desde los inicios de la Unidad se decidió que en la asistencia se siguiera un modelo de organización por procesos. El modelo de organización por procesos ofrece, a nuestro juicio, algunas ventajas con respecto al modelo de organización tradicional. Entre las mismas podemos citar:

- Facilidad en la coordinación entre estamentos y servicios.
- Sistematiza las actividades de los procesos, propor-

cionando estabilidad a los mismos. Se elimina la variabilidad en procesos repetitivos.

- Establece indicadores para medir periódicamente y evaluar la calidad del trabajo realizado. El modelo tradicional no mide ni evalúa de forma sistemática la efectividad y eficiencia de los procesos.
- Las causas de ineficiencias se detectan y pueden eliminarse
- Utiliza el conocimiento de la opinión de los clientes, sus necesidades y expectativas como base para enfocar los servicios
- Se aplican ciclos de mejora continua a todas las actividades de la organización. En este sentido, en la organización tradicional la filosofía del trabajo no está basada en una planificación, implantación y revisión de resultados, que permitan establecer ciclos de mejora.

En este sentido se eligió un modelo de gestión por procesos para nuestra organización asistencial, que habría de seguir la norma ISO 9001:2000 de gestión de calidad.

La organización de la actividad asistencial se lleva a cabo en base a procedimientos operativos según motivos de ingreso. Un procedimiento sería el conjunto de instrucciones que hacen referencia a cómo se deben realizar



Figura 1

una serie de tareas para conseguir un objetivo, designando los responsables de realizarlas. Los procedimientos operativos se fueron diseñando en torno a las distintas patologías que iban a ser objeto de asistencia en la Unidad. Entendiéndose de forma inicial que una parte importante de la asistencia iba a dirigirse hacia el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en régimen de ingreso la responsable del proceso diseño, de forma conjunta con el responsable de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Basurto, el Procedimiento Operativo de TCA (PO-PIJ-02). El sentido que tendría el desarrollo de dicho procedimiento sería:

- Planificar la intervención diagnóstico-terapéutica de la hospitalización de acuerdo al mapa del proceso: intervención lineal continua.
- Organizar la intervención integrada: psiquiatra-enfermería-servicios de apoyo.
- Reflejar la cohesión del equipo terapéutico.
- Maximizar la eficacia de la intervención terapéutica.

El mapa del Procedimiento Operativo de TCA sería el de la figura 1.

Por otro lado la descripción extendida del procedimiento operativa, con sus subprocesos y sus actividades, sería la siguiente:

- **Gestión de ingreso:** Aplicar protocolo de gestión de ingreso (PT-PIJ-01). Considerar aspectos organizativos que minimicen estímulos negativos para el paciente.
- **Acogida:** Aplicar procedimiento operativo de acogida (PO-PIJ-01).
  - Recabar información (padres y paciente) sobre las conductas alimenticias del paciente. Cómo se han afrontado en casa.
  - Normas de la Unidad, hincapié en las referentes a la alimentación.
  - Firma del documento de información por parte de paciente y padres o tutores.
- **Diagnóstico:** Aplicar protocolo diagnóstico específico para TCA (PT-PIJ-02).
- **Tratamiento y cuidados:**

*Psiquiatra:*

  - Protocolo terapéutico para el tratamiento farmacológico si procede (PT-PIJ-03).
  - Orientación del tratamiento: protocolo de TCA (PT-PIJ-04).
  - Intervención psicoterapéutica individual y familiar.
  - Información.



#### 4

##### *Enfermería:*

- Aplicar protocolo de TCA (PT-PIJ-04), explicando tanto al paciente como a padres o tutores en qué consiste.
- Realizar intervención de enfermería aplicando la guía de manejo a pacientes con TCA (AN-PIJ-13·)
- Entrenar al paciente en técnicas de relajación/respiración (AN-PIJ-06) desde el inicio del ingreso en función de la capacidad del paciente.
- Realizar intervención de enfermería, manejo de la ira (AN-PIJ-08) y mejora de la autoestima (AN-PIJ-09)
- Escala OAS al 5º día del ingreso.

##### **- Planificación del alta. Alta:**

###### *Planificación del alta:*

- Coordinación con psiquiatra o psicólogo de referencia: información sobre el ingreso. Cita de seguimiento al alta.
- Cita de seguimiento con Endocrino-TCA
- Orientación final a paciente y padres.

**Alta:** informe en mano y recetas si precisa. Hoja de información sobre la dieta (AN-PIJ-14).

Por otro lado se definieron unos indicadores que permitieran medir el proceso.

Presentaré ahora el Procedimiento Operativo PO-PIJ-04, también denominado por nosotros Protocolo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Incluye una protocolización de aspectos fundamentales del tratamiento psiquiátrico y de enfermería de los pacientes ingresados por un trastorno de alimentación. Se complementa con otros protocolos de tratamiento específicos y no específicos para el trastorno. El protocolo lleva anexo una Hoja Informativa para Pacientes y Familiares sobre el mismo, que recoge de forma sencilla la información más relevante del mismo, y que se administra al inicio del ingreso tanto a los pacientes como a sus familiares. Asimismo también se anexa al protocolo una Hoja de Posibles Refuerzos Positivos.

A la hora de diseñar el protocolo se tuvo en cuenta la bibliografía publicada en relación al tratamiento hospitalario de los trastornos de la alimentación. Asimismo se mantuvo una coherencia con los objetivos y la misión del proceso asistencial y los requisitos y necesidades de los clientes del proceso (pacientes y familiares o responsables).

Los objetivos generales del protocolo son:

- Normalizar los hábitos de alimentación. Establecer una dieta “normativa” cualitativamente y cuantitativamente normal.

- Recuperación del peso mínimo normal para la edad de la paciente.
- Eliminación de las conductas de purga.
- Eliminación del ejercicio compulsivo.
- Tratamiento de la comorbilidad.
- Diseñar una estructura de tratamiento que permita el sostenimiento de objetivos al alta:
  1. Detectando factores mantenedores del problema en la familia.
  2. Desarrollando los recursos terapéuticos de la familia.
  3. Dando indicaciones concretas a la paciente y su familia para el domicilio en lo que se refiere a la dieta, el uso del baño, los espacios de supervisión.
  4. Coordinándose con el seguimiento ambulatorio.
  5. Se cuenta con una estructura puente: el HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL.

#### **PROTOCOLO TCA (PT-PIJ-04)**

##### **FASE INICIAL**

Duración: 72 horas desde el ingreso.

Objetivo: se inicia el tratamiento pero el objetivo principal es el evaluar la ACTITUD del paciente y decidir en que nivel de tratamiento posterior se le sitúa.

A.- A la llegada del paciente se instauran las siguientes medidas:

a. Pesar y tallar. No podrá mirar los datos. Apuntar en la historia clínica.

b. Calculo del peso normal mínimo, a través de las tablas de percentiles. Apuntar en la historia clínica.

c. No visitas, no calle.

d. Baño cerrado todo el día, excepto antes de cada una de las comidas del día. En estos periodos el paciente podrá utilizar el baño con intimidad (puerta cerrada). Si existiera un motivo que el personal entendiera como excepcional por el cual requiriese el uso del cuarto de baño fuera de estos momentos, lo podría usar, pero con la puerta abierta de par en par y supervisión visual directa por parte del personal (que habrá de ser del mismo sexo que el paciente excepto situación de fuerza mayor). Utilizará siempre su cuarto de baño y no el de otros compañeros. En situaciones excepcionales (por ejemplo si se decide que utilice el baño cuando esta en actividades en la planta de abajo) utilizara el baño que le señale el personal. Registrar en la evolución las incidencias extraordinarias si las hubiera.



e. En toda esta fase esta prohibido cepillarse los dientes, así como utilizar cremas hidratantes, maquillaje, pintalabios o cualquier producto cosmético. Por supuesto esto implica que dichos objetos serán retirados al paciente al ingreso y entregados solo si se levanta la prohibición en fases posteriores. No podrán utilizar los de otros compañeros.

f. Dieta: No se discutirá con el paciente el nivel de calorías de la dieta. Solo se aceptará excluir alimentos de la dieta pautaada en las siguientes ocasiones:

- Si se presenta documento medico escrito de alergia o intolerancia a determinado alimento
- En el caso de que la dieta habitual contenga limitaciones alimentarias de carácter cultural o religioso se presentara documento por escrito firmado por familiar adulto responsable del paciente que asegure que el alimento estaba eliminado de la dieta de forma previa a la instauración del trastorno alimentario por motivos culturales o religiosos.

Si el peso de llegada esta por debajo del 70% del peso objetivo se iniciará la dieta con 1200 kilocalorías/ día, subiendo en 4 días a 1500 kilocalorías/ día. A partir de ahí la progresión es igual para todos los pacientes. En general se inicia con dieta de 1500 kilocalorías/día (baja en sal, lactosa y grasa si existe riesgo de síndrome de renutrición y posteriormente baja en sal si existen edemas y hasta que se reabsorban) dándose un periodo de 1 semana de adaptación al paciente y, a partir del séptimo día se pasa a dieta normal (el paciente lo sabe desde el día de inicio). Se pueden utilizar batidos como alternativa (si no come menos de medio plato ingerirá 1 batido, si come mas de medio pero menos de 1 plato completo ingerirá medio batido), pero señalándole al paciente que, si bien esto le puede suponer una ayuda inicial frente a la fobia a determinados alimentos el objetivo no es que se alimente de batidos, y que, por lo tanto, ha de hacer una progresión en 1 o 2 semanas a un uso excepcional de batidos como alternativa. También se pueden utilizar batidos como complemento cuando las necesidades kilocalóricas para provocar y mantener un aumento de peso uniforme exceden la dieta normal (los batidos suponen una alternativa que se da al paciente a forzar una dieta hipercalórica a expensas de alimentos, pues parece ser mejor tolerado por los mismos). La opción de batidos como complemento es preferible a la dieta hipercalórica a expensas de alimentos dado que la dieta estándar se mantendrá durante todo el ingreso y servirá de modelo al alta, solo necesitaremos eliminar los batidos cuando estos ya no sean necesarios. Se subirán un máximo de 500 kilocalorías/ día cada 4 días y hasta un tope de 3500 kilocalorías/ día.

g. Comidas con los compañeros. A ser posible en una mesa que facilite la supervisión. Hay límites de tiempo prefijados: 20 minutos desayuno y merienda y 40 comida y cena. Se retira la comida pasado este tiempo. No se puede dar o recibir comida de ningún compañero ni comida extra. A ser posible evitar que se levanten los demás hasta que no halla acabado el paciente. La ingesta de agua será limitada (excepto indicación médica en contra) a dos vasos en comida, dos en la cena, uno en el desayuno y uno en la merienda. Se registrará tanto la ingesta alimentaria como la de agua. Especificar el tipo de platos servidos, la cantidad ingerida, si ha tenido conductas rituales con los mismos, si ha dejado elementos del plato sin comer de forma diferenciada y cuanto ha durado la ingesta (la idea es registrar de forma clara todas las incidencias en cada uno de esos puntos, si no ha habido incidencias en alguno de ellos, por ejemplo: no tiene rituales, no será necesario registrarlo para mas comodidad y ahorro de tiempo, si no está registrado se sobreentenderá que lo ha hecho bien).

h. Está prohibido consumir cualquier alimento o líquido fuera de las comidas estipuladas.

i. Está prohibido mascar chicles y consumir golosinas o caramelos.

j. Se pesará al paciente diariamente, de espaldas, no podrá mirar la báscula ni se le dirá el peso. La pesada se realizara tras entrar en el cuarto de baño y orinar y antes de lavarse o ducharse y de desayunar. Se realizará con el paciente vestido tan solo con ropa interior de forma ideal. Dependiendo del lugar donde finalmente se ubique la báscula, si esta finalmente tiene que estar en un espacio relativamente visible por otros pacientes se pesará al paciente con ropa interior y un camisón azul del hospital. Se podrá pesar al paciente en otras ocasiones, sin previo aviso, cuando se considere oportuno.

k. Excepto contraindicación explícita por su endocrinólogo o psiquiatra el paciente participará de las actividades de la unidad, con la única condición de que habrá de mantener reposo (sentado, solo levantándose o manteniéndose de pies en los desplazamientos entre distintas actividades). No podrá participar en ninguna actividad que implique ejercicio físico.

l. Durante la siesta preferentemente no permanecerá en la habitación, sino en la sala comedor, acompañado. La idea es que el paciente aprenda a manejarse con la ansiedad asociada a la comida desarrollando conductas alternativas sanas (se puede favorecer que lea, que juegue a algún juego de mesa...). Si por la situación global de la unidad (necesidad de mayor vigilancia de otros pacien-



6 tes) esto no fuera posible podrá permanecer en su habitación, con la puerta abierta (aunque habrá que tener presente que este será un momento propicio para utilizar conductas compensatorias para perder peso y que se estará renunciando a hacer un trabajo para el desarrollo de conductas alternativas). Siguen presentes los criterios de guardar reposo relativo descritos para las actividades de la unidad.

m. No existe prohibición de leer u otras actividades lúdicas que no impliquen ejercicio físico.

Probablemente existan determinados momentos en los que exista mayor riesgo de que alguna conducta dirigida a falsear o disminuir el peso este presente y no la detectemos de forma inmediata. Previsiblemente estos momentos serán:

- Al entrar al baño por la mañana antes de pesarse con la puerta cerrada.
- Durante la hora de la siesta si no es posible acompañamiento por otras demandas más prioritarias de la unidad.
- Durante el periodo nocturno.

Se decide renunciar a la posibilidad de un mayor control en esta fase en aras de que la situación creada permita cierto grado mínimo de intimidad para el paciente, dado que algunos pacientes pueden evolucionar bien sin haber sido necesarias medidas más intensas.

B.- Se identifican con el paciente unos objetivos:

- Control absoluto de las purgas, si las hubiera.
- Restricción del ejercicio de forma completa, solo se llevará a cabo el estrictamente necesario (se le señala que si la evolución es buena se facilitará que, de forma gradual, disminuya esta restricción, con el objeto de que aprenda a tener una relación adecuada con su propio nivel de actividad.
- Subida de peso. Se le señala que se espera que esta se lleve a cabo con una determinada progresión y hasta un límite prefijado. Una subida esperable (previa verificación de los edemas) sería de 0'2 Kilogramos/ día o 1'5 Kilogramos/ semana.
- Adscripción progresiva a un estilo de alimentación normalizado en lo que se refiere a duración, frecuencia, cantidades, tipos de alimentos, así como a la ausencia de rituales o conductas manipulativas con los alimentos.

C.- Se le señala al paciente la presencia de conductas que consideramos faltas muy graves, que, si se presentan en cualquier momento a lo largo del ingreso implicaran

un paso a la situación de refuerzo 0, amen de la instauración de medidas más específicas para controlar dichas conductas. Dichas faltas son:

- Conductas violentas hacia el personal, otros pacientes o material de la unidad.
- Esconder alimentos.
- Guardar o acaparar alimentos, provengan de dentro o de fuera de la unidad. Consumir cualquier alimento fuera de las comidas estipuladas.
- Utilizar, guardar o traficar con cualquier tipo de laxante, diurético, producto adelgazante o droga.
- Utilizar cualquier procedimiento para falsear el peso corporal real o fuerte sospecha de que se está falseando el mismo (por contraste entre la evolución del peso y una conducta externa que no justifique las variaciones de peso).
- Utilizar el baño de los demás compañeros o cualquier baño fuera de las condiciones estipuladas en el momento dado.
- Reiteración de faltas graves.

D.- Se le señalan al paciente la presencia de faltas graves, que se evaluarán dentro del equipo para darles una respuesta adecuada a cada una de ellas:

- No seguir las indicaciones del personal.
- Mirar el peso en la báscula.
- Trato despectivo al personal u otros pacientes.
- Alteración o daño de material de la unidad o de otros pacientes sin violencia pero voluntariamente.

E.- Se le señala al paciente que en dependencia de su actitud en la fase inicial se decidirá el paso a una fase que implique un mayor grado de medidas restrictivas o lo contrario.

F.- Se firma el contrato terapéutico y se le entrega el documento informativo para el paciente sobre protocolo de anorexia nerviosa.

## CAMBIO DE FASE

El cambio de fase se realizara tras analizar múltiples aspectos (actitud, modificaciones del peso, comorbilidad...), se decidirá en la reunión de equipo. Las posibilidades son tres: mantenerle durante un periodo de tiempo definido en la fase inicial, avanzar hacia una situación de mayor autonomía (FASE DE SALIDA) o situar al paciente en Refuerzo 0 (Inicio de la fase II).



## FASE II

Se parte de una situación llamada refuerzo 0 y se van sumando o posponiendo o eliminando refuerzos positivos dependiendo de la evolución fundamentalmente del peso, pero también de otros factores.

### A.- SITUACIÓN DE REFUERZO CERO:

1. No podrá salir de la habitación propia en ningún caso que no sea para pesarse. Obviamente esta medida lleva asociada que no podrá participar de ninguna actividad de la unidad.
2. Encamamiento durante todo el día excepto 15 minutos a la mañana y 15 minutos a la tarde, en los que permanecerá sentado. Comerá en la habitación. Estará en pijama. Reposo absoluto en cama.
3. No ducharse. No lavarse ni asearse físicamente. No es posible cepillarse los dientes.
4. Baño cerrado todo el día. Si el paciente necesita utilizar el baño puede utilizar una de estas dos opciones (la que se elija inicialmente se mantendrá, el personal se reservara la posibilidad de elegir una de ellas si surgiesen complicaciones en su ejecución):
  - El baño se abre para su uso pero siempre se mantiene la puerta abierta de par en par y la supervisión visual directa del personal.
  - El baño permanece cerrado y el paciente orina o defeca en un recipiente asignado a tal efecto, estando el personal de frente, pudiendo el paciente cubrirse con la sabana durante la micción o la defecación. Colaborara en todas las maniobras que le solicite el personal para comprobar la correcta ejecución de dichas necesidades sin manipulaciones.
5. No podrá tener ningún objeto de entretenimiento en la habitación. Su cajón y mesilla estarán vacíos excepto las gafas graduadas sin funda si las tuviera o el material de guardar las lentillas si las tuviera. Todas las demás pertenencias serán retiradas y su taquilla permanecerá cerrada.
6. Ocupará una habitación con videocámara. Se realizará vigilancia a través de la misma y de forma visual directa.
7. No recibirá visitas.
8. No puede beneficiarse de ningún tipo de entretenimiento ni disponer de material de este tipo.
9. La dieta será la que corresponda al momento de la evolución del paciente, según se describió en la fase inicial. Mantiene los tiempos de las comidas y

las indicaciones generales tanto respecto a alimentos como a líquidos.

10. El pesaje será igual que en la fase inicial, diario, con ropa interior solamente y solo si es necesario para preservar su intimidad respecto a otros pacientes se utilizara el camisón azul del hospital. Priman las normas de esta fase a la hora de miccionar y defecar con supervisión. Se le señalara al paciente que es importante que orine a primera hora de la mañana antes de pesarse y se le dará la chata o se le abrirá el baño y se le pedirá que lo intente si señala que no tiene ganas. Es conveniente registrar en la evolución las incidencias especiales. Pesar al paciente desnudo se reserva como medida que se puede tomar en situaciones especiales pero en principio no sería una actitud protocolizada.

### B.- CONSIDERACIONES ESPECIALES DE MANEJO EN ESTA FASE

1. La instauración de alimentación enteral por sonda nasogástrica no será nunca empleada como elemento de castigo. La indicación de la misma será siempre por motivos de índole puramente médicos (generalmente será una indicación que parta del endocrinólogo). Recordar que es una medida no exenta de complicaciones. No obstante si alguien requiere dicha medida siempre se entiende que está tan mal como para estar en refuerzo 0.
2. Si el paciente se niega activamente a entrar en esta fase será precisa la indicación de sujeción mecánica, así como en todos aquellos casos que estén dentro del protocolo general de la unidad de sujeción mecánica (agitación, riesgo de autolesiones,...). No obstante sugiero (esta será una indicación que tendrá que definir el psiquiatra evaluando las características de cada paciente) que se dejen claros los límites de la misma y a que estará vinculada la eliminación de la sujeción mecánica (periodo de tiempo vinculado además a un cambio de actitud del paciente,...).
3. Si se sospecha la posibilidad de ejercicio nocturno recomendando pautar hipnóticos.

### C.- PROGRESIÓN DE LA FASE. SISTEMA DE REFUERZOS POSITIVOS

El tratamiento conductual posterior consistiría en la introducción de distintos refuerzos positivos asociados a determinados aumentos de peso (como orientación los explicitados en la fase inicial). Se presenta en el protocolo



8 lo una tabla de refuerzos positivos posibles. El psiquiatra tendrá que definir los pesos y a que refuerzo positivo se asocian. Si el paciente se mantiene en el peso se prolongará la introducción de nuevos refuerzos positivos. Si baja peso se eliminarán automáticamente refuerzos positivos asociados a pesos anteriores, no hará falta rescribir esto en la historia. Por ejemplo, si un paciente tenía puestas en órdenes médicas: Refuerzo 0

38,2 = puede ducharse

38,4= puede estar sentada en la silla

38,6= puede tener una revista

Imaginemos que el primer día pesaba 38, el segundo pesa 38,2 y por lo tanto automáticamente ya se podría duchar, no haría falta que el psiquiatra verificara el peso y ese mismo día se podría duchar. Como la ducha sería después del peso y antes de desayunar, podría, recién pesada, ducharse. Si al día siguiente pesa 38, 6 pueden aplicarse todos los refuerzos. Pero si un día después pesa 38,1 ese mismo día, después de pesarse, ya no podría ducharse y tendría que permanecer en la cama todo el día excepto 15 minutos a la mañana y 15 a la tarde, sentada en una silla. Además se le retiraría el material lúdico (la revista).

Si comete faltas muy graves pasará a la situación de refuerzo 0. Si se prevé una clara evolución hacia la bajada de peso puede ser interesante introducir más rápidamente la situación de refuerzo 0 que esperar a que el paciente vaya considerando una por una la pérdida de refuerzos positivos y alargando innecesariamente la movilización de los recursos del paciente para revertir la situación de bajada. El psiquiatra, si se considera adecuado el paso a refuerzo 0 fuera de lo pautado anteriormente en ordenes médicas escribirá en ordenes médicas: “paso a refuerzo 0”, o “paso al inicio de la fase II”. En principio la introducción de refuerzos positivos solo se lleva a cabo si, además de cumplir con la expectativa de peso asociada al refuerzo: sigue las indicaciones respecto al nivel de ejercicio, no vomita, ni se purga, ni están presentes faltas graves.

Asimismo, el paso a refuerzo 0 en respuesta a conductas del paciente por faltas muy graves se pospondrá siempre y cuando sea razonablemente posible, aplicándose automáticamente a partir de primera hora de la mañana del día siguiente y recordándole al paciente las repercusiones que tiene su falta y a partir de cuando se aplicara. Posponer la medida tiene dos sentidos: uno es disponer del personal de refuerzo de forma programada, el otro no responder con una actuación a la actuación del paciente, transmitir una impresión de respuesta men-

talizada inscrita en un tratamiento diseñado para él. No obstante, enfermería habrá de poner la situación en conocimiento del psiquiatra responsable del paciente o el de guardia en caso de que suceda fuera de horario laboral del primero y que este evalúe si es absolutamente necesario o aconsejable pautar refuerzo 0 en ordenes médicas para instaurarlo inmediatamente (tendría que escribirlo ya que se sale de las situaciones de instauración automática de refuerzo 0). Las excepciones probablemente van a ser la agitación y las conductas violentas o el oposicionismo sistemático a seguir cualquier indicación que hagan esta medida la única posible de forma inmediata.

#### FASE DE SALIDA

En esta fase se continúa con la introducción sistemática de refuerzos positivos en respuesta a cambios en el peso y la conducta alimentaria.

Se prepara al paciente y sus familiares para el alta, informándoles de las medidas más adecuadas, comprobando su aplicación y verificando y resolviendo las dificultades que se generan en las salidas al domicilio.

#### ALGUNOS COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE EL PROTOCOLO

La modalidad más descrita en la literatura coincidiría con un inicio del tratamiento hospitalario en situación de refuerzo cero, sobre la cual se van añadiendo refuerzos positivos, sobre todo en relación al dato más objetivo de la subida de peso. A esta modalidad se suman distintas opciones de tratamiento psicoterapéutico (de predominio psicoeducativo, cognitivo conductual y comportamental) en dependencia de la mayor o menor disponibilidad de recursos de la unidad en cuestión. Al diseñar nuestro modelo pusimos especial interés en verificar si era necesaria la instauración de una situación inicial que implicaba en la práctica una restricción completa de la intimidad del paciente y que con frecuencia los pacientes aprecian como una deshumanización. De esta forma diseñamos un tratamiento que inicialmente mantiene ciertos aspectos diferenciados de la situación inicial estándar, y que, a nuestro juicio, podría ser mejor tolerado por los pacientes y sus familiares, conjugado con una información intensiva a los pacientes y los familiares respecto a las contingencias esperables en dependencia de los distintos cursos de acción del paciente. En este sentido el uso de la situación de refuerzo cero solo se lleva a cabo cuando se entiende que es estrictamente necesario para una evolución positiva ( es decir, cuando las intervenciones de



carácter mas moderado no son exitosas en la consecución de los objetivos).

Los datos preliminares recogidos hasta la fecha sobre la gravedad y la evolución de los pacientes nos indica que, a pesar de su alto nivel de gravedad, con un 94 % con un CGI entre gravemente enfermos y extremadamente enfermos y un 4% marcadamente enfermos (en gran numero de casos los pacientes provienen de tratamientos fallidos en los entornos ambulatorios específicos para trastornos de la conducta alimentaria o de hospitalización parcial), un porcentaje significativo de pacientes (casi tres cuartas partes) nunca llegan a necesitar a lo largo del ingreso un paso por la Fase II. Por otro lado, el uso de sondas de alimentación nasogástrica no ha sido necesario en ningún paciente hasta la fecha. Los datos nos animan a seguir por esta vía y nos cuestionan la necesidad de utilizar enfoques extremada-

mente intensivos de inicio, pues probablemente exista un porcentaje significativo de pacientes graves que no los necesiten. Por otro lado la propuesta inicial de utilizar sondas de alimentación solo en caso de necesidad determinada desde el punto de vista estrictamente medico nos permite apreciar, hasta la fecha como otras opciones son probablemente mas útiles, en la mayoría de nuestros pacientes y en la mayoría de los casos, para conseguir que el paciente supere su fobia alimetaria y su peso se modifique en el sentido previsto.

#### BIBLIOGRAFIA

- Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of Treatment for Eating Disorders. 2nd Ed. Guilford Press. New York. 1997.
- Guía de Gestión por Procesos e ISO 9001:2000. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Vitoria. 2004



E. Paolini

## Tratamiento grupal

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

### INTRODUCCION

Este artículo, elaborado para la revista que la AEPIJ publica trimestralmente, y coincidente con la 42ª Reunión de junio en Bilbao, pretende sintetizar un quehacer de la filosofía grupal aplicada a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su psicopatología asociada. Está basado en trabajos anteriores sobre la teoría y el método aplicado con pacientes adolescentes en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid (HNJS)<sup>1</sup>. Ello ha sido posible gracias al conjunto de profesionales, con los que he tenido el placer y el honor de aprender y colaborar<sup>2</sup>.

En la mesa redonda de la reunión sobre tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, presentaremos de manera específica el sistema aplicado en los grupos de pos-alta de hospital de día; en el que se informa sobre el trabajo en curso y los últimos desarrollos técnicos realizados durante esta etapa del tratamiento aún en estudio.

### EL CONCEPTO

El sistema de tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se utiliza en el HNJS, puede considerarse como un abordaje institucional basado en su fundamento, el grupo. Este sistema, que denominare-

mos grupo-institucional, se desarrolla en etapas sucesivas y pasando por diferentes niveles de integración respetando los pasos de la psicológica evolutiva. Contempla el tratamiento psiquiátrico y psicológico simultáneo de la psicopatología frecuentemente asociada a estos trastornos, y se articula en base a métodos grupales<sup>3,4</sup>.

Una de las primeras premisas, es que nuestro trabajo debe concentrarse en la red vincular en la cual está integrado el paciente: es decir que debemos situarnos en otra perspectiva, la óptica que permita visualizar los vínculos. La estructura familiar cargada de significantes, el engrama natural e institucional del que debemos descifrar un significado vital, un significado de existencia a la herida del ser.

Así, el sistema que hemos desarrollado (en un sentido lato, isomórfico al objeto), es un sistema institucional de cuidados grupales integrados, que abarca los aspectos biológicos, la interacción familiar y otros grupos de pertenencia, como lo son, los grupos de referencia del paciente y la organización intrapsíquica de cada sujeto en relación a este contexto. Con ello, intentamos proporcionar un espacio grupal artificial (institucional) para el desarrollo de los vínculos de una manera asistida, que se podría entender o denominar como unidad de cuidados asistenciales y parentales de las relaciones perturbadas<sup>5,6</sup>.



## ORGANIZACION DEL TRATAMIENTO

La estrategia de tratamiento contempla un desarrollo escalonado y por fases en solución de continuidad en la que se van cumpliendo (a veces de manera tórpida), los objetivos que dan lugar a la fase siguiente. Cada etapa intenta preparar al paciente para la consecutiva, por lo que cada escalón del proceso de cambio puede ser considerado como una prueba de aptitud o del grado de estabilización logrado, y desde la cual se puede volver a la fase anterior o al inicio del tratamiento que sería en este caso el ingreso o reingreso hospitalario.

Desde nuestro punto de vista, un elemento fundamental que explica la razón por la cual este modelo resulta eficaz, es el concepto de sinergia entre las fases y los módulos de tratamiento. Cada fase, cada escalón del tratamiento, tiene su entidad, una fuerza propia (implícita en la coordinación del sistema), que se potencia en función del porvenir. Si un paciente sabe que detrás está la hospitalización, hará lo posible para no volver a la misma, y el logro de una fase nueva le permite sentirse con posibilidades de continuar su desarrollo, funcionando este sistema como un condicionamiento cognoscitivo de la prospectiva de lo ya vivido o experimentado a través de los otros.

Un mecanismo similar ocurre con los módulos (grupos de plan de vida, de padres y de psicoterapia de pacientes) que funcionan de manera coordinada, concertada y confrontada entre sí. El ejemplo más claro sería: cómo un emergente que aparece en el grupo de psicoterapia con un paciente determinado se puede trabajar indirectamente con los padres, dando estrategias para solucionarlo de una manera más eficaz, o por lo menos con recursos nuevos no repetitivos de los modelos anteriores, o interviniendo sobre las hipótesis causales del mismo<sup>7-9</sup>.

El grupo puede ser un generador de patología, tanto el grupo de pertenencia (familia), como los de referencia o influencia, ejemplo de esto son el aprendizaje de las conductas adictivas en grupos de pares. Pero el grupo también puede poseer un principio corrector, siempre y cuando esa fuerza natural del grupo, los parámetros que allí se desarrollan, pueden converger en un sentido terapéutico o de cura<sup>10</sup>.

El grupo es nuestro objeto y también nuestro método de trabajo; no sólo pensamos en el sujeto como individuo sino como un miembro emergente de un grupo familiar, y en los grupos en sí como un conjunto en el cual se promueve la interacción entre los miembros, más que centrarnos en los contenidos específicos indirectos que se dan en él.

Grupo como factor generador y grupo como principio corrector, grupo como objeto y como método<sup>9</sup>. En nuestro caso, utilizamos el método operativo desarrollado por E. Pichón-Rivière, aplicado a la psicoterapia grupal de trastornos de la conducta alimentaria, para lo cual hemos introducido algunas variaciones técnicas. La organización del tratamiento y el sistema de módulos integrados del cual forma parte es un diseño de tres grupos básicos, con tareas diferenciadas y coordinadas entre sí: grupo de plan de vida, grupo de padres, y psicoterapia de grupo. En fases posteriores del tratamiento, se realizan lo que denominamos grupos de seguimiento.

### I- Grupos de Plan de Vida

Los grupos de Plan de Vida están constituidos por un mismo conjunto de pacientes, tengamos en cuenta que la media de pacientes por grupo son 12 personas. Esas pacientes tienen una primera actividad que suele llevar aproximadamente una hora. Luego estos pacientes pasan al grupo de psicoterapia. Durante el desarrollo del grupo de Plan de Vida, simultáneamente, se desarrolla, por parte de otro equipo profesional, los grupos de padres.

Los objetivos del Grupo de Plan de Vida son:

- a. La prevención de las recaídas
- b. La estabilización médico-psiquiátrica, orgánica y de las variables psicopatológicas centrales, nutricionales, ponderales y psicológicas.

El método que se utiliza en el Plan de Vida se desarrolla en una situación grupal, es decir, están todos los pacientes presentes en ese momento. Actualmente, la gráfica-IMC, se efectúa de manera individual a cargo de un auxiliar. A posteriori, se trabaja horizontalmente sobre la colectivización de los emergentes. Esto quiere decir que cuando surge un tema en una revisión individual que tenga que ver con el conjunto -porque es algo observado en varios pacientes a través de la gráfica de la evolución semanal del IMC- se colectiviza cada hecho y se trabajan de manera sintética. Se ajusta por parte de los terapeutas el plan de vida, y lo mismo ocurre con las intervenciones en crisis o descompensaciones, que son frecuentes con este tipo de pacientes.

Esta forma de intervención, desde el modelo médico, tiene una importancia fundamental en este tipo de trastornos en tanto actúa modo de heard immunity y como factor organizador infraestructural del self: reflexión fundamental si tenemos en cuenta que estamos ante un trastorno con importantes implicaciones psicosomáticas.

### II- Grupos de padres

Los grupos de padres, según el modelo que se viene



- 4 utilizando, difieren de los grupos multifamiliares en tanto su diseño no contempla la participación de los hijos en el mismo tiempo y espacio pero, en su concepto, es análogo en tanto los roles paterno filiales se integran indirectamente mediante el conjunto del sistema (reunión de equipo interdisciplinario), la previsión de entrevistas familiares y de técnicas de confrontación, donde el equipo actúa como catalizador de la comunicación (reuniones de evaluación conjuntas padres-hijos)<sup>12</sup>.

El objetivo fundamental del grupo de padres es el establecimiento de una alianza terapéutica entre ellos y el equipo clínico; comparten un mismo objetivo: la cura o mejoría del paciente, aunque este concepto sea entendido de distinta manera por los pacientes, por los padres y por los profesionales, quienes tratarán de aprovechar la fuerza de la colaboración de los progenitores en el tratamiento.

El trabajo con el grupo de padres aminora los sentimientos de culpa siempre presentes en esta y en otras patologías, sobre todo en las mentales. Las intervenciones o señalamientos a veces pueden provocar una reacción contratransferencial negativa. Por esta razón, en el encuadre de estos grupos, se habla a los padres de las implicaciones emocionales de esta forma de trabajo, y del grupo como un espacio en donde poder reflexionar y trabajar para facilitar la mejoría de sus hijos, objetivo común que los reúne.

La disminución de los sentimientos de culpa permite la toma de posiciones activas por parte de los padres, la asunción de nuevos roles y actitudes que producen una modificación de la estructuración de las redes de comunicación y por tanto del sistema. El trabajo con el grupo de padres permite a éstos ir incorporando paralelamente conocimientos básicos sobre el periodo evolutivo que están atravesando sus hijos así como de los conflictos inherentes al mismo (adolescencia), y el impacto que produce en ellos.

Todo lo que se genere en ese grupo, debe ser trabajado bajo el principio de restitución grupal, es decir, debe ser elaborado en el contexto en el cual fue generado. Este principio también se utiliza en los grupos de psicoterapia<sup>13</sup>.

El método que utilizamos en estos grupos de padres es el de grupos operativos, grupos centrados en la tarea con el análisis de los manifiestos y de los latentes, el desarrollo de un esquema conceptual de referencia, es decir, de un lenguaje común para que los padres puedan operar y puedan entender y comprender mejor la enfermedad, es decir, ponerle palabras a los sentimientos, a lo que ellos observan en su casa y a la comunicación entre ellos. En principio son grupos bastante directivos, pero que a

medida que se van desarrollando dejan de serlo para pasar a ser más cogestionados<sup>14</sup>.

El método implica el análisis de las cualidades emergentes, es decir, aquellos elementos que emergen del sistema que estamos estudiando, esto es, aquello que se presenta como angustioso, como crítico o compartido por varios miembros. Este sistema permite una contención de las emociones básicas, un espacio para la creación y el desarrollo de las habilidades, y en el caso de que se detecte psicopatología en el grupo primario, la derivación a la red del sujeto en cuestión.

### III- Grupos terapéuticos

Constituyen la instancia que estructura a todo el sistema en tanto el único valor resultante del mismo sólo puede ser valorado a la luz de los niveles de organización y desarrollo madurativo que alcancemos en el aparato psíquico de cada uno de los pacientes. Esta, evidentemente, es una labor que sólo se alcanza con arte, ciencia y paciencia por parte de todos y cada uno de los componentes en juego. En lo que respecta a la estrategia global del tratamiento, debemos tener en cuenta que el diseño grupal en base a psicoterapias de grupo breve en una institución de nuestras características, implica el paso sucesivo por diferentes tipos de fases y de grupos hasta lograr un mínimo de estabilización que permita el alta hospitalaria.

Muchos de los objetivos que se van a desarrollar son aplicables también al grupo de padres y están estrechamente unidos a la metodología. Objeto y método del grupo terapéutico son:

- a. Creación de un microsistema social diferenciado, definido por la institución sanitaria y por el contrato terapéutico. Es decir, un sistema social artificial, pero en un contexto muy específico, que es un contexto hospitalario donde los pacientes se vienen a tratar durante un tiempo determinado, son tratados por diferentes profesionales y, al mismo tiempo deben depositar confianza en ellos y elaborar la separación que significa la continuidad a largo plazo donde probablemente el tratamiento sea llevada por otros profesionales.
- b. Aprovechamiento de los vectores, o de las fuerzas consecuentes a la dinámica del grupo, que se podrán agrupar, según Pichón-Rivière, en seis vectores básicos, que son: la pertenencia, la cooperación, la pertinencia, la comunicación, el aprendizaje y el factor tele.
- c. Elaboración de la anosognosia, es decir, pasar de la negación masiva de la enfermedad a la toma de conciencia progresiva de enfermedad.



- d. El desarrollo de una subcultura grupal, es decir, el desarrollo de elementos que hacen a la identidad propia de cada grupo, una historia y una memoria propia, con lo cual el grupo pasa a ser también un grupo de referencia, una vez que pasa el tiempo.
- e. La sinergia del propio grupo en relación a otros y de los miembros del grupo entre sí<sup>15</sup>.
- f. El proceso, muy frecuente y muy rápido, de identificación con el equipo tratante. Cada sujeto cuando vivencia la intervención sobre un igual, al cual se ve también como enfermo, aunque distinto a uno, en ese momento ese sujeto se está identificando con nosotros, lo mismo que si otro sujeto le dice algo en un sentido terapéutico. Esa identificación es un proceso sin vuelta atrás, que hace que los sujetos, por decirlo así, sin quererlo, en un momento determinado, entren en su propia paradoja y tengan que hacer frente a su propia enfermedad.

La tarea de los grupos terapéuticos tiene que estar previamente definida y suficientemente clara, esto forma parte sustancial del encuadre. Los individuos candidatos a cada grupo deben ser seleccionados y preparados previa y adecuadamente.

Desde el punto de vista profesional, podemos considerar el grueso de nuestra tarea como un proceso de maduración asistida durante un segmento de la vida, hay que tener en cuenta que la mayoría de nuestros pacientes están en una franja de edad desde los 11-12 años hasta los 18-19, es decir, que estamos interviniendo en una fase de cambio muy importante. Es así que se podría entender que el sentido del grupo es asistir a ese proceso de maduración, al abordaje de las dudas, de los miedos, de los proyectos, etc. Y por lo tanto también la reorganización del sistema de comunicación con el entorno, o del tipo de adaptación a la realidad, es decir, pasar de una adaptación pasiva a la realidad a una adaptación activa mediante la investigación conjunta: “investigar juntos sobre el sentido de la tarea que los convoca”.

Para que este objetivo sea diáfano desde el comienzo, se hace un contrato terapéutico, que es en principio un contrato verbal, pero que tiene que estar refrendado por paciente y por familia, y estar de acuerdo en las condiciones y en las normas, que van a definir el proceso grupal y con los roles que cada uno va a desempeñar durante el desarrollo de éste. Este contrato incluye tiempo, duración, lugar y todas aquellas variables que debemos hacer constantes para que el sistema esté claramente definido y el desarrollo del proceso sean posibles.

Esta tarea incluye una definición del sistema sanitario

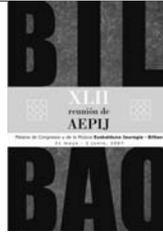
que va a tratarlo, lo que implica el desarrollo de una confianza básica. En este sentido, no se pretende que haya una confianza inicial pero sí al menos la suficiente para soportar la incertidumbre y el secreto de todo lo que se diga en los grupos, para ello también debemos transmitir el secreto profesional que asume el equipo tratante y el secreto de lo grupal que todos deben mantener.

También se aborda y desarrolla la interferencia de los grupos externos y el tema de la resistencia al tratamiento o al cambio, es decir, en principio y salvo circunstancias especiales de algunos grupos que puedan aconsejar lo contrario, los pacientes no deben verse fuera del contexto terapéutico ya que esta situación resta fuerza al trabajo grupal y facilita las actuaciones fuera de contexto. De esta manera, promovemos la comprensión de la naturaleza de la resistencia al cambio y sus mecanismos, cómo ésta va a surgir necesariamente y la inevitabilidad de su abordaje en un trabajo de estas características.

Se informa sobre el fenómeno de la transferencia, en términos sencillos, ya que es un concepto relativamente fácil de entender, y como es algo que se da naturalmente en cualquier relación humana, sobre todo aquellas que implican una asimetría de roles: el que está en el lugar del enfermo y en el que está en el lugar del tratante; esta situación, implica transferir al otro elementos de uno, otorgar un poder con gran carga emocional al otro. En esa transferencia se van a ir desarrollando, repitiendo, sentimientos arcaicos con el equipo tratante, estos pueden ser de mucha confianza y seguridad o lo contrario, pasando del amor al odio, igual que ocurre en otras situaciones de la vida cotidiana, igual que ocurre en las propias casas, sobre todo en estos pacientes donde la dialéctica amor y odio está casi siempre explícita y ambivalentemente presente.

Las normas de restitución grupal, ya aludidas, implican a la esencia del procedimiento técnico: lo que se genera en un contexto debe ser tratado en el mismo contexto antes de ser trasladado a otras instancias. En nuestro caso, si se presentara una circunstancia que no se puede resolver en el grupo, porque hay un padre con problemas paranoides o una madre que no puede entender de ninguna manera una determinada actitud del paciente, una intervención nuestra, o cualquier situación planteada como dilemática, es decir, sin salida, y esto en el encuadre se aclara, el equipo terapéutico puede apartar a un paciente del grupo de una forma provisional o definitiva, y será el equipo interdisciplinario en sesión clínica quien decida el tipo de estrategia a seguir.

Dentro de los problemas de la interacción que deben



6 ser comprendidos por pacientes y familias se incluye el problema de la actuación en términos de teoría de la comunicación<sup>16</sup>, como forma de decir algo con el acto o con el cuerpo<sup>17</sup>, y la utilización de la verbalización como alternativa eficaz.

Por lo general, y en este momento de desarrollo técnico, los métodos que estamos utilizando son fundamentalmente verbales, es raro que se utilicen lo que los psicólogos denominamos técnicas activas, en tanto la verbalización y la puesta en marcha de la función simbólica en sí, ya es un factor suficientemente poderoso para la organización del pensamiento y para la reducción sintomatológica, en combinación con otros métodos terapéuticos.

### DISEÑO DE LOS GRUPOS

El diseño de los grupos y su perfil siempre serán resultantes de la demanda y de los objetivos terapéuticos que nos planteemos. En cualquier caso, siempre los grupos los diseñaremos en base a algunos criterios de homogeneidad y otros de heterogeneidad, pero estos criterios los usaremos en función de los dos previos. Es decir, que para algunos objetivos nos interesarán grupos homogéneos y para otros heterogéneos en un sentido o en otro. Esta tarea se realiza sobre el material clínico en concreto, es lo que en ciencia se denomina un modelo de desarrollo en función del objeto y de los objetivos.

En la definición del perfil básico necesitamos una “masa crítica”, es decir, un conjunto necesario y suficiente de pacientes y una variedad o fuerza psicopatológica convergente que nos permita que el grupo funcione “por sí solo”, es decir que haya los elementos que permitan el surgimiento de una cualidad emergente, una fuerza resultante que el coordinador tiene que conducir y articular de una determinada manera.

El perfil resultante tiene que interaccionar armónicamente, no puede haber, en términos de teoría de la comunicación, “ruido” dentro del grupo; si hay ruido es un grupo que está mal definido, porque hay un paciente o más bien, conjunto de ellos que están inadecuadamente seleccionados para ese grupo, o porque el encuadre no está correctamente realizado, o porque hay fallos transferenceles que inciden en el respeto de las normas. El concepto de armonía aplicado a los tratamientos grupales, alude a la asociación libre de una manera continuada, en el texto que construye el grupo en interacción, no hay ruido y sí solución de continuidad, con las inflexiones que provienen de las propias obturaciones de los lenguajes patológicos de los pacientes, que son a su vez, las que determinan los momentos críticos de los grupos y donde

encontramos los saltos cualitativos desde el punto de vista de la psicoterapia.

En la definición del perfil básico tenemos que tener en cuenta el diagnóstico, la edad, el tipo de funcionamiento mental del paciente, que no siempre se corresponde con la edad cronológica, la psicopatología y la personalidad de base. La fenomenología y el tipo de evolución que tenga el paciente serán parámetros determinantes, no es lo mismo un paciente que esté en un proceso crónico, que sea de evolución más lenta o de evolución rápida, teniendo en cuenta que la apreciación de este ritmo al principio puede ser engañoso.

El tiempo interno, es un tema importante y a tener especialmente en cuenta en el tratamiento de adolescentes y jóvenes adultos, lo mismo que como el concepto de movilidad de las estructuras patológicas de personalidad, es decir, que lo que hoy observamos como anorexia nerviosa restrictiva, mañana es una depresión mayor o una depresión ansiosa o un trastorno de personalidad. Esto hace a todo lo que es el tema de la relatividad de la psicopatología sobre todo en edades con evoluciones inciertas.

Por último, en el diseño de los grupos es fundamental el encuadre y el cronograma. El encuadre, ya lo hemos dicho, consiste en fijar variables básicas de trabajo. Y el cronograma, tiene que ver con la previsión de fechas de inicio y finalización, vacaciones, evaluación del trabajo (tipo de pruebas se van a pasar antes y después), el visto bueno de las familias y los pacientes si algunas sesiones se van a grabar en vídeo o no, etc.

### FACTORES TERAPÉUTICOS

Los factores terapéuticos individualizados como intervinientes en este sistema son:

1. Aprender y enseñar a hablar y escuchar al otro y a sí mismo
2. Efecto de contención y estructuración facilitado por el sistema desarrollado. El sistema permite que se contengan muchos niveles de integración, porque hay una contención física, una contención psicológica y una contención de la interacción del grupo familiar a través de los grupos multifamiliares. Esa contención al mismo tiempo estructura y facilita el sistema, en tanto se va haciendo, como decíamos antes, una sutura entre estos tres elementos que en un principio aparecen disociados en la vida psíquica del paciente. Nuestro trabajo va a ser unir con un lenguaje específico cada uno de estos sistemas.
3. Efecto ansiolítico, producido por la colectivización



del síntoma, es decir, el compartir con otros, con iguales, lo que a uno le ocurre, “a otros les pasa lo mismo”. El principio terapéutico que rige este mecanismo es el mismo que se utiliza en los grupos cogestionados, que pasan a ser autogestionados, como son los de alcohólicos anónimos u otros grupos de autoayuda (ADANER...). La investigación conjunta sobre las motivaciones psicológicas del trastorno, la confrontación y el desarrollo de un vínculo afectivo de cooperación con los similares, constituye una manera idónea para reducir de manera drástica las resistencias activas y pasivas de pacientes y padres al cambio propuesto, para vencer la anosognosia que impide la conciencia de enfermedad, propiciar las condiciones para el cambio, y neutralizar el desplazamiento de la agresividad parental que despierta la vivencia de impotencia ante el desafío omnipotente que representa el trastorno.

4. El efecto reflexivo, promovido por la verbalización de los padres, es decir, cuando hay grupos de pares iguales que están hablando o reflexionando sobre algo, eso no necesariamente el sujeto lo percibe. Ejemplo de esto sería el sujeto callado, es decir, que hay sujetos que pueden estar silenciosos en un grupo, pero sin embargo hacer una participación absolutamente activa, porque están muy interesados en lo que allí se dice, quizá no logremos que ese sujeto hable mucho en el grupo, pero si es bastante posible que ese sujeto, fuera de ese grupo, manifieste el efecto del grupo en el cual está callado, que es el grupo terapéutico. Así y todo, nuestra postura en los grupos de psicoterapia breve es facilitar que los pacientes hablen, sobre todo porque son fases donde este principio organizador del psiquismo es indispensable.
5. Efecto cognoscitivo, o efecto del saber, donde se que cumple la función modeladora del grupo, es decir, que el grupo externo de alguna manera influye sobre el interno y viceversa, porque en definitiva siempre hay un grupo interno de referencia que permite, sobre los engramas naturales, ir construyendo la consciencia sobre el saber inconsciente del sujeto. En principio, el sujeto es el que más sabe sobre sí mismo, lo que ocurre, más allá del juego de palabras, es que no sabe que lo sabe.
6. Recuerdo y reorganización emocional que permite el grupo a través del análisis de la biografía, la emergencia de los recuerdos y la confrontación con la realidad. La reorganización emocional atañe fun-

damentalmente a lo que podríamos denominar vínculos patogenéticos, es decir, actitudes o posturas en la comunicación que se siguen repitiendo aunque el paso del tiempo demuestre que ese tipo de sistema vincular no es funcional y cuyos mecanismos estereotipados son analizables contrastando la repetición transferencial (principio de placer), con la evocación personal, y el análisis proporcionado por el principio de realidad.

### PROBLEMÁTICA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Lo que atañe quizás a lo más importante y lo que debería estar al comienzo de cualquier protocolo de procedimiento, la problemática del equipo que trabaja o pretende trabajar con este sistema, en tanto este sistema operativo de trabajo del equipo interdisciplinario implica sistematizar datos extraídos de la realidad para poder comprenderla y modificarla y, al mismo tiempo, organizarse acorde con el objeto de estudio<sup>18</sup>. Para ello, es fundamental que el equipo genere un lenguaje común coordinado, es decir, que desarrolle un esquema conceptual de referencia, y que se articule en base a un principio de jerarquía funcional, más allá de que haya una organización jerárquica institucional. Es decir, la distribución de papeles y de roles en cada uno de los grupos, en cada uno de los módulos y en cada una de las fases. Esto implica al equipo interdisciplinario, o debería implicar, un análisis permanente sobre sí mismo, en tanto también, como dijimos antes, por el teorema de Stanton y Schwart<sup>19</sup>, los equipos realmente repiten de alguna manera la patología que están observando y trabajando.

En este sentido es importante desarrollar una teoría de la técnica y, en cualquier caso, si volvemos al punto de origen de lo que se planteaba de la teoría de los sistemas, deberíamos tener siempre presente el concepto de “grupo artificial”, es decir, que en todo grupo de psicoterapia lo que hemos creado es un sistema de “masa artificial”, en términos freudianos, en donde se articula la doble ligazón libidinal, que implica a los sujetos en el sistema, es decir, con el líder, o en este caso con la institución sanitaria y con los representantes de ella, y entre los individuos. Esta doble ligazón libidinal es lo que provoca el funcionamiento del grupo como tal. Es así, que actualmente estamos desarrollando un sistema de trabajo interdisciplinario grupal que denominamos “el grupo que piensa los grupos”<sup>20</sup>; esto es, un grupo de trabajo, investigación y formación permanente que va adecuando sus conceptualizaciones teóricas y sus metodologías acorde a la observación sistemática y sucesiva.



## 8 BIBLIOGRAFÍA

1. Paolini, E.: "Tratamientos grupales en la unidad de día: trastornos de la conducta alimentaria y psicopatología asociada". En E. García-Camba: "Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad". Ed. Masson, Barcelona, 2001.
2. Paolini, E.; Faya, M<sup>a</sup>; Villaseñor, A.; Graell, M.; Martínez Cantarero, C.; Pedreira-Massa, J.L.; Morandé, G.: "Módulos Ambulatorios Grupales (MAG)". Publicación del II Congreso de Salud Mental, Bs.As., 2007. En prensa.
3. Grier Miller, J. y Miller, J. L.: "Teoría general de los sistemas". En: H. Kaplan y B. Sadock, "Tratado de Psiquiatría", T. I. Ed. Salvat, Barcelona, 1989.
4. Pichon-Rivière, E.: "Teoría del vínculo". Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1980.
5. Piaget, J. Y Inhelder, B. (1969): "Psicología del Niño". Ed. Morata, Madrid, 1973.
6. Freud, S. (1921): "Psicología de las masas y análisis del yo". Amorrortu Ed. Vol. XVIII, Bs. As., 1979.
7. Bowlby, J. (1979): "Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida". Ed. Morata, Madrid, 1995.
8. Malan, D.M.: "Therapeutic Factors in Analytically-Oriented Brief Psychotherapy". En: R. H. Gosling (ed.), Support, Innovation, and Autonomy. Tavistock Publications, Londres, 1973.
9. Balint, M.: "Primary Love and Psychoanalytic technique". Tavistock Publications, Londres, 1965.
10. Paolini, E.: "Consideraciones sobre lo normal y lo patológico. El grupo como agente generador y corrector". Rev. Clínica y Análisis Grupal, Año III, N° 13, Madrid, 1978, 6:23.
11. Paolini, E. y Azcárate, J. C.: "El grupo como objeto y método del hospital de Día". I Jornadas SEGPA, Madrid, 1989.
12. Paolini, E.; Morandé, G. y Graell, M.: "El grupo de padres en el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria". Rev. Clínica y Análisis Grupal, N° 83, Abril 2000.
13. Paolini, E.: "Aportes teóricos y metodológicos a la Psicología Institucional". Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 1984.
14. Paolini, E.: "Psicoterapia de grupo breve en la asistencia pública de Salud Mental". Rev. Clínica y Análisis Grupal, Madrid, 1996, N°73, Vol.18(3), 355:377.
15. Palmonari, A., Pombeni, M. L y Kirchler, E.: "Adolescents and their Peer Groups: a study on the significance of peers, social categorization processes and coping with developmental tasks". Social Behaviour, Vol. 5, 33-48, 1990.
16. Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D.: "teoría de la Comunicación Humana". Ed. Tiempo Contemporáneo. Bs. As., 1971.
17. Davis, F.(1971): "La comunicación noverbal". Alianza Editorial. Madrid, 1981.
18. Paolini, E.: "Presupuestos teóricos y metodológicos para una gestión operativa de equipos interdisciplinarios en salud mental y toxicofilias ", Revista A.E.N: Vol.VII, N°23, 1987.
19. Stanton, A. y Schwartz, M.: "The Mental Hospital". Basic Books. New York, 1954.
20. Morandé, G.; Paolini, E., y Col.: "El grupo que piensa los grupos". AETCA, Santander, 2007.



D. Espeso Montagud

## Estrés crónico y salud mental en los menores inmigrantes

IAS Girona-SAPPiR

### I PARTE. CONSIDERACIONES ACERCA DEL ESTRÉS

#### Delimitación del concepto de estrés

Concepto físico en relación con el desgaste de los materiales ante las agresiones del medio.

Entra en la medicina científica occidental en el s. XIX como concepto aún fisiológico, con C. Bernard y su descripción de la homeostasis. En el s. XX, Cannon describe un “patrón de lucha-huida” ante situaciones de cambio o factores ambientales adversos. Seley describe el “síndrome general de adaptación”, es decir, que los seres vivos tienden a reaccionar del mismo modo, independientemente del tipo de agresión recibida. Ante estresores crónicos, la respuesta sería inespecífica y se realizaría en tres etapas: alarma, resistencia, agotamiento.

En los setenta, Caplan, tras su experiencia en los campos de concentración, señala que las circunstancias ambientales pueden ser de tal relevancia que afecten su salud mental.

Estamos en la época de la psiquiatría comunitaria y de la revolución cognitiva.

#### Fisiopatología del estrés. Respuesta fisiológica típica

Se liberan catecolaminas y glucocorticoides a la circulación sanguínea. Esto implica movilización del eje

HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal). Los glucocorticoides aumentarán los niveles de glucosa y ac. grasos libres en sangre. Aumento de la frecuencia e intensidad cardíaca. Para asegurar el mayor gasto cardíaco, se produce vasoconstricción periférica y con ello aumento de la TA.

Parece que la respuesta fisiológica sería mayor en los individuos con menos capacidades para afrontar la situación (A. Armario, 2006)

#### Fisiopatología del estrés crónico.

Aunque los estudios proceden en su mayor parte de la experimentación con animales (primates, ratas...) se observa la activación progresivamente menor del sistema, cuando se repite la exposición a la situación.

Pero la adaptación es solo parcial pues la situación va pasando factura al organismo. Los indicadores del estrés crónico serían: reducción del crecimiento, hipertrofia de la adrenal, atrofia del timo, inhibición de función reproductora, supresión del sistema inmunitario.

#### Patologías asociadas al estrés (especialmente ligadas al estrés crónico)

*Immunosupresión:* efecto inhibitorio sobre el timo. Disminuiría la formación de anticuerpos, la respuesta a los agentes infecciosos y la capacidad para combatir células anormales. En humanos se ha demostrado el aumento de catarros de vías altas (víricos), peor cicatri-



zación de heridas. Los resultados en la relación con el cáncer son aún contradictorios.

**Alteraciones cardiovasculares:** Hipertensión y enfermedades coronarias. El sistema renina-angiotensina produciría vasoconstricción periférica pero también aumentaría la retención de sal. Es importante la vulnerabilidad individual y por supuesto la ingesta aumentada de sal en la dieta. Aumenta el riesgo en el caso de estrés prolongado.

**Diabetes:** la tipo 1 tendría más relación con mecanismo autoinmune, pero la tipo 2 tiene una relación sólida con el estrés, tal como ha sido señalado en el caso de los inmigrantes.

**Inflamación:** episodios repetidos de estrés estarían ligados a procesos inflamatorios crónicos, fiebre y procesos ateroscleróticos (se elevaría la proteína C reactiva y algunas proteínas de la coagulación).

**Síndrome metabólico X:** dislipidemia, obesidad.

**Envejecimiento:** por el incremento de radicales libres. Hay una estrecha relación entre estrés emocional crónico y la actividad telomerasa de los leucocitos fundamental en los procesos de envejecimiento. No es infrecuente ver a inmigrantes que parecen tener más edad.

Excepto circunstancias de estrés muy agudo, aparecen especialmente ligadas a exposición crónica al estrés y estarían matizadas por la especial vulnerabilidad del sujeto (A. Armario, 2006).

#### **En el límite de la salud y la enfermedad**

El estrés, según Everly, sería sólo «una respuesta mediada entre el estresor y el órgano», un mecanismo de mediación, una primera respuesta y no una enfermedad en sí. Con el estrés se intentaría restablecer un nuevo equilibrio.

Es el fallo del sistema el que conduciría a la enfermedad.

La WHO considera el estrés como factor determinante de salud. Dice así que la acumulación de mucho estrés psicosocial a lo largo de la vida de cualquier persona, aumentaría el riesgo de tener una pobre salud mental e incluso de una muerte prematura.

#### **Estrés normal /estrés patógeno**

El estrés forma parte del funcionamiento normal del ser humano. Los problemas surgen cuando hay demasiado estrés o cuando éste nos sobrepasa.

La frecuente y prolongada activación del sistema lucha-huida y otras respuestas endocrinas, se vuelven maladaptativas y puede ser el argumento central para comprender la distribución social de las enfermedades cardiovasculares, infecciosas... (Brunner, 2000).

#### **Características del estresor**

No es preciso que el hecho ocurrido sea catastrófico o inusual para ser patógeno (Meyer 1957). Basta con que sea significativo para el sujeto

Puede ser de carácter desagradable, pero también agradable, positivo. Puede ser deseado o no deseado.

Las excesivas expectativas, la necesidad de la inmediatez, puestas en los objetivos pueden generar estrés

Estresores habituales pero de carácter crónico, pervasivos pueden tener más significado

La imposibilidad para cambiar el rumbo de las circunstancias (ilegalidad, marginación, pobreza) da otra intensidad al estresor.

Es diferente que afecten esferas vitales, físicas (hambre, frío, fatiga, sueño), que los que afectan áreas psicosociales (difícil acceso a la escuela, sentimientos de marginación, soledad, dificultades con el lenguaje...)

#### **Factores internos que condicionan la respuesta al estrés**

Salud física

Buenas capacidades cognitivas

Calidad del vínculo desarrollado en estadios preverbales (vínculo seguro), dominio de la angustia primaria.

Características de la personalidad, autoestima, autocontrol...

Desarrollo de habilidades en el afrontamiento del estrés, habilidades sociales

#### **Estrés agudo/estrés crónico**

La valoración cognitiva que el sujeto realiza del acontecimiento es de gran importancia como factor pronóstico (Lazarus)

Hay que diferenciar entre acontecimientos dependientes de la personalidad del sujeto (dificultades de manejo del estrés) e independientes (desarraigo y racismo en el interior de ciudades industriales)

Los estresores agudos que inciden en personalidades problemáticas empeorarán las cosas. En los niños será de gran importancia el manejo de la situación que realizan los cuidadores (por ej. padres con trastornos de la personalidad, desacuerdo marital, hostilidad hacia el niño... impedirán una resolución adecuada de la situación).

Los acontecimientos que constituyen una amenaza durante largo tiempo estarían asociados con alteraciones psiquiátricas en algún grado (Brown & Harris 1978).

En la práctica, la asociación de muchas adversidades crónicas aumenta la importancia relativa de los acontecimientos agudos (fenómeno de la bola de nieve).

#### **Clínica del PTSD en población I-J**

Preescolares: evitación de situaciones, relacionadas o



4 no con el trauma. Ansiedad de separación, ansiedad ante extraños. Trastornos del sueño. Juegos en los que repite elementos relacionados con el trauma. Enuresis secundaria nocturna.

Escolares: comportamiento agitado o desorganizado más que miedo, indefensión o terror como en los adultos. Problemas en la relación con la familia o compañeros. Pueden reactivar el trauma simbólicamente, como buscando la catarsis, de modo repetitivo, a través de dibujos, juegos, conversaciones. Tienden a no ser amnésicos hacia los elementos dolorosos del trauma y no suelen tener flash-backs visuales. Pueden fallar en todo caso la secuencia de los hechos, pero creen poder reconocer peligro en el futuro.

Adolescentes: las vivencias suelen ser similares a las del adulto. Diferirían en cuanto a su comportamiento impulsivo o agresivo.

(Martin Herbertt-publ.en Wiley Series in Clinical Psychology)

#### **Diferencias significativas**

Los acontecimientos agudos, infrecuentes, singulares, se pueden asimilar como aberraciones, a diferencia de las adversidades crónicas

#### **Estrés crónico en población I-J**

Lo importante aquí sería el carácter penetrante y duradero de los estresores y el papel del riesgo de acumulación de estresores: exclusión social, racismo, pobreza, movilidad geográfica frecuente en busca de trabajo lo cual acentúa el desarraigo, accidentes domésticos más frecuentes, fracaso escolar, hacinamiento, hambre, frío, enfermedades... (fenómeno de la bola de nieve).

#### **Modelo de riesgo acumulado**

A esto se añade su riesgo acumulativo (Rutter, 1985 - Modelo del riesgo acumulado). Rutter identificó cuatro áreas de riesgo: biológico, socio-económico, salud mental e inteligencia de la madre, dinámica familiar y soporte social, incluyendo aquí los acontecimientos vitales estresantes.

La acumulación de factores de riesgo haría al niño más vulnerable a la psicopatología y otros desenlaces negativos, llegando a menudo a doblar y triplicar su vulnerabilidad.

#### **Niveles de alteraciones**

- Disregulación fisiopatológica del organismo
- Las adversidades crónicas harían disminuir en el niño el sentido de su seguridad emocional alterando sus relaciones de apego y favoreciendo su disregulación emocional

- Distorsión de sus representaciones internalizadas y sus valoraciones cognitivas.

#### **Modelo vulnerabilidad –resiliencia**

En el otro polo de la vulnerabilidad podríamos observar, en ocasiones, una adecuada competencia social y cognitiva del niño, aún en contextos de riesgo (capacidad de resiliencia, Garmezy & Rutter, 1983, Cyrulnik), que vendría propiciada por las posibles experiencias de calidez, baja conflictividad y cohesión que se hayan podido dar en su entorno y que actuarían como elemento facilitador.

Pero la resiliencia se refiere a un modo de reaccionar, no absoluto ni estable. Nadie es resiliente a todas las variedades de traumatismos, y no puede estar seguro de ser siempre resiliente a algo que en el pasado superó. Los niños con “vínculo seguro”, pueden deslizarse hacia un “vínculo inseguro” si son confrontados a traumas repetidos o particularmente graves durante un periodo prolongado (Weinfeld et al., 2000 y Lewis et al., 2000). De ahí la importancia de nuestras intervenciones terapéuticas, como elementos facilitadores en las circunstancias vitales de estos niños (aceptación, proximidad, calidez, apoyo, orientación, clarificación, coherencia...)

#### **Conceptos trauma-duelo**

Desde la perspectiva psicoanalítica, que nos ayudará a entender aspectos de la respuesta del sujeto al estrés ambiental y sus mecanismos de adaptación, no se utilizaría, sin embargo, el concepto de estrés.

Los conceptos eje, descritos por Freud, serían:

El trauma: «Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad y por la incapacidad de éste para responder a él de forma adecuada, dando lugar a efectos patógenos duraderos sobre la organización psíquica» (Diccionario de Laplanche).

El duelo: Proceso doloroso en el que el sujeto va reviviendo y reordenando todos los vínculos que mantenía con el objeto perdido.

## **II PARTE**

### **MIGRACIÓN INFANTO-JUVENIL**

#### **Cambio y duelo migratorio**

La migración es un cambio vital, un acontecimiento de la vida (life event)

Todo cambio tiene una parte de duelo

La migración no es una causa de enfermedad mental, sino un factor de riesgo.

#### **Modelo de los siete duelos**

Pérdida de contacto con familiares y amigos

Pérdida de la lengua materna

Pérdida de la cultura

Pérdida de los paisajes, la tierra



Pérdida de estatus social  
Pérdida de contacto con el grupo étnico de origen  
Existencia de graves riesgos físicos  
(Achetegui )

### **Dificultades en la migración I-J**

Fragmentación de la vida social (escuela-casa).  
Carencias socio-económicas  
Cambios familiares secundarios (padres sobrecargados, inversión de roles familiares, compartir vivienda con otras familias incluso de diversos grupos étnicos...)

Dificultades lingüísticas (lengua familiar, social)

### **Características del proyecto migratorio**

Es necesario que el proyecto migratorio esté bien elaborado (hay que preparar a los niños para el cambio)

Los jóvenes tiene menos duelos previos, menos fracasos (efecto facilitador)

Si las expectativas son grandiosas es más fácil fracasar.

### **Alteraciones ligadas a la migración infanto-juvenil**

Detención de procesos madurativos-regresión

Pérdidas-sufrimiento

Ansiedad

Autopercepción-autoestima

Conflicto-confusión

### **En función de la edad**

Etapa preescolar: se encontraría patología carencial, tanto somática como psicológica

Periodo de latencia: dificultades escolares (fracaso escolar muy elevado en diferentes estadísticas)

Adolescencia: conflictos de identidad (amplificados por la realidad bicultural)

(Ajuriaguerra )

### **Adolescentes**

Incertidumbre identificatoria (en cultura paquistaní se valora más pertenencia al grupo que autonomía personal)

Conflicto de lealtades (fuente de tensiones familiares)

Fantasías de regreso (paralizan la construcción personal)

Diferencia entre recién llegados y nacidos en país de acogida (2ª generación)

Identidad refugio: se vuelcan en identidad de origen si sufren rechazo social en sociedad de acogida)

La adolescencia no significa lo mismo en sus culturas de origen (aquí sólo etapa vital, no paso al mundo adulto)

Concepto de anomia (Durkeim): hace referencia a la aculturación brusca y al cambio súbito de valores sociales sin recambio.

El rol social es incierto, se vive como carencia, inde-

finición. Faltan vínculos con la sociedad de acogida y con los adultos de referencia a quienes se menosprecia por su falta de prestigio social o por su ausencia física (sobreeempleados).

Enlaza con la marginalización y los fenómenos de bandas latinas, banlieu... en los que el adolescente busca una identidad por defecto, una pertenencia.

### **Síndrome de Ulises**

En los últimos años estamos asistiendo a fenómenos migratorios en condiciones extremas.

Es en este contexto de graves dificultades en el que ha surgido el concepto de Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple o S. de Ulises (Achetegui, 2002), haciendo mención al héroe griego que sufrió múltiples adversidades lejos de sus seres queridos.

Se caracteriza por:

- Una serie de estresores
- Un conjunto de síntomas

### **Estresores del Síndrome de Ulises**

1. La soledad: no poder estar con la familia, no poder traerla, no poder regresar.

2. El fracaso: graves dificultades con los papeles y con el trabajo

3. La lucha por la supervivencia: dónde alimentarse, dónde dormir...

4. El miedo, el terror: peligros en el viaje migratorio (pateras, camiones...), control y amenazas de las mafias, temor a ser expulsados...

### **Características de los estresores del Síndrome de Ulises**

Multiplicidad

Cronicidad

Ausencia de control sobre los estresores

Gran intensidad y relevancia: afecta todas las esferas vitales básicas

Ausencia de redes de apoyo social

A estos estresores se les añaden los duelos clásicos de la migración: lengua, cultura, paisaje, xenofobia...

Además el inmigrante padece toda una serie de síntomas que le dificultan seguir luchando

El sistema sanitario a veces no diagnostica y trata adecuadamente:

Banalización

Son tratados como depresivos o psicóticos o como enfermos somáticos, generando además importantes gastos sanitarios

### **Sintomatología del Síndrome de Ulises**

Síntomas del área depresiva

Síntomas del área de la ansiedad



## 6

Síntomas de somatización

Síntoma confusionales

Interpretación cultural de los síntomas

**Síndrome de Ulises-Modelo de riesgo acumulado**

- La alteración de modulación de respuestas al estrés  
-trastornos de ansiedad, somatizaciones

- La calidez emocional, capacidad de crear y mantener vínculos-trastornos de la esfera depresiva

- Las representaciones cognitivas distorsionadas-síntomas del área confusional

**Impacto de la pobreza**

La mayor adversidad sería la pérdida de oportunidades para desarrollar las capacidades humanas esenciales. La pobreza mina la energía de las personas, las deshumaniza, crea un sentimiento de indefensión y de pérdida de control sobre la propia vida. La pérdida de oportunidades, a su vez, perpetua el ciclo de pobreza.

Hay nexo entre salud-estatus económico. Sería conveniente desechar la retórica reduccionista de la “responsabilidad personal”.

«La salud no se elige libremente...no la elige quien quiere sino quien puede» (J. Benach, C. Muntaner-publ. El Viejo Topo)

**Estudios epidemiológicos**

Estudios en población general revelan que un 47% de niños en edad escolar sufren abdominalgias, cefaleas, anorexia, dolores torácicos y molestias intestinales. Estos síntomas afectan preferentemente a niños con ambiente sociocultural desfavorecido. Concretamente, el hecho de ser emigrantes es un factor de estrés destacado (Alfven, 1993).

Los niños con un menor nivel socio-económico son los que presentan un mayor número de acontecimientos vitales (Mardomingo y Gallego, 1992)

**Factores de riesgo en el inmigrante**

En relación con la falta de red de apoyo social, irregularidad administrativa, incertidumbre social, miedo, aislamiento, racismo, pobreza, dificultades relacionadas con la vivienda, malas condiciones higiénicas y ambientales, hacinamiento, jornadas laborales exhaustivas de las familias, descuidando el cuidado hacia los propios hijos, fracaso escolar, conflictos en las relaciones sociales, dificultades relacionadas con el lenguaje verbal y no verbal, con la dificultad para entender y hacerse entender, informarse, reivindicar, manejarse en otro entorno...

La aculturación es un proceso y cada uno tiene sus propias circunstancias.

**III PARTE**

**CONSIDERACIONES FINALES**

**Revisando modelos médicos**

La medicina clásica china considera la salud como estado de armonía y la enfermedad como disarmonía. Más que buscar la etiología del malestar, se intenta restablecer el equilibrio de las partes (del ser humano y el universo que le rodea), el yin y el yang.

En la medicina ayurvédica se habla de un principio general “el Pradhna” existente eternamente. El ser humano forma parte de este principio general, por lo que igual que en la cultura china no acepta dicotomías entre la mente y el cuerpo.

La medicina occidental, derivada del Corpus hipocra- ticum, mantiene todavía la dicotomía cuerpo-mente.

Los logros evidentes de nuestro modelo médico se verían complementados con la incorporación de estos conocimientos milenarios en nuestra cosmovisión.

**El estrés como paradigma de la unión cuerpo- mente**

El estrés pondría de manifiesto un complejo entramado de nexos entre el cuerpo y la mente .

**Variaciones interculturales de expresión del estrés**

Hay culturas con más tolerancia a la incertidumbre, pues forma parte de su propia cosmovisión, su concepto del destino, su interpretación del tiempo (para los hindús el tiempo no es lineal sino circular).

La expresión del síntoma puede variar dificultando a veces su exploración por médicos occidentales (la desigualdad social está asociada a más alto riesgo de conductas disruptivas, las psicosis reactivas sociales en afrocaribeños de comunidades angloamericanas...)

La comunidad de origen puede ofrecer apoyos importantes (las comunidades chinas respaldan mucho a sus integrantes, se da mucha importancia a la familia, a la cohesión interna). La pertenencia a un grupo amortigua los reveses sufridos en la vida. El problema y su solución se pueden plantear en términos comunitarios y no individuales.

**Papel de las medicinas populares en la pérdida de cohesión**

Las medicinas populares usan, desde siempre, ritos colectivos que permiten la catarsis emocional y la participación de todo el colectivo en la reestructuración de vínculos.

Por ejemplo, en las medicinas populares de Latinoamérica, las ceremonias colectivas irían dirigidas, no tanto al mecanismo de la enfermedad, como a lo que la produce. Hace referencia no solo al individuo, sino a la familia, al grupo, por lo que la curación también se hace en grupo



(Evolución de la desigualdades en salud en Cataluña, 2005)

### **Modelo salutogénico**

Se referiría al estudio de las causas y orígenes de la salud, en contraposición a la patogenesis que hace referencia a las causas y orígenes de la enfermedad (Antonowsky, 1987, 1988, 1996). Necesitamos conceptos para modificar nuestro modo de pensar, en una medicina que se basa en enfermedades y tratamientos.

Nuestra cultura parece obsesionada en la búsqueda de

fallos (malas relaciones parentales, rupturas familiares...), en lugar de promover y enfocar los aspectos positivos del entorno. Es como si siguiésemos anclados en la idea de la culpa y el pecado.

### **Importancia del entorno**

La noción de entorno incluye no solo el puramente físico, sino también el social, cultural, económico, psicológico y espiritual.

La homeostasis estaría en la interrelación de estos espacios.



T. Guerra Alegre

## Inmigración y necesidades de asistencia psiquiátrica en población infanto-juvenil

Psiquiatra USMI-J Algeciras

La USMI-J de Algeciras (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil), atiende a la población del Campo de Gibraltar comprendida entre 0 y 18 años. El Campo de Gibraltar es una comarca de la provincia de Cádiz, donde la población transeúnte ocupa una alta proporción. Se trata de una zona de paso dentro de la misma provincia, por ser una zona con un alto índice de empleo, en contraposición con otras zonas como la Bahía de Cádiz.

El Campo de Gibraltar ocupa una posición privilegiada entre Europa y África. Es en muchos casos la puerta de entrada a Europa, y como tal muchos solo la utilizan para pasar y algunos pueden permanecer más o menos tiempo en ella.

Desde todos los tiempos, siempre ha existido un flujo de personas de unos lugares a otros, buscando mejorar sus condiciones de vida. En los últimos años estas migra-



ciones han aumentado de forma muy importante. Las razones para ello pueden resumirse en dos. Por un lado puede estar relacionado con la gran diferencia económica existente entre los países subdesarrollados y los otros. Y, por otro, en el aumento de los medios de comunicación que permite que lleguen noticias a todas las partes del mundo de una

forma de vida diferente en una sociedad idealizada.

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 31 de Diciembre del 2006, había en España 3.021.808 extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor. Esto significa un aumento del 10'33 % en relación al 31 de diciembre del 2005, y en cifras reales suponen 282.876 personas más.

De este total, 378.983 corresponden a niños de 0 a 15 años. Y del total corresponden a la provincia de Cádiz, 24.503 personas.



Según la procedencia se corresponde de la siguiente forma:

Europa comunitaria. . . . .	39.579
Resto de Europa . . . . .	34.097
África . . . . .	147.062
Ibero América . . . . .	125.558
América del Norte. . . . .	31.037
Oceanía . . . . .	230

De los 147.062 de África, 121.861 corresponden a Marruecos. Con estas estadísticas observamos como una parte muy importante de la inmigración en España corresponde con la que se introduce por nuestra zona.

La primera distinción que tenemos que hacer al hablar de menores inmigrantes es entre menores inmigrantes acompañados y no acompañados. A parte dejaremos a las adopciones internacionales que también se pueden considerar como personas que sufren un periodo de adaptación y de aculturación.

La experiencia migratoria es un proceso que se inicia en la sociedad de origen, que continua en un proceso de adaptación en la sociedad de destino y que supone continuidad y ruptura con la sociedad de origen (Martincano y García, 2003). Todo cambio de una cultura a otra induce una ruptura que puede contribuir al desarrollo de trastornos psicológicos y somáticos. La adaptación a las nuevas circunstancias requiere un esfuerzo que va a depender de muchos factores. Algunos intrínsecos al individuo, otros al proceso de la inmigración y otros a las características de la sociedad receptora.

La forma o condiciones en que los inmigrantes se incorporan y entran a formar parte de la sociedad de acogida se denomina integración. (Díaz López, 2003). Existen unos modelos de integración que son: Asimilación, Fusión, Pluralismo, Multiculturalismo e Interculturalismo.

El proceso por el cual el contacto continuo entre dos o más sociedades diferentes genera un cambio cultural y por el cual los grupos minoritarios aprenden gradualmente y adoptan los nuevos elementos de la cultura del país receptor, se llama aculturación. (Martincano y García, 2003). El concepto de Estrés por aculturación se refiere a las supuestas incompatibilidades culturales y conflictos sociales que surgen durante el proceso de asentamiento y ajuste social (Gil y Vega, 1996). La intensidad de este estrés va a depender de muchos factores como puede ser la distancia cultural entre el país de origen y el de acogida, el idioma y la percepción de discriminación, entre otros. La edad puede ser un factor muy importante.

Los niños y adolescentes tienen más facilidad en ini-

ciar y mantener un proceso de integración. La escolarización supone un importante mecanismo de socialización, así como los intereses de los adolescentes dirigidos a fomentar las relaciones con los iguales, en su proceso de diferenciación y autonomía personal. En los jóvenes es más frecuente el mecanismo de Asimilación, donde se rechaza la cultura de origen y se adopta completamente la cultura del país de acogida. En los adultos a veces se produce el fenómeno contrario, negando la cultura receptora y manteniendo íntegramente la cultura de origen. Se relacionan únicamente con las personas de su grupo y a veces no llegan a aprender el idioma aún llevando muchos años en nuestro país.

En nuestra zona esto ocurre tanto con la migración del primer mundo (ingleses y alemanes que se vienen a vivir a nuestras costas buscando el clima y una forma agradable de vida), como con los procedentes de Marruecos. Estos dos procesos discordantes hacen que surjan importantes conflictos intergeneracionales entre padres e hijos, debido al choque cultural entre lo que viven en la calle y lo que ven en casa. Y, estos conflictos son la base de muchos trastornos psicopatológicos en la adolescencia. Podemos distinguir:

- 1.- A veces los padres, muchas veces por desconocimiento, sobrevaloran los peligros a los que se pueden estar sometiendo sus hijos, ejerciendo sobre ellos una sobreprotección excesiva y no permitiéndoles relacionarse con sus iguales. Estos se sienten incomprendidos, no valorados en sus esfuerzos académicos y de socialización, y pueden presentar síntomas ansiosos o depresivos.
- 2.- En ocasiones se sienten reforzados en sus problemas de socialización, manteniéndose aislados y con escasas relaciones con el exterior.
- 3.- Otras veces, los hijos asumen un rol parental. Los padres por desconocimiento del lenguaje acuden a ellos para que les hagan de intérpretes, con la distorsión que esto puede acarrear a la hora del establecimiento de límites y normas.
- 4.- También puede ocurrir que al sentirse no aceptados en sus relaciones las establezcan con los grupos más marginales, adquiriendo comportamientos disociales.
- 5.- Algunas chicas marroquíes se encuentran divididas entre la desigualdad sexista que observan en sus casas y la igualdad de oportunidades y derechos en la escuela. Esto se complica a veces con la lealtad a sus madres y las injusticias que observan en sus vidas, muchas veces aceptadas y mantenidas por ellas mismas.



4 En otras ocasiones, los problemas aparecen en relación a otros conflictos, como la falta de supervisión por los padres debido a las malas condiciones en el trabajo. Horarios muy prolongados que hacen que los niños tengan que permanecer mucho tiempo solos, faltándoles el control y los límites a sus comportamientos e incluso llegando a tener carencias afectivas.

A veces, nos encontramos con la existencia de madres separadas que acceden al establecimiento de matrimonios de conveniencia con el objetivo de conseguir el permiso de residencia. En dos ocasiones, los hijos iniciaron graves problemas de conducta, rechazando totalmente a las parejas de las madres. Poco tiempo después descubrimos que la motivación para el matrimonio por parte de las parejas no era la madre, sino la atracción por los menores.

Puede darse el caso de menores que son traídos a España por algún miembro de la familia, quedando en el país de origen el resto de la familia. Esto es especialmente importante en el caso de separaciones donde existía una buena relación con el otro progenitor. En estos casos se observa una falta de integración, a veces problemas disociales, como una forma de lealtad a sus orígenes.

El modelo familiar musulmán es un modelo patriarcal. Los hombres tienen una relevante posición frente a las mujeres que nunca tienen una independencia total, ya que están siempre tuteladas por algún miembro familiar masculino. Las mujeres apenas salen, la calle es de los hombres. (Cabrera, 2005).

Los hijos varones adquieren un rol protector de la madre. Solo el padre puede establecer normas de conducta sobre él. Cuando el padre falta por el motivo que sea, divorcio, abandono o fallecimiento, es el hijo el que adquiere el rol parental ocasionando esto, problemas a la estructura familiar que pueden desembocar en psicopatología, como pueden ser trastornos conductuales en los niños por falta de límites o trastornos depresivos en las niñas.

El maltrato físico y psicológico puede estar permitido en algunas culturas. Normalmente aunque así sea, se suele ocultar y negar. En estos casos, puede ser un problema el multiculturalismo como forma de integración, ya que permite ciertas conductas con la excusa de que son culturales. (Ayaan Iris Ali, 2004).

La relación entre los factores de riesgo y la psicopatología infanto-juvenil no es clara ya que existen diversos factores, procesos o mecanismos intermedios que la modulan. Entre los factores de riesgo en la adolescencia se encuentran la edad, el sexo, los antecedentes familia-

res y la exposición a sucesos o circunstancias vitales estresantes. Se sabe que algunos niños ante situaciones estresantes reaccionan de una manera más adaptativa, y otros sufren importantes alteraciones psicológicas. La resiliencia se define como la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de circunstancias ambientales desafiantes o amenazantes. (Lemos, 1996)

Otro factor importante para la aparición de problemas en la infancia es el grado de adaptación de los padres al nuevo contexto. O, lo que es lo mismo la resolución del duelo migratorio. En realidad son siete duelos: la familia y los amigos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo étnico y los riesgos físicos del viaje.

En este proceso el inmigrante vivirá una situación tensa y difícil que puede resolver o bien complicarse.

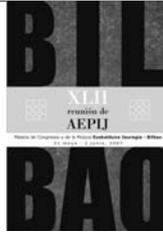
El duelo simple tiene lugar cuando el sujeto emigra en buenas condiciones personales y se encuentra con un medio social acogedor que cumple con la idealización que tenía del mismo y le facilita el éxito del proyecto migratorio.

Un conjunto de circunstancias personales y sociales adversas dificultan el proceso de elaboración del duelo migratorio y ponen en peligro el equilibrio psíquico del sujeto (Martincano y García, 2003).

Los inmigrantes suelen ser personas jóvenes y fuertes, física y psicológicamente, que se enfrentan a una cadena de adversidades y situaciones estresantes que afrontan generalmente con éxito. Es una oportunidad para el intercambio de valores culturales y el conocimiento de otras costumbres y hábitos. Posibilita el autoconocimiento y la pérdida del miedo a lo desconocido (Sabad-Ahmad Beirutí, 2006). La migración es, muchas veces, más una solución que un problema y con condiciones favorables actúa como benefactor de la salud mental. (Martincano y García, 2003)

Hasta ahora, todo lo dicho se refiere a los menores inmigrantes acompañados. Es importante destacar que nuestra experiencia, coincidente con la manifestada en la bibliografía es que son escasas las consultas procedentes de pacientes inmigrantes (Carlson-Aburto y Ballabriga, 2001) En el caso de que estas se producen, siempre o casi siempre el demandante es alguien ajeno a la familia. Suele ser la escuela, los Servicios Sociales o el médico de atención primaria quien detecta un problema e indica a la familia la conveniencia de acudir a nuestro dispositivo.

Los motivos para esta ausencia de demanda pueden estar en la falta de creencia de que existe un problema cuando este no es físico. De hecho son frecuentes las



manifestaciones de somatizaciones para expresar una alteración del estado de ánimo, por medio de náuseas, vómitos, dolor abdominal o cefaleas. Otro motivo está en el sentimiento de que los problemas familiares son privados y como tal deben resolverse dentro de la familia, considerando nuestro trabajo como una forma de intrusismo. Cuando se sienten obligados a realizar una consulta, por la gravedad del problema o por la derivación expresa, intentan dar la mínima información de datos y buscan excusas para no acudir o abandonar el tratamiento.

A continuación pasamos a ver el tema de los menores inmigrantes no acompañados.

Las dificultades para poder realizar una vida normal y la falta de sustento para todos los miembros hace que cuando el menor plantea la salida de la casa para venir a España, la familia la acepta sabiendo que se le abren unas posibilidades que serán siempre mejores que las que pueden conseguir permaneciendo allí.

Se trata de niños procedentes a menudo de hogares rotos, donde hay muchos hermanos, y por tanto muchas necesidades y privaciones. Son niños considerados adultos en su sociedad y educados en una diferenciación sexual que les hace no ver los riesgos (Cabrera, 2005).

Siguiendo a José Carlos Cabrera Medina, en un estudio realizado en el Centro de Acogida “Nuestra Señora del Cobre” de Algeciras se pueden clasificar a los menores en varios grupos.

### GRUPO 1

Proviene del interior agrícola. Vienen en busca de papeles, ya que estos representan un viaje de ida y vuelta o la posibilidad de un retorno con éxito. La idea de la partida procede de ellos mismos, aunque con el visto bueno de la familia que ven en su partida un alivio económico y una posibilidad de una importante fuente de ingresos si tienen éxito. Proceden de entornos con un nivel socioeconómico muy bajo. Su nivel cultural también es muy bajo. Son disciplinados y no son conflictivos con los otros menores, ni presentan conductas antisociales. Suelen venir en los bajos de un camión desde Tánger donde han pasado un tiempo en las calles esperando la ocasión.

Valoración psicopatológica: son menores sanos, con iniciativa, buena autoestima. Han conseguido lo que llevaban tiempo esperando. Están ilusionados con el futuro. Han tenido un tiempo de espera y de aprendizaje sobre el autocuidado. Y, han sufrido una selección natural, solo los más capaces lo han conseguido. No suelen presentar trastornos de ansiedad, ni depresivos ni problemas conductuales. Están bien adaptados al centro.

### GRUPO 2

Proceden de la misma zona que el grupo anterior: interior agrícola. Son los hijos primogénitos varones de una familia en la que el padre empieza a ser mayor. La familia utiliza todos sus ahorros e incluso se hipotecan para conseguir el dinero suficiente para pagarles el transporte en una patera. Su meta está en España (Huelva, Almería, Murcia), Italia o Francia donde suelen tener familiares realizando trabajos agrícolas. Son considerados personas maduras en su sociedad y ellos son conscientes de ser el objeto de sus esperanzas por el futuro aporte económico. No son conflictivos ni presentan conductas antisociales. Suelen tener estudios y responden bien al recurso educativo. La realización solitaria de su viaje: han partido solos con una fuerte cantidad de dinero desde su lugar de origen hasta Tánger, y después en patera hasta España; y, el saberse considerados como adultos, hace que tengan un buen concepto de sí mismos. Tienen muy claro cuáles son sus planes de futuro y están deseosos de llevarlos a cabo. Tampoco suelen presentar psicopatología.

### GRUPO 3

Proviene de la periferia de grandes ciudades como Tánger o Casablanca. Buscan mejorar económicamente ellos mismos, no la familia. Proceden de zonas marginales con un gran desapego de la familia y poco control por parte de ella. Se manejan bien en la calle y su objetivo es llegar a grandes ciudades. Prefieren trabajos relacionados con el sector servicios o en talleres textiles donde suelen tener experiencia. Son individualistas y quieren tener una posición relevante dentro del grupo. Suelen mostrarse críticos y descalificadores con otros menores de origen rural (los dos grupos anteriores). La forma de entrada suele ser escondidos en camiones o autobuses. Responden con desgana a los estudios. Pueden presentar problemas conductuales, agresividad y dificultad para el control de los impulsos. A veces pueden tener problemas con las drogas.

### GRUPO 4

Es el grupo de menor edad. Proceden de Tánger y de otras ciudades o puntos del país. Son víctimas del más absoluto abandono y llevan años en la calle. Proviene de familias desestructuradas donde han sido objeto de abandono porque las madres están trabajando y no pueden ocuparse de ellos. O bien, han sido desplazados de la familia por una nueva relación de la madre. Se manejan bien en la calle, suelen consumir tóxicos, sobre todo pegamentos. Suelen llegar en camiones o autobuses. Lo



6 más común es que nunca hallan estado escolarizados o han estado algún año en una escuela coránica. Reaccionan mal a cualquier tipo de disciplina. Son incapaces de mantener la atención, suelen tener problemas de toxicomanías: síndromes de abstinencia, intoxicación por tóxicos o incluso algún caso de psicosis tóxica.

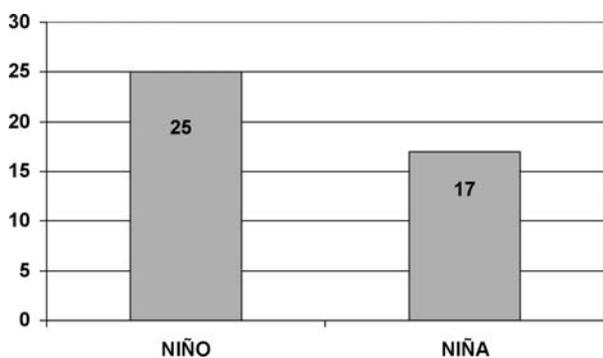
**PACIENTES ATENDIDOS EN LA USMI-J**

A continuación se reflejan los pacientes atendidos en los últimos cuatro años en la unidad. Vemos el número de primeras consultas atendidas desde el año 2003 y cuantas corresponden con pacientes inmigrantes. Observamos que no son muchos.

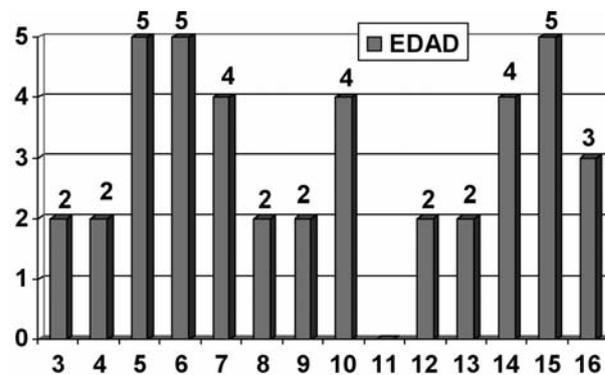
AÑOS	1ª CONSULTAS	EXTRANJEROS
2003	466	21
2004	470	29
2005	510	27
2006	465	43

Posteriormente, pasamos a analizar los pacientes inmigrantes atendidos en el año 2006. En primer lugar, destacamos que el número aumenta considerablemente en relación a años anteriores. Analizamos el sexo, la edad, el país de procedencia, el diagnóstico, si son primera o segunda generación y el tipo de inmigración.

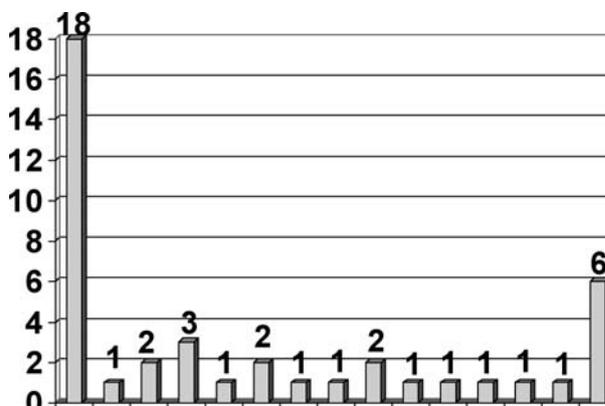
En relación al sexo, observamos que el más frecuente es el de los niños, como siempre ocurre en las muestras de menores.



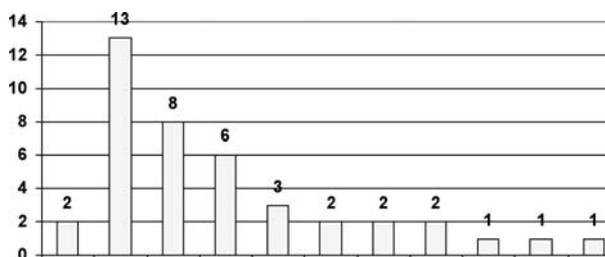
Las edades más frecuentes corresponden a dos bandas. Por un lado, 5 y 6 años, coincidiendo con el inicio de la escuela, y por otro con el inicio de la adolescencia, 14 y 15 años. Edades en las que supuestamente aumentan los factores de riesgo.



En cuanto al país de procedencia, se observa que son variados, pero como era de esperar el más frecuente es Marruecos.



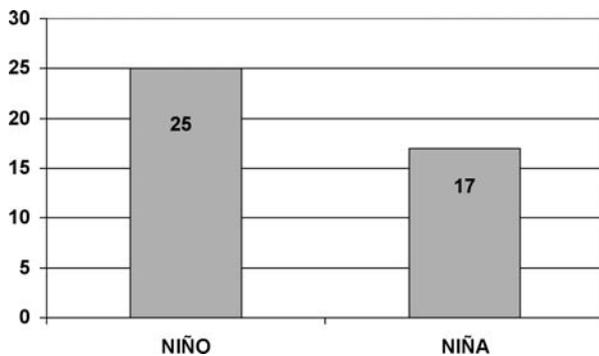
En relación al diagnóstico, los resultados fueron los siguientes:





Retraso Mental .....	2
Trastornos hiperkinéticos .....	13
Trastornos de adaptación .....	8
Trastornos disociales .....	6
Trastornos del humor .....	3
Trastornos del sueño .....	2
Trastornos de la conducta alimentaria .....	2
Trastorno de la eliminación .....	2
Trastornos Espectro Autista .....	1
Trast. Específicos del desarrollo del lenguaje .....	1
T. M. debido al consumo de sustancias psicótropas ..	1
Trastornos de ansiedad .....	1

Del total de pacientes, 28 nacieron en su país de origen y 14 pacientes lo hicieron en España, por lo que se pueden considerar inmigrantes de segunda generación o españoles.



### GENERACIÓN

Para terminar, el último dato analizado ha sido el tipo de inmigración:

- Menores acompañados.
- Menores no acompañados
- Menores en acogimiento familiar o adopción.

El mayor número corresponde con menores que reali-

zan el proceso de inmigración en compañía de sus padres. Algunos conjuntamente con ellos y otros varios años después cuando los padres ya se han asentado.

Solamente dos casos corresponden con menores internados en el Colegio- Hogar “El Cobre”. Estos dos niños realizaron ellos solos el viaje debajo de un camión. La patología presentada en un caso fueron conductas extremadamente agresivas y en el otro fueron comportamientos extraños en relación al consumo de cocaína. Este paciente estaba acostumbrado al consumo de hachis y pegamento esnifado, siendo su peso y su talla muy bajos para su edad.

### REFERENCIAS

- 1.- Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración. Número 11. Enero 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 2.- Cabrera Medina, J.L. ((2005). Acercamiento al menor inmigrante marroquí. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.
- 3.- Carlson-Aburto, J; Jané Ballabriga, M.C. (2001). Salud Mental infanto-juvenil en inmigrantes. Psiquiatría.com.
- 4.- Collazos Sánchez, A; Qureshi Burckhardt, A; Casas Brugué, M.(2005) Psicopatología e inmigración. Update Psiquiatría. Julio Vallejo Ruiloba. Masson, 3: 39-52.
- 5.- Díaz López, M. (2003). Apoyo Social y Salud Mental en Inmigrantes: sus efectos sobre la Integración. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
- 6.- Irsi Ali, A. (2006). Yo acuso. Defensa de la emancipación de las mujeres musulmanas. Galaxia Gutenberg. Circulo de Lectores.
- 7.- Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. Pirámide. 1: 25-54.
- 8.- Martincano Gómez, J.L.; García Campayo, J. (2004). Los problemas de Salud Mental en el Paciente Inmigrante. Instituto de Formación Novartis.
- 9.- Sayed-Ahmad Beirutí, N.(2006). Inmigración: Adaptación y Duelo. Inmigración y Salud Mental. Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Grupo Salud Mental Transcultural. Cuadernos Técnicos/ 2. 9-28.



J. Achotegui

## La relación asistencial en la migración en situación difícil: la relación terapéutica extendida o ampliada

Psiquiatra. Profesor titular de la Universidad de Barcelona. Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados)

Como introducción a esta mesa redonda quisiera plantear una serie de consideraciones a cerca del marco en el que tiene lugar la actividad clínica con la población inmigrante, tanto adultos como menores, especialmente cuando la migración tiene lugar en condiciones difíciles, en situaciones de duelo complicado y extremo

Denominaríamos “relación terapéutica extendida o ampliada” al conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situación de estrés crónico y exclusión social. (Al utilizar el término demandante queremos señalar que no todas las personas que consultan a los servicios de salud mental son enfermos mentales)

La relación terapéutica extendida tiene evidentemente una parte explícita, (aquello que el demandante puede expresar abiertamente), la demanda de ayuda y la actitud de queja ante unos estresores que le abruman, pero posee otra parte inconsciente, que consideramos tanto o más importante, ya que aunque no exprese abiertamente ante el clínico estas demandas (o lo haga de modo parcial) no dejan de estar presentes y de formar parte de las expectativas de la entrevista. Es lo que hay “debajo” de la demanda: lo que nos está expresando más allá de lo explícitamente verbal y que incluye los elementos transferenciales.

Es cierto que esta demanda emocional inconsciente

que va más allá de la pura atención sanitaria se da en todas las relaciones terapéuticas pero en el caso de las situaciones extremas posee características específicas dada por un lado su intensidad, y por otro lado que además en estos casos estas demandas no se pueden considerar sin más, una expresión meramente regresiva o patológica en relación a una alteración psicológica, sino la expresión de una demanda adaptativa. O en todo caso podríamos decir que en los casos en los que el estrés crónico se halla emparentado con patología psiquiátrica se entremezclan las demandas irreales ligadas a la patología del sujeto y las demandas reales ligadas a la búsqueda humana de ayuda en las situaciones límite. ( Insistimos en que no todo demandante tiene patología psiquiátrica aunque tenga todo un conjunto de síntomas, como en el caso del Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Es obvio, en relación a lo que hemos planteado que un componente esencial de esta relación terapéutica extendida sería la transferencia y la contratransferencia.

### 2. ELEMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA

Vamos a analizar a continuación los elementos que conforman esta relación terapéutica extendida, tanto desde el lado del paciente como desde el lado del terapeuta.



peuta, centrándonos fundamentalmente en los aspectos conflictivos que son los que más dificultades presentan desde el punto de vista asistencial

## 2.1. DESDE EL DEMANDANTE

### A. *La hostilidad (la transferencia negativa)*

La hostilidad se expresaría en la relación terapéutica como desconfianza, recelo, temor, rabia... Las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, como en el caso de muchos inmigrantes, llegan incluso a no ver diferente al profesional asistencial a otras personas de amplias capas de la sociedad de acogida (a las que el profesional pertenece) y que los rechaza: asocia al terapeuta al patrono, al policía, al funcionario... Aunque el profesional tiene obviamente una función de ayuda, la persona en exclusión social no puede abstraerse del contexto social en el que tiene lugar la relación asistencial y lo coloca “en el otro bando”. Conocemos bien que existe una construcción social de la identidad. Así el inmigrante tiende a agrupar a los que están dentro del sistema, por diferentes que sean, lo mismo que desde dentro se unifica a todos los inmigrantes como un solo grupo, cuando existen enormes diferencias entre los diferentes colectivos y situaciones personales.

Sin embargo, esta hostilidad se halla con frecuencia oculta bajo el manto de la sumisión amedrentada ante las repetidas vivencias de indefensión aprendida que dan lugar a que estas personas congelen los duelos que han vivido. Y es ante la figura del terapeuta o trabajador de la red asistencial ante quien se pueden expresar esos sentimientos que habitualmente deben reprimirse. Es como el caso del niño que se da un golpe en la guardería y cansado de llorar y de que nadie le haga caso congela el sufrimiento, pero cuando llega la madre se echa a llorar otra vez. Es en la relación terapéutica, un espacio privilegiado de relación donde se expresa mejor que en ninguna parte esta queja. Pero lógicamente si el profesional no entiende la situación, el mecanismo psicológico que la provoca, habrá problemas porque lo interpretará como un ataque personal y puede reaccionar inadecuadamente

Se ha de tener en cuenta en relación a estos sentimientos de hostilidad que en las personas sometidas a situaciones de estrés crónico, hay una disminución de la autoestima (D'Ardenne and Mahtani 1989) Los inmigrantes y las minorías (porque no se debería considerar inmigrante a quien ha nacido aquí tenga la cultura que tenga) no se sienten reconocidos y aceptados por amplias capas de la sociedad de acogida No hay que olvidar que siglos de racismo han introducido tanto en los occidenta-

les como entre los propios colonizados la idea de desigualdad. Como ha escrito Jafar Kareen (2000) el racismo forma parte del sentido común de los blancos. Podríamos decir que aunque los profesionales nos consideramos “los buenos” de esta película, que nosotros no somos como el funcionario o el policía, en la mente del paciente con frecuencia formamos parte del mismo grupo.

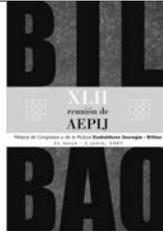
Muchas veces el terapeuta es visto como alguien que está más del lado de los problemas que tiene el paciente inmigrante, que alguien que está del lado de las soluciones a sus problemas.

Hay un dato que corrobora claramente lo que estamos señalando: el alto índice de abandono terapéutico de los inmigrantes y los grupos en exclusión social. Son plusmasquitas en los abandonos de los tratamientos, sobre todo los subsaharianos.

Una expresión de esta desconfianza, de esta transferencia negativa la tendríamos en una situación que hemos vivido alguna vez en nuestra consulta del SAPPPIR. Al mostrar varias fotografías que recogen expresiones faciales que son universales, en el marco de un test para que nos señalen cual de las expresiones emocionales de las caras que les mostramos se parecen más a los que ellos sienten nos han dicho: “yo no conozco a nadie, yo no les he visto nunca”. Es decir nos confunden con la policía. Y esto en el marco de un hospital. Claro que con este “ambientazo” terapéutico no son sorprendentes los abandonos de los tratamientos. Ya hemos señalado que los profesionales nos colocamos en el papel de “buenos” en esta película: pero ojo, que el reparto de papeles lo decide el paciente. Percibiendo así a los profesionales no es extraño que los inmigrantes acudan poco a los servicios sanitarios: no vienen por temor a ser identificados dada su situación de ilegalidad, por desconocimiento de cómo acceder a la asistencia, y por desconfianza a que los profesionales asistenciales les comprendan y les atiendan adecuadamente

De todos modos, como señala el psicoanálisis, la hostilidad, la transferencia negativa, no es “negativa” en sí misma para el tratamiento. Más bien al contrario, al ser explorada y analizada permite elaborar conflictos psicológicos muy importantes, tal como ha señalado por ejemplo Echegoyen (1986), etc. El problema técnico desde la perspectiva de la intervención terapéutica estriba en la gran intensidad de esta transferencia negativa, su “masividad” que dificulta enormemente la elaboración

En relación a esta hostilidad se tendría que señalar también la existencia de problemas de tipo ético. Porque si el tratamiento se basa como es obvio en la confianza, en la lealtad, en la sinceridad, se debe decir la verdad a



4 un perseguidor? Un ejemplo de esta situación es la de inmigrantes a los que hemos conocido con varios nombres. Pero esta situación donde llega al paroxismo es en el caso de los menores inmigrantes: no hace mucho me comentaban el caso de un adolescente al que se conocía por 28 nombres diferentes: uno por centro en el que había estado internado

Qué relación terapéutica podemos establecer con alguien que no confía ni en darnos algo tan básico como su nombre! No parece un inicio muy prometedor para el inicio de un tratamiento (y tampoco se debe suponer que todos los profesionales poseemos unas habilidades terapéuticas extraordinarias)

*B. La expresión somatizada de la demanda: fatiga, cefaleas (in-migraña) etc.*

Desde la medicina y la psicología psicosomática se considera que en las situaciones de estrés muy intenso, cuando el dolor psíquico desborda las capacidades de elaboración del sujeto, hay una tendencia a la somatización. Podríamos decir que ya las palabras no sirven. Sería una forma de evitar pensar, de negación del pensamiento buscando la obtención de un beneficio secundario. Cuando los estresores y los problemas a los que se enfrenta un sujeto son muy grandes, puede resultar “más rentable” no pensar. (Como señala un viejo dicho judío: ponte una piedra en el zapato y se habrán acabado todas tus preocupaciones). También podría verse la somatización como una forma de pedir una ayuda más física, un cuidado más primitivo, más en la línea de lo maternal

Uno de los síntomas somáticos más relevantes en estas situaciones es la cefalea. Así, en un estudio presentado en el Congreso Mundial de Psiquiatría de El Cairo (Achotegui J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D 2005) mostramos que el 76,7 % de inmigrantes visitados con el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) tenían cefaleas crónicas. Y estamos haciendo referencia a población joven. Si comparamos estos datos con población autóctona en general, la cifra se reduciría al 3%. Y tal como ha señalado Benedittis 1990, la cefalea crónica se relaciona con la hostilidad reprimida (lo que nos vuelve al apartado anterior de la transferencia negativa) y también como señaló Pierre Marty (1951) a la inhibición dolorosa del acto de pensar, con lo que se obtendría un beneficio secundario. (Hasta tal punto es tan frecuente la cefalea en la práctica asistencial con inmigrantes con estrés crónico en el SAPPPIR que hemos llegado a abreviar el nombre y denominarla “in-migraña)

Además se ha de señalar que las somatizaciones también se potencian unas a otras: el insomnio favorece la cefalea, la fatiga...y que en el caso de los inmigrantes como es bien sabido las culturas no occidentales consideran que lo físico y lo mental constituyen una única realidad, frente al planteamiento dualista occidental. Ya Platón sostiene que el cuerpo es la cárcel del alma, pero las culturas no occidentales aúnan lo físico y lo mental por lo que se favorece la combinación de los síntomas físicos y psicológicos

La expresión somatizada hace que también sea muy difícil solucionar estos síntomas que tienen tendencia a estar muy instalados, incluso podríamos decir enquistados, en el sujeto. En la somatización hay un funcionamiento obstinado, pasivo-agresivo, muy difícil de modificar en las intervenciones terapéuticas. También sabemos que las clases populares, en las que los estresores crónicos y la exclusión social son muy relevantes, somatizan más, tienen menos introspección (Paéz y Casulla 2000).

## 2.2. DESDE EL LADO DEL PROFESIONAL

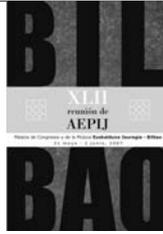
### A. Impotencia y frustración.

Es frecuente que ante la hostilidad presente en la demanda de los pacientes que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, el profesional se vea embargado por sentimientos de impotencia y frustración, dadas las dificultades que entraña la respuesta terapéutica en estos casos. (Aquí se podría aplicar el concepto kleiniano de identificación proyectiva: hacer sentir al otro el malestar propio)

Hemos hablado de hostilidad de los pacientes. Podríamos decir que con frecuencia la hostilidad es mutua. Obviamente la respuesta emocional, la reacción contratransferencial del profesional ante estas demandas percibidas como “excesivas” del paciente no es fácil y puede manifestarse como:

-actitudes de rechazo: el profesional puede considerar que la situación que el paciente le plantea no le corresponde resolverla: “estas demandas no son de mi ventanilla, de mi negociado...”. Le puede plantear que vaya con sus problemas al trabajador social, ante lo cual no es extraño que el paciente tenga la sensación de que no han comprendido que sus problemas son a la vez psicológicos y sociales

-Reacciones de tipo paternalista: compasión, lástima. Pero el paternalismo esconde elementos de tipo sadoma-



soquista que incrementan la baja autoestima de estas personas ya que las inferioriza e infantiliza aún más. El paternalismo se halla ligado también a defensa de tipo omnipotente ante las dificultades del paciente y puede ser también la expresión de la sobreactuación como una formación reactiva frente a sentimientos de rechazo del profesional,

Como muestra de este tipo de actitudes, en un debate, en un lenguaje muy poco correcto, un compañero con una sólida formación biomédica señalaba. “yo no he estudiado no sé cuántos años de medicina, el MIR y un másters en neuroimagen... para acabar viendo a gente llena de problemas sociales a las que no hay manera de sacar un dolor de cabeza, que son capaces de venir en chándal a la consulta, con aspecto de “pringaos”... Estas situaciones me recuerdan una escena de la novela de Tom Wolf (1988) “La hoguera de las vanidades” sobre cómo les va a los abogados formados en las grandes universidades americanas cuando tienen que moverse en los ambientes populares: “ En Yale te dan una visión académica, una visión global del derecho... Yale es fantástico para cualquier especialidad, a no ser que pretendas trabajar con gente que calza zapatillas deportivas, ...”,

Los estresores son un factor esencial de la enfermedad, que la elicitan (dar lugar), mantienen y refuerzan y que son tanto ó más relevantes que los factores biológicos y psicológicos. Ya Brown y Harris (1978) señalaron que en las mujeres con depresión los estresores psicosociales estaban prácticamente siempre presentes y que constituían una parte esencial del conjunto de la enfermedad. Es como si los bomberos no desconectara la corriente eléctrica en un incendio. No sólo hay que poseer grandes escaleras, poderosas mangueras y arrojo. Es fundamental intervernir sobre lo que alimenta el fuego

Hacer referencia a la importancia del planteamiento biopsicosocial se halla siempre presente a nivel formal en el discurso oficial de la psiquiatría. Pero a la hora de la verdad, cuándo se tocan los temas sociales?. Por qué apenas salen en el temario?. Queda bonito mencionarlos en el discurso académico y ya está

### *B. El burn-out del profesional*

Esta situación asistencial puede constituir un factor potenciador o facilitador de la aparición del burn out, el estar quemado, en el terapeuta. Sobre todo cuando el sistema sanitario deja al profesional...sólo ante el peligro”. Cuando el profesional se siente apoyado se lleva mejor, pero cuando el profesional se siente como un fusible del sistema ante los problemas sociales, su moral decae gravemente

El concepto de burn- out constituye una problemática de importancia creciente en nuestra sociedad. Y en el colectivo médico es uno de los colectivos en los que más se da

## **3. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA**

Vamos a abordar en esta última parte de este texto cómo adaptar la intervención asistencial a nivel de encuadre y los planteamientos técnicos teniendo en cuenta los aspectos de la relación terapéutica extendida que hemos analizado en los apartados anteriores.. El encuadre o setting se define como el marco o las “reglas de juego” de una relación asistencial, “las condiciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico” (M. Mitjavila 1994.)

### **3.1. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Veamos a continuación cómo adaptar la intervención asistencial teniendo en cuenta los diferentes aspectos básicos planteados en los apartados anteriores acerca de la relación terapéutica extendida

#### **3.1.1. Adecuación a nivel emocional**

Un primer planteamiento que consideramos básico, es que resulta obvio que la relación asistencial con las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social la relación terapéutica ha de ser más próxima. Desde esta perspectiva consideramos que se ha de huir de la idea de “neutralidad terapéutica” propia de los planteamientos psicoterapéuticos clásicos, así como que se ha de adecuar la idea de profesionalidad, que en general va ligada en la cultura occidental a una cierta actitud distante, incluso basada en una cierta severidad en el trato,... Sin embargo estas actitudes de neutralidad terapéutica y profesionalidad pueden ser muy negativas en el trato con los inmigrantes y personas con exclusión social que ya sienten que existe una gran distancia de estatus con el personal asistencial. Resaltar la profesionalidad en el contexto social autóctono es justamente un intento de remarcar la figura del terapeuta, porque entre autóctonos existe una igualdad (salvo los excluidos), una cotidianidad de la relación que se intenta modificar incrementando la autoridad profesional del terapeuta para que tenga lugar con éxito la relación terapéutica. Es obvio que el profesional autóctono y el demandante autóctono están en una situación de mucha más igualdad que el profesio-



6 nal autóctono y el paciente inmigrante o la persona que se halla en situación de exclusión social

Esta distancia no hace sino aumentar los elementos de desconfianza, hostilidad, y vivencia negativa de la transferencia en la relación asistencial. La neutralidad terapéutica es un buen mecanismo para favorecer la relación terapéutica, la asociación libre...si se da entre iguales, pero no cuando se da en una relación marcada por la desigualdad como en los casos de inmigrantes y colectivos con estrés crónico y exclusión social. Además, si el profesional se siente inseguro, como ocurre con frecuencia ante el inmigrante, puede aún incrementar más su distancia, en un intento de reasegurarse. Y para acabarlo de arreglar, los españoles tenemos tendencia a una excesiva brusquedad en el trato. No es extraño que muchos inmigrantes piensen que cuando hablamos, en realidad les reñimos

Así, consideramos que ante estas dificultades en la relación, son importantes, más bien al contrario, los detalles que denoten proximidad, respeto y aceptación hacia los inmigrantes y las minorías, ya que la desconfianza de estos grupos proviene de que se sienten con frecuencia rechazados por amplios sectores de la sociedad de acogida. Por ejemplo, como muestra de respeto es importante anotar cuidadosamente los nombres y apellidos de los pacientes, en el orden en el que ellos lo escriben e intentar pronunciarlo correctamente. Además, conocemos también tanto desde la perspectiva psicoanalítica así como a través de la psicogenealogía que el nombre que se escoge para un hijo posee un fuerte significado psicológico, determinando en parte su conducta. (Así alguien que se llama Mohammed, Moisés...etc con su nombre nos habla de las fantasías puestas en él por su familia, su grupo que son muy importantes en relación a su personalidad).

También consideramos que puede ser positivo tratar a estas personas como Sr, Sra...actitud de respeto que en la relación con un autóctono no es necesario explicitar pues todos somos señores, pero que desde la perspectiva del inmigrante con frecuencia no es percibido así, ya que tiende a sentirse excluido y a ver al profesional como alguien que forma parte de las instancias de poder de la sociedad de acogida (como el funcionario, el policía, el patrono etc). Cuando hay más confianza en la relación terapéutica también puede ser positivo llamarles por el nombre de pila. (Como es sabido, nuestro nombre es la palabra más hermosa, la que más nos gusta oír)

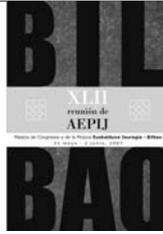
Otro aspecto muy importante a tener en cuenta en la intervención asistencial es todo lo que tiene que ver con

el lenguaje no verbal. Muchas veces el profesional es muy correcto en sus comentarios, preguntas, etc. pero sus gestos muestran otros aspectos de su contratransferencia con los inmigrantes que expresan tensión, rechazo... Como señala Mc Neil (1999) Desde los trabajos de Ekman se sostiene que la expresión facial básica es universal, por lo que tanto el profesional como el paciente puede captar las emociones básicas del otro. Además, se ha tener en cuenta que cuando el lenguaje hablado es limitado, el lenguaje no verbal, gestual se convierte en un elemento de gran importancia. Pero este lenguaje no verbal posee muchos aspectos inconscientes y si hay rechazo no es fácil disimularlo. Cada profesional debe analizar sus propios prejuicios y aspectos racistas y elaborarlos. Los grupos de autoayuda, los grupos tipo Balint resultan muy útiles en estos casos.

### 3.1.2. Adecuación del tiempo y el espacio terapéutico

Es imprescindible que la primera visita disponga de cierto tiempo:

- Para entender en profundidad la problemática de personas que proceden de contextos sociales y culturales muy diferentes al del profesional que atiende a los inmigrantes se requiere manejar mucha información, lo cual conlleva la necesidad inevitablemente de más tiempo de atención( no somos adivinos). No es lo mismo comprender el contexto en el que vive la estancuquera de la esquina que el de un inmigrante que proviene de la otra punta del planeta que posee otra mentalidad, otras circunstancias sociales....
- Es muy importante no intervenir sin saber cuál son los problemas fundamentales del paciente, sus causas, etc, ya que en la situación límite en la que con frecuencia se encuentran estos demandantes, una intervención inadecuada puede complicar aún más las cosas a personas que ya padecen muchos estresores de modo crónico y se encuentran sumidas en una la confusión y la desorientación.. Hemos de evitar convertirnos en un nuevo estresor.
- También a mayor tiempo de primer contacto, más posibilidades de estructurar el vínculo, un elemento fundamental tal como ya hemos señalado en el apartado anterior, y finalmente.
- A más tiempo de atención en la primera visita más posibilidades de superar los prejuicios que nos atenazan en la relación con personas de otras culturas, menos posibilidades de que nos dominen los clichés. Veremos más a la persona, y menos al arquetipo.



La primera visita es muy importante porque además es posible que sea la única, la última. Muchos inmigrantes por problemas de trabajo, de desplazamientos... tienen muchas dificultades para volver. O si no perciben que han sido atendidos adecuadamente puede que no quieran volver. Estaríamos ante lo que se denomina intervención de una sola sesión.

Es por ello que proponemos dedicar la mitad del tiempo de atención a la primera visita. Una objeción frecuente a este planteamiento, y lógica, es la de que se tiene poco tiempo, incluso muy poco tiempo para atender a los pacientes, dada la gran presión asistencial. Esto es obviamente cierto, pero no invalida la regla general: hay que dedicar a las primeras visitas "la mitad del poco tiempo" del que se dispone. Podríamos denominarla "la regla de la mitad". Aunque ello suponga restar tiempo al tratamiento propiamente dicho ( además, la primera visita ya es una parte y muy importante del tratamiento). Así, si tan sólo disponemos de dos horas al año para atender a una persona consideramos que es mejor dedicar 1 hora a la primera entrevista y repartir la hora restante en las visitas sucesivas que efectuar 12 visitas de 10 minutos. No es infrecuente la percepción de que cuando se lleva un buen rato de la primera entrevista se comience a ver la realidad del paciente de modo diferente. Es más, a veces, es casi cuando el paciente está de pie casi despidiéndose cuando se entiende todo... ó empiezan a cuadrar las cosas

En relación a los temas vinculados a la puntualidad en las citas, los cambios de hora, también consideramos que ha de haber una cierta flexibilidad, ya que el contexto en el que se halla el inmigrante es cambiante y con frecuencia muy estresante. Y si no se siente comprendido se incrementa el riesgo, ya muy elevado de entrada, de ruptura del tratamiento. En esta misma línea consideramos que dado que estas personas viven situaciones muy difíciles, es de utilidad prever algún tiempo para atenderles si demandan ayuda urgente.

Otro factor muy importante es el espacio en el que tiene lugar el tratamiento (el consultorio, el servicio asistencial, el despacho, también la sala de espera), ya que posee características específicas en la relación asistencial, es decir no es lo mismo que en una relación social cualquiera. Ya hemos señalado al hacer referencia a los planteamientos de Frank sobre los elementos comunes y básicos de toda intervención de ayuda que el lugar en el que se efectúa la intervención posee una gran importancia ya que recalca la función de la persona que atiende. Es importante preguntarse, en el caso de la atención especialmente a los inmigrantes, si el espacio posee las con-

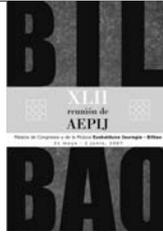
diciones adecuadas y de qué medios podemos disponer para mejorar dichas condiciones. (La adecuación se hallaría ligada a las características específicas de la población a la que se atiende y a las posibilidades que posee la oferta asistencial).

### 3. 1. 3. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos culturales

Los aspectos culturales del paciente deben integrarse también obviamente en el marco de la relación terapéutica extendida ya que forman parte de la identidad del sujeto. Sabemos que la cultura es el filtro a través del cual se expresan las emociones y los síntomas. No tener en cuenta los aspectos culturales es además una nueva forma de desvalorización del mundo del inmigrantes y esta desvalorización cultural refuerza el sentimiento de exclusión social que afecta a estos grupos humanos.

Pero dicho esto, se ha de añadir a renglón seguido que tampoco se trata de hacer "chamanismo de ambulatorio", ni hacer de aprendices de brujo. Además, la identidad cultural del sujeto es un proceso de construcción y deconstrucción personal que siempre hemos de respetar, por lo que debemos evitar caer en estereotipos en relación a las culturas de los inmigrantes y las minorías.

Tampoco se ha de caer en la atención a los inmigrantes en el exotismo, en una visión snob, que añora el revival colonial de los imperios (Moro 2004). En este sentido señalaba agudamente Amina Bagach (2005) que estaba observando cómo a los marroquíes inmigrantes en España se les estaban aplicando a veces los mismos prejuicios con los que se trataba en ciertos medios asistenciales suizos en los años 60 a los inmigrantes españoles: se decía que a los españoles no se les podía aplicar la psicoterapia ni tratamientos psicológicos dada su visión del mundo basada en la magia, la brujería, la superstición... En ciertos ambientes suizos se consideraba que los tratamientos psicológicos eran sólo para los suizos, que estos sí que pertenecían a una cultura moderna, avanzada, que comprendía los aspectos psicológicos. A los españoles lo que había que aplicarles eran aquelarres, rituales esotéricos, conjuros... Quizás podemos correr el riesgo de aplicar estos mismos criterios "sin más" a los inmigrantes magrebíes, africanos... Conocemos bien desde la psicología la psiquiatría transcultural que la comprensión de las emociones es universal, aunque hay que tener en cuenta el marco de la cultura en la intervención psicológica. Tal como hemos señalado en el capítulo 1, la cultura tradicional considera que quien enferma ha incumplido alguna



8 norma del grupo (ha dado envidia, no ha tratado bien a los padres o a los antepasados, etc). Entonces el paciente teme que el damnificado haya recurrido a la brujería para ponerle enfermo. Pero esto no significa que todo extracomunitario pertenezca necesariamente a ese mundo, como conocemos muy bien que la mayoría de los inmigrantes españoles en Suiza tampoco basaba su salud en la magia y la hechicería

En definitiva, en el marco de la relación terapéutica extendida, los aspectos culturales deben integrarse en el conjunto de elementos de la situación social del sujeto. Pero a veces nos cuesta entenderlo. Como nos espetó un inmigrante africano, que estaba padeciendo aquí grandes adversidades y desgracias : mire Usted a mí el mal de ojo no me lo han echado en Africa, me lo han echado las leyes que tienen Ustedes en este país;

### 3.1.4. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos sociales Los “social bound síndromes”

Y finalmente y recalcando lo que hemos ido señalando a lo largo de todo este texto, se han de tener presentes en la sesión los aspectos sociales que estresan tan gravemente a estas personas, las situaciones sociales que no tan sólo elicitán, sino que mantienen y refuerzan las enfermedades mentales asociadas al estrés crónico y la exclusión social. En este sentido consideramos que de la

misma manera que los DSM en sus diferentes versiones hacen referencia a los “cultural bound syndromes” se debería hacer referencia a los “social bound syndromes” teniendo en cuenta la influencia de los aspectos sociales vinculados al estrés crónico y a la exclusión social en la expresión de la psicopatología

Desde esta perspectiva constituiría una falta de empatía que el profesional se empeñara en ver tan sólo el lado clínico, psicológico, a nivel de conflicto interpersonal o de error cognitivo, etc de la conducta del sujeto cuando éste se halla afectado por graves problemas sociales. Podríamos decir que si el terapeuta, a un paciente que está sin papeles, sin trabajo, sin familia....le interpreta que sus ansiedades proceden de una conflicto con la imago de su madre....es muy probable que el paciente se acuerde....de la madre del terapeuta; ; ;

Y terminaríamos con una viñeta clínica que recogería una típica situación asistencial que afecta a personas que padecen estrés crónico y exclusión social:

- *paciente*: estoy sin trabajo, me han echado del piso por impago....y estoy triste, angustiado, duermo muy mal...
- *Terapeuta*: su problema es de tipo social. Yo soy médico y estos temas no son de mi incumbencia. Le voy a enviar a los servicios sociales
- *paciente*: Doctor ...es que me envían justamente de allá, de los servicios sociales; ; ;



**M.J. Mardomingo Sanz**

## Tratamiento farmacológico del trastorno de estrés postraumático. Especificidades en la población infanto-juvenil

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

El Trastorno de estrés postraumático (TEP) ha cobrado una relevancia progresiva en los últimos años dentro de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente al observarse un aumento de los pacientes que acuden a consulta por este motivo y unas tasas de prevalencia en la población general del 7-8%, lo que da idea de la magnitud del problema. La mayor concienciación de los psiquiatras y médicos en general y los actos terroristas de comienzos del siglo XXI han contribuido a una mayor difusión de la existencia del trastorno entre el público general, facilitando el diagnóstico y, por tanto, el tratamiento.

El TEP en los niños y adolescentes ha dejado de ser una entidad rara y requiere pericia y experiencia por parte del médico dada la ubicuidad y variedad de la sintomatología. El plan de tratamiento tendrá en cuenta precisamente esta característica, buscando los síntomas diana susceptibles de mejorar con tratamiento farmacológico y aquellos otros que precisan psicoterapia. Como casi siempre en medicina, el tratamiento tendrá como objetivo aminorar los síntomas clínicos, mejorar la adaptación y calidad de vida del paciente, y evitar las repercusiones y secuelas en la vida futura.

En la etiopatogenia del TEP participan el sistema inmune, el sistema neuroendocrino y el sistema nervioso central, que constituyen una unidad funcional inmuno-

neuroendocrina que regula los procesos cognoscitivos, la memoria, las emociones y el comportamiento, todos ellos afectados en este trastorno.

Dentro de este conjunto los psicofármacos empleados en el tratamiento del TEP actúan modificando de modo particular el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, especialmente afectados en las situaciones traumáticas.

Los principales grupos de fármacos son los adrenérgicos, dopaminérgicos, serotoninérgicos, gabaérgicos y benzodiazepinas, y antagonistas opiáceos. Un segundo grupo lo constituyen los anticomiciales, estimulantes y bupropion.

El tratamiento farmacológico no se considera la primera ni la única opción terapéutica del TEP en los niños y adolescentes, pero tiene un carácter complementario, en ocasiones imprescindible, de otras medidas terapéuticas.

En esta ponencia se analizan brevemente los mecanismos etiopatogénicos que subyacen a la acción de los psicofármacos, la importancia de la evaluación y el diagnóstico previos a hacer el plan de tratamiento, los pasos a dar para elaborar este plan y la toma de decisiones en función del cuadro clínico y de las características individuales del paciente.



S. de Cruylles de Peratallada Jaumandreu \*  
A. Huertas Patón \*\*  
E. Rodríguez Pedraza\*\*\*

## Clínica postraumática tras una catástrofe: Madrid, 11M-2004

\* Psicóloga Clínica, CSM Infantojuvenil Alcalá de Henares, Madrid

\*\* Psiquiatra, CSM Infantojuvenil Alcalá de Henares, Madrid

\*\*\*Psicóloga Clínica, CSM Alcalá de Henares, Madrid

### RESUMEN

En el presente artículo se describe, tras una breve aproximación al concepto de trauma, la atención psicológica prestada a la población infanto-juvenil tras los atentados del 11-M en Madrid, puesta en marcha por la Oficina de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y en especial las características sociodemográficas y la sintomatología observada y la intervención realizada desde el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares.

**Palabras Clave:** 11 de marzo, trauma, búsqueda activa, vulnerabilidad.

### INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2004 en Madrid, entre las 7,39 y las 7,42 de la mañana, explotaron diez bombas en tres estaciones de cercanías y en una calle próxima, afectando a cuatro trenes de viajeros. Tres de las bombas estallaron en trenes con destino a la capital, cerca de la estación de Atocha. Dos de ellos partieron de Alcalá de Henares y uno partió de Guadalajara, parando en esta ciudad.

Esta catástrofe movilizó y sensibilizó a toda la población española. Las dimensiones de la tragedia supusieron un reto para la sanidad pública, que movilizó 21 hospitales, de los que 11 siguen aun prestando asistencia, y también un reto para la salud mental, que ha atendido hasta

la fecha a más de 3.000 personas, siendo el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares uno de los que tuvo que hacer frente a un mayor número de consultas por el recorrido de los trenes. Se estima que en total a raíz del atentado se han generado hasta la fecha en Madrid 13.925 consultas en salud mental, siendo 12.712 las realizadas por adultos y 1.213 las realizadas por menores de 18 años.

En este atentado terrorista fallecieron 192 personas y más de 1.500 resultaron heridos. Murieron 7 niños y 97 quedaron huérfanos, 5 de ellos de padre y madre. Entre los afectados había niños que viajaban en el tren, niños que presenciaron lo sucedido desde su colegio o domicilio, hijos de heridos o fallecidos, y niños que simplemente vieron lo ocurrido en televisión o en fotografías de cualquier periódico que estaba encima de la mesa.

Los niños y adolescentes, por su mayor vulnerabilidad y dependencia de los adultos, se pueden considerar un grupo de alto riesgo de afectación psicológica tras los desastres. Las consecuencias a corto y largo plazo de las situaciones traumáticas en los niños dependen de muchos factores:

- Los niños ante un desastre presentan respuestas que dependen de su estado evolutivo y del impacto emocional que tenga para ellos el acontecimiento traumático. El desastre puede cambiar su percepción del



mundo y su sensación de confianza y seguridad, afectando al desarrollo de su personalidad.

- Puesto que las reacciones de los niños son muy diferentes a las de los adultos, es muy frecuente que estos no relacionen los síntomas del niño con el acontecimiento estresante. En ocasiones las conductas evitativas, el embotamiento emocional o el retraimiento pueden hacer pensar al adulto que el niño no experimenta sufrimiento dado que no expresa ninguna emoción.
- En una situación catastrófica como el atentado del 11M en Madrid, los niños y adolescentes pueden presentar efectos psicológicos directos de la exposición al suceso pero también pueden verse expuestos a las consecuencias de la afectación de los adultos con los que conviven y se encargan de su cuidado. Estos adultos pueden estar embotados, irritables, desanimados o con síntomas de estrés agudo, lo que dificulta que puedan hacerse cargo de atender las necesidades físicas y emocionales del niño o adolescente.
- En los niños y adolescentes es muy frecuente la negación del sufrimiento que presentan. En ocasiones no cuentan con herramientas para verbalizar sus emociones y en otras ocasiones evitan expresarlas como forma de proteger a sus padres o al resto de adultos que les rodean, por temor a aumentar su sufrimiento o preocupación por ellos.

Por todo ello la detección de los niños y adolescentes expuestos a situaciones traumáticas resulta muy complicada. La detección de niños afectados es diferente, ha de ser una detección activa, por lo que es necesario realizar una "búsqueda activa" que permita la intervención de profesionales entrenados cuando sea necesario para minimizar el riesgo de efectos graves y persistentes en los niños y adolescentes expuestos.

### **CRISIS Y TRAUMA: RESPUESTAS NATURALES AL TRAUMA**

Para contextualizar el abordaje realizado tras el atentado nos parece importante hacer una revisión de lo que se ha entendido en la literatura como Crisis y Trauma

El término **Crisis** se refiere en términos generales a un acontecimiento vital que supone un cambio para el individuo, a partir del cual puede crecer personalmente o hundirse, ya que la situación implica peligro pero también oportunidad; se produce una pérdida del equilibrio tal que los mecanismos habituales de afrontamiento no son suficientes para sostener a la persona.

En el campo de la salud mental, con Caplan como figura de referencia, suele reservarse el término crisis a la

respuesta psicológica a un acontecimiento que nos supone afrontar un obstáculo a metas vitales importantes para nosotros, obstáculo que no podemos resolver por nuestros métodos usuales de solución de problemas, llevándonos al bloqueo y la desorganización.

El término **Trauma**, o **acontecimiento traumático** se relaciona con acontecimientos que son disruptivos para cualquier persona, impactan nuestra vida en numerosas formas, y no constituyen experiencias universales como las crisis vitales, sino hechos catastróficos extraordinarios compartidos por determinadas personas, aunque a veces la magnitud es tal que afecta e interrumpe la vida de toda la comunidad.

Se trata de experiencias que constituyen amenazas para la integridad física o psicológica asociadas a vivencias de caos, confusión, absurdo, horror; con un carácter inenarrable, la persona siente que es difícil de comprender para los demás, y amenaza creencias básicas, referentes de seguridad como la creencia en el control sobre nuestra vida o la invulnerabilidad, la confianza en los otros, la relación de ayuda entre humanos o la predictibilidad del mundo.

Supone enfrentarse al azar, a la ruptura de la supuesta lógica del mundo, y puede acarrear sentimientos de culpa por descubrir lo que se considera la verdadera naturaleza del ser humano.

Estos acontecimientos además traen consigo la aparición en escena de instituciones de ayuda, y de roles específicos ("víctimas"/ "héroes"/ personal de rescate / informadores/...etc).

Todos entendemos que hay distintos tipos de hechos traumáticos, así como distintas vivencias e interpretaciones de un mismo acontecimiento traumático. Las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales, como la CIE y el DSM establecen su definición de HECHO TRAUMÁTICO:

#### **DSM**

Experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física y ante la que la persona responde con temor, desesperanza, horror intenso.

#### **CIE**

Acontecimiento estresante o situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo.

#### **Respuestas naturales al trauma**

Existen varias clasificaciones de las respuestas a los acontecimientos traumáticos, por lo general establecien-



#### 4 do fases en lo que se entiende como reacciones naturales del cuerpo humano para recuperar la homeostasis tras una amenaza.

Entre las respuestas inmediatas más habituales se encuentran:

- Ansiedad y miedo intenso, con dificultad para calmarse y tomar decisiones.
- Entumecimiento y confusión, calma superficial seguida de negación o intentos de aislarse.
- Sensación de extrañeza e irrealidad.
- Sentimientos de desesperanza y pérdida de control.
- Sentimientos de bloqueo.
- Activación creciente, con señales de activación fisiológica: tensión muscular, taquicardia, dificultad para respirar, temblor, sudoración, molestias gástricas.
- Pérdida de la sensación de seguridad, sentimiento de indefensión.
- Culpa por sobrevivir, rumiación sobre el comportamiento que uno está teniendo durante el acontecimiento.
- Sensación de soledad frente a los otros, respuestas de indiferencia al personal de rescate.
- Irritabilidad.
- Ambivalencia en cuanto a conocer qué les ha pasado a familiares, o a las propias pertenencias.
- Inestabilidad emocional y cognitiva, ira repentina o bien apatía y falta de energía.
- Comportamientos automáticos, parecidos a los que siguen en su rutina diaria pero sin un sentido definido.

Son respuestas que ponemos en marcha tras evaluar una situación como peligrosa, y están mediadas por la activación del Sistema Nervioso Autónomo. Existen diferencias individuales, no todas las personas muestran las mismas respuestas ni en el mismo momento.

En las semanas y meses posteriores es frecuente encontrar manifestaciones como:

- Tristeza, duelo, depresión.
- Problemas para dormir, pesadillas.
- Dificultad para controlar la ira, irritabilidad con familiares y amigos.
- Pérdida de la confianza en los otros, deseos de aislarse y dificultad para comunicarse al sentir que es difícil que los demás comprendan la experiencia única que uno ha vivido.
- Abuso de alcohol o tóxicos
- Imágenes, pensamientos o sensaciones (olores, ruidos) del acontecimiento que persisten en la memo-

ria e invaden la mente de forma involuntaria y repetitiva.

- Respuestas de sobresalto exageradas ante ruidos.
- Ansiedad, inquietud.
- Hipervigilancia, suspicacia, miedo a ser dañado.
- Sentimientos de vulnerabilidad
- Quejas somáticas: fatiga, dolores de cabeza, pérdida de cabello, molestias gástricas, cambios en ciclo menstrual, cambios en la visión y audición, dolores musculares difusos.
- Dificultades con la atención, concentración, memoria.
- Evitación de pensamientos y conversaciones sobre el acontecimiento. Evitación de lugares o actividades que lo recuerdan.
- Experiencias disociativas, sensación de estar separado del propio cuerpo, amnesia del acontecimiento.
- Conductas impulsivas o destructivas.
- Pensamientos de suicidio.

#### Cómo afectan a los niños estos acontecimientos

Los niños y adolescentes también se ven afectados por estos acontecimientos y como se ha dicho mas arriba son mucho más vulnerables que los adultos, más cuanto mas dependan del adulto. Además la manera en que los niños se enfrentan y entienden estos hechos depende del momento evolutivo que estén viviendo y por tanto de la maduración cognitiva que tengan. Generalmente en los niños también se podría hablar de respuestas inmediatas y posteriores a la situación traumática.

Así en un primer momento los niños pueden presentar las siguientes reacciones:

- Shock e incredulidad: que se manifiesta cuando dicen cosas como “no es cierto, no me lo creo”
- Desacuerdo y protesta: ponerse a llorar como si de una rabieta se tratara
- Continuar como si nada pasara: reflejado en preguntas del tipo “¿puedo ir a jugar?, ¿cuándo viene papá?”
- Cuando el mundo de alrededor se vuelve inseguro para los niños ellos se sienten seguros haciendo lo que les hace sentir bien (dibujar, jugar) a pesar del asombro de los adultos.

Las reacciones más comunes en momentos posteriores cuando empiezan a intentar asimilar lo que esta pasando son:

- Ansiedad reflejada como miedo a mas muertes cercanas y a estar solo, estar mas demandante con los padres; esto se va calmando a través de preguntas



- que ellos hacen y que hay que responder.
- Imágenes vivas en su imaginación de lo que han visto o de lo que imaginan que ha pasado
  - Dificultades para dormir, tanto quedarse dormidos como en mantener el sueño
  - Están tristes y extrañan
  - Identificación con la muerte (sobretudo en niños más pequeños que pueden buscar la muerte como si fuera alguien o algo material)
  - Se enfadan con facilidad
  - Culpa, vergüenza y auto reproche
  - Problemas en el colegio (atención, concentración)
  - Comportamiento regresivo (volver a etapas evolutivas anteriores donde se sienten mas seguros)
  - Aislamiento social, por no sentirse comprendido por los compañeros y sentirse diferente
  - Fantasías sobre el futuro
  - Cambios de personalidad
  - Pesimismo hacia el futuro
  - Preocupación por las causas y las consecuencias
  - Maduración y crecimiento

### ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Teniendo en cuenta las características de la respuesta traumática en niños, ante lo ocurrido en Madrid se pensó que además de la atención facilitada a los adultos se debería prestar una atención específica los más vulnerables, los niños.

Lo primero que se planteó en el equipo de trabajo infanto-juvenil, fue hacer una intervención temprana, normalizadora y multidisciplinar. Temprana porque cuanto antes se interviniera menos consecuencias posteriores habría y mas prevención se hace de cara al futuro. Normalizadora, ya que cuanto menos se desplace al niño de su entorno, más natural lo verá, mejor lo elaborará y menos traumático será el suceso para él. Multidisciplinar, es el marco en el que se haría la intervención; las coordinaciones con otros dispositivos y servicios permiten que la intervención sea mas completa, temprana y normalizadora.

Se decidió así optar por una “búsqueda activa” de los niños y adolescentes en los colegios ya que los niños no suelen demandar ayuda psicológica porque no saben lo que les pasa y en un caso como el 11M los padres también están afectados y eso podría dificultar que pudieran acudir a pedir ayuda psicológica.

Desde la oficina de Salud Mental de la comunidad de Madrid se decidió organizar la atención infanto-juvenil de la siguiente manera:

Una Unidad Móvil (UM). El equipo estaba formado por: 1 psiquiatra, 2 psicólogas 1 administrativo, coche, teléfonos móviles. La tarea que tenían asignada era: evaluación de los niños afectados que eran derivados desde los propios colegios (Equipos de Atención Psicopedagógica), Servicios Sociales y desde la propia oficina regional de Salud Mental. La evaluación se hacía en el propio colegio para mantener una situación lo más normalizada posible y bajo consentimiento de los padres.

Además de La UM se crearon dos equipos específicos en los Centros de Salud Mental (CSM) de las zonas mas afectadas, Alcalá de Henares y Vallecas

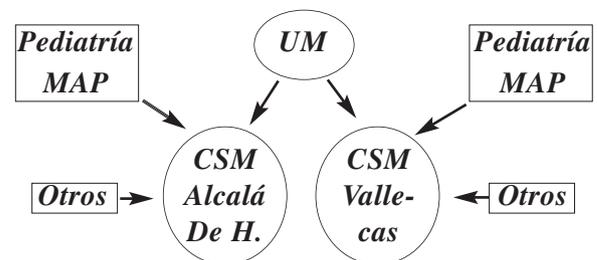
El equipo de cada CSM estaba formado por: 1 psiquiatra 1 psicólogo y 1 administrativo por cada centro (Alcalá de Henares y Vallecas). El objetivo que tenían era: evaluación y tratamiento de los pacientes derivados (UM, Pediatría, Médico de Atención Primaria, CSM adultos)

Los niños y adolescentes se derivaban de cualquier parte de la Comunidad de Madrid a la UM que se desplazaba a hacer la evaluación. También el equipo de los CSM se desplazaba a hacer evaluaciones domiciliarias. En esta capacidad de “movilidad” y de desplazamiento reside una de las peculiaridades de la atención a los niños tras una situación traumática de estas dimensiones, a fin de hacerla temprana y normalizadora.

El equipo empezó a funcionar a las dos semanas del atentado.

Un esquema de cómo se ha organizado la asistencia desde la Comunidad de Madrid podría ejemplificarse en este gráfico:

### Educación-Servicios sociales-Otros



### EVALUACIÓN

Como se ha mencionado arriba en una situación traumática como el 11-M toda la población está “afectada” pero en el momento de la intervención en Salud Mental



6 hay que definir y delimitar quién y cómo necesita la intervención, así,

consideramos afectado:

- Niños/adolescentes que fueran en el tren
- Testigo del atentado
- Familiar directo o indirecto de fallecido
- Familiar directo o indirecto de herido
- Familiar directo o indirecto de afectado ileso
- Pertenecer a colegios cercanos a las explosiones
- Otros (niños que vieron imágenes en prensa o televisión...)

A estos niños se les realiza una evaluación psicológica estándar (síntomas, desarrollo evolutivo, psicológico y emocional, Antecedentes Familiares y Personales) con una parte específica enfocada a evaluar el trauma en la que se tienen en cuenta: el tiempo pasado desde el trauma, el grado de exposición al evento traumático, el grado de afectación en el evento traumático, la biografía (incluyendo hechos traumáticos anteriores), exploración psicopatológica, antecedentes familiares, antecedentes psiquiátricos personales, apoyos familiares (grado de exposición de los familiares al evento si también lo han vivido/ grado de afectación de los familiares), cambios personales desde el evento, cambios socio-familiares a raíz del evento y evaluación psicosocial (realizada por el Trabajador social).

Además de la evaluación psicológica específica se tienen en cuenta en la evaluación una serie de factores relacionados con el trauma:

- Factores socioculturales
- Otros estresores concurrentes en los dos últimos años y acontecimientos traumáticos previos
- Adaptación y rendimiento escolar previos y posteriores al trauma y relación con pares
- Personas afectadas que conoce
- Participación en actividades relacionadas con el suceso traumático
- Expuesto en TV o prensa a imágenes cruentas del suceso
- Capacidad de verbalizar su experiencia

Si tras una primera evaluación se detectaba sintomatología que requería tratamiento se hacía la derivación desde la Unidad Móvil al equipo específico ubicado en los CSM mencionados.

Una vez que el paciente era derivado al CSM se completaba la evaluación a la vez que se planificaba la intervención. Desde el principio se tuvo en cuenta que cada edad tiene unas peculiaridades a la hora de reaccionar, asimilar y entender el trauma y que había que diferen-

ciarlos. Aunque la atención era totalmente individualizada se podría diferenciar la respuesta traumática en los siguientes grupos de edades:

#### **Niños en edad preescolar (< 5 años):**

En esta edad se enfrentan a diferentes tareas evolutivas: están aprendiendo a confiar en los demás, formando el apego, controlando el cuerpo e impulsos, desarrollando la identidad y autonomía e intentando comprender el mundo externo. En situaciones de crisis están en la edad más indefensa y pasiva:

- Son más dependientes de los adultos que en ninguna edad
- Tienen menos capacidad de entender que pasa por un menor desarrollo cognitivo
- Tienen menos capacidad de reponerse a través de la fantasía
- Son más vulnerables si muere el cuidador mas cercano
- Aumento de la ansiedad ante el abandono del cuidador mas cercano
- No saben que hacer con las pesadillas e imágenes intrusivas lo que les lleva a mas miedo y confusión.
- Más que en otras edad responden aislándose o jugando de manera repetitivas

A esta edad les protege su incapacidad de conocer y entender las consecuencias a largo plazo: piensan que se puede reponer el daño o que la persona volverá (esto puede ayudarle mucho). Así suelen decir frases como “¿tendrá frío en la tumba? ¿Cuándo le damos de comer?”...tienen un pensamiento concreto, son naturales y espontáneos.

Las reacciones que suelen tener tras una situación traumática son:

- Conductas de apego ansioso, muy demandantes de cuidados
- Comportamientos regresivos: enuresis secundaria, pesadillas...
- Pérdida de interés en el juego
- Enmascarando su tristeza con rabietas y mal comportamiento

#### **Edad escolar (6-11 años)**

En esta edad empieza la escolaridad y tienen otras tareas evolutivas: es un momento de menor dependencia y de más contacto exterior aparte de la familia (amigos, colegio...); tienen mas autonomía y mejor control del cuerpo así como una identidad más formada.



Emocionalmente les protege que tienen más estrategias de afrontamiento: son capaces de hacer planes de acción internos que les hacen más “invulnerables”: qué hacer, como prevenir y como deshacer lo que ha pasado, todo ello en su propia fantasía (llamar a la policía, reparar el daño, venganza al responsable....). A través de esto pueden contrarrestar los sentimientos de indefensión.

Al mismo tiempo tienen más exigencia emocional como ser más fuertes “y no llorar” o “portarse bien” o entender lo que está pasando.

#### **A esta edad reaccionan**

- Con problemas de concentración que se manifiestan en un menor rendimiento escolar: su pensamiento espontáneo es menor y las imágenes intrusivas (flashbacks) que puedan tener les lleva a problemas de concentración.
- Pueden tener estado de ánimo bajo y ansiedad con más frecuencia que en la etapa anterior.
- También experimentan culpa o identificación con la persona perdida.
- Con comportamientos regresivos, ensimismamiento, estallidos agresivos, incapacidad de compartir sentimientos con los iguales (=aislamiento social) o negación.

#### **ADOLESCENCIA**

Las tareas evolutivas en esta etapa de más autonomía empieza por aceptar los cambios biológicos, sociales y psicológicos, desarrollar la sexualidad adulta y el rol sexual adulto. Las relaciones sociales aumentan, dando más importancia a los amigos, con lo que hay más miedo al rechazo. Aparece cierta ambivalencia hacia los padres y cuestionamiento a la autoridad. Suelen tener así problemas de dependencia e independencia.

Las reacciones más frecuentes son:

- Conflictos con los padres y amigos, problemas en la clase.
- Pueden volverse sexualmente activos.
- Se auto juzgan con mucha facilidad.
- Se reactiva el pensamiento mágico de la infancia y puede aparecer culpa o auto reproche.
- La capacidad de pensamiento abstracto hace que se den cuenta de las consecuencias permanentes de lo ocurrido.
- Pueden vivir lo ocurrido como estigmatizante frente a los otros.
- La intensidad emocional de este periodo hace que repriman muchas veces sus sentimientos, que evi-

ten la confrontación y muchas veces se expresan a través de problemas de conducta creando conflictos con el entorno.

- Miedo a que se activen los propios sentimientos destructivos si lo ocurrido es violento.
- Miedo a perder el control emocional.
- Ausencia de reacciones y negación.
- Con la edad aumenta la capacidad de regular emociones y de hacer planes internos de acción que disminuye el “miedo a la repetición” (juego repetitivo).

#### **TRATAMIENTO**

Desde el inicio de la evaluación se van planteando una serie de objetivos de tratamiento:

- Corto plazo: aliviar y acelerar proceso natural de asimilación de la experiencia traumática.
- Medio plazo: prevención de secuelas psíquicas y TEPT.
- Largo plazo: Reestructuración de personalidad post-traumática alterada.

Una vez descritos los objetivos era importante reflexionar sobre como planificar y enfocar el tratamiento, y diferenciar ciertos aspectos en relación al hecho traumático y la sintomatología que facilitarían un tratamiento adecuado. Las patologías que aparecían con más frecuencia eran, sintomatología postraumática y sintomatología relacionada con la pérdida y el duelo. Tanto a nivel teórico como en la práctica profesional es necesario diferenciar el tratamiento del DUELO del tratamiento del TRAUMA.

Hablamos de TRAUMA cuando los niños han vivido una experiencia inesperada y repentina que se sale de las experiencias habituales, y a la que el cuerpo y la mente les cuesta responder y comprender y que es totalmente inesperado. El proceso que han de seguir los niños, al igual que los adultos, es ir entendiendo qué ha pasado a través de explicaciones adecuadas a su edad que se vayan integrando en su bagaje experiencial y emocional.

Llamamos DUELO al proceso que sigue una persona, niño o adulto cuando vive la pérdida de alguien o algo. En el caso del 11-M los niños que han sufrido una pérdida y están en proceso de duelo también han sufrido un trauma por lo que habrá que tenerlo en cuenta a la hora del tratamiento. Así en el momento de la intervención terapéutica se planteó trabajar primero el trauma y posteriormente el duelo.

#### **Tratamiento del trauma**

Una vez realizada la evaluación específica la línea de trabajo seguida era comenzar haciendo entrevistas fami-



8 liares donde se daban pautas a los padres de cómo reaccionan los niños ante estos acontecimientos, qué situaciones podían ser difíciles y cómo responder adecuadamente ante ellas como padres y cuidadores.

Las pautas generales dadas a los padres podrían resumirse como las siguientes:

- Comunicación con el niño/adolescente sincera, abierta, directa y calmada de tal forma y manera que se ajuste a su edad y capacidad de comprensión; siempre con el tono emocional adecuado. Han de ser las personas más próximas al niño las que deben darle tal información.
- Siempre responder a las preguntas que nos hagan sobre lo que ha pasado. Nunca mentir.
- Mantener la rutina (hábitos) de los niños / as sobre todo en sueño y comida
- Evitar separaciones innecesarias.
- Mantener un ambiente calmado y cercano en presencia del niño/a.
- Dejarle que juegue con cosas relacionadas con el suceso (por ejemplo: una ambulancia de juguete, un coche de policía,...). Esto ayuda a superarlo y a “integrarlo” en su historia de vida.
- Facilitar el encuentro con sus amigos/as y la adaptación social (sobretudo adolescentes).
- Ayudar a los niños/as a poner nombres simples a sus grandes sentimientos y darle tiempo para que asimile lo que ha pasado y “reconstruya” sus ideas; “a veces tengo un HIPO y cuando lloro y hablo de papá desaparece”
- El niño/a debe sentirse apoyado/a y querido/a.
- Si es necesario, hay que exponer la propia opinión de lo sucedido y expresar con ellos los propios sentimientos de asombro, dolor, preocupación... (sobretudo con los adolescentes)
- Evitar que vean constantemente las imágenes pero si es adolescente y quiere ver las imágenes no prohibírselo
- Fomentar los pensamientos positivos, disfrutar de las pequeñas cosas, hacer cosas que apetezcan.
- Evitar conductas violentas (sobretudo en adolescentes)
- Que comprendan ciertos síntomas como comportamientos regresivos o miedos

En muchos casos y con familias estructuradas, estas instrucciones eran suficientes para tranquilizar a los padres y así a los niños afectados.

En otros casos esto no era suficiente y se necesitaba trabajar de forma individual con el niño/adolescente afectado.

### Tratamiento Individual

Ante un trauma siempre hay caos de pensamientos, sentimientos y emociones que hay que ordenar. Los niños no tienen la capacidad verbal suficientemente desarrollada para expresar por lo que generalmente hay que optar por juegos y dibujos.

La técnica más empleada es la llamada “Debriefing” aplicada a niños. Las técnicas de tipo desahogo psicológico o “Debriefing” para niños expuestos a violencia que se ofrecen poco después del suceso traumático y que consisten en la discusión inmediata del suceso y de su impacto, promueven la expresión de sentimientos. En nuestra experiencia, facilitar al niño expresar sus emociones en un entorno terapéutico les permitió integrar la experiencia, resolver sus dudas, permitirse un espacio de desahogo sin preocuparse de dañar a los adultos y normalizar su vida. La técnica está estructurada en cuatro fases y en cada una de ellas se trabajan aspectos diferentes relacionados con el trauma.

La intervención se realiza abordando paso a paso:

1. Narración de los hechos: se les pide que relaten lo ocurrido ese día, intentando no expresar emociones o pensamientos. Se intenta facilitar a través del juego o el dibujo.
2. Pensamientos. Se trata de preguntarles acerca de los pensamientos que aparecían durante la experiencia traumática. Esta fase para los niños es muy difícil porque cuando les preguntas sobre pensamientos automáticamente relatan las sensaciones, sentimientos.
3. Sensaciones, sentimientos. Consiste en preguntar al paciente qué sentimientos experimentaba durante lo ocurrido. Preguntarles directamente qué sentían es complicado y les puede bloquear. Es mejor preguntar ¿de lo que ha pasado que es lo peor para ti? o ¿qué es lo que menos te gusta de lo ocurrido? Es muy importante que hablen de sus impresiones a través de los sentidos: olfato. Oído, tacto, vista... También se puede hacer a través del dibujo, objetos, muñecos o incluso a través de figuras de animales ¿qué animal se parece más a ti ese día? ¿cómo estaba ese animal? ¿qué hizo?....
4. Dar información de lo que les pasa con un lenguaje y contenidos adecuados a su edad, incluso a través de la fantasía o el juego y que pueden hacer cuando les pase alguno de los síntomas que tienen.

### Tratamiento Grupal

Lo expuesto arriba se puede hacer en grupo siempre teniendo en cuenta la selección de los miembros del



grupo (edad y grado de afectación similares). También es muy efectivo hacerlo desde los colegios en las clases, siempre con la supervisión de un profesional de salud mental. En el CSM de Alcalá de Henares no se hicieron intervenciones grupales con niños o adolescentes ya que los pacientes acudían de manera escalonada y tras un primer abordaje de la UM o incluso habiendo trabajado en grupo en los colegios o institutos.

### Coordinaciones

Unidad Móvil y Centro de Salud Mental: Desde los primeros momentos se estableció una coordinación semanal entre el Equipo Móvil y los profesionales encargados de atender a los niños y adolescentes afectados ubicados en Puente de Vallecas y Alcalá con los siguientes objetivos:

- Derivaciones desde la Unidad Móvil al CSM.
- Presentaciones clínicas para propiciar la supervisión.
- Espacio de formación.
- Propiciar la expresión emocional entre los profesionales para evitar el trauma vicario.

*Equipo de Salud Mental:* Compuesto por un psiquiatra y un psicólogo, se han realizado intervenciones familiares conjuntas, intervenciones paralelas con los padres y con los niños, sesiones clínicas, intercambio de documentación científica y apoyo emocional en los momentos en los que la intensidad de las respuestas emocionales lo ha hecho necesario.

*Atención primaria:* las coordinaciones se han hecho periódicamente y cuando ha sido necesario para que se conociera la existencia del equipo y para intercambio de información de pacientes.

*Salud Mental de Adultos:* cuando ha sido necesario por detectar en sus pacientes dificultades para afrontar lo sucedido en el atentado junto con sus hijos.

*Trabajador social/Servicios sociales:* las coordinaciones se han hecho cuando ha sido necesario en casos de pacientes que necesitaban ayuda de este tipo.

*Colegios:* periódicamente y cuando ha sido necesario para dar pautas de actuación en el aula y facilitar la contención si aparecía sintomatología tanto a nivel general como de pacientes concretos.

*Oficina de Ayuda a las Víctimas del Atentado* para difundir la existencia de nuestro dispositivo y haciendo evaluaciones constantes del funcionamiento de los equipos.

### Tratamiento el duelo

En los casos que ha habido una pérdida de algún familiar una vez trabajado el trauma, se iniciaba el proceso de

elaboración de duelo que había que facilitar. Todo proceso de asimilación de una pérdida pasa por etapas. En cada etapa hay unas tareas emocionales concretas.

En los niños, como en los adultos se dan estas fases aunque, como se ha dicho más arriba con sintomatología diferente al adulto. Las “tareas” según Worden son las siguientes:

1. *Aceptar la realidad de la pérdida:* cuando alguien muere siempre hay una sensación de que no es verdad, se trata de aceptar emocional y conductualmente que la pérdida es real y que la persona no volverá.
2. *Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida:* es necesario reconocer y trabajar el dolor emocional y físico que se produce en una pérdida, hay que experimentarlo como parte del proceso.
3. *Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente:* saber que no está y actuar en consecuencia (roles, tareas,...). El superviviente no es consciente del papel que ocupaba el fallecido hasta un tiempo después de la pérdida.
4. *Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo:* encontrar para el fallecido un lugar en la vida emocional y continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

### Individual

En la mayoría de los casos, como terapeutas, lo que hemos hecho ha sido lo que llamamos “facilitar” el duelo que consiste en ver si estas tareas arriba mencionadas se están realizando y si no facilitarlas. Al igual que en el tratamiento del trauma y paralelo a él se intenta que los niños hagan dibujos o jueguen contando como están o como era su padre o madre.

### Familiar

Hay ciertos casos que hemos considerado necesario trabajar el duelo a nivel familiar. Son situaciones en las que todo el núcleo familiar estaba recibiendo tratamiento individual y se consideró que la intervención sería más efectiva y normalizadora si se trabaja con la familia entera. Hay que tener en cuenta la edad de los niños, ha de ser cercana y que no haya mucho desfase en su desarrollo para que la intervención sea homogénea. Antes de empezar la intervención hay que valorar una serie de datos familiares que nos indican cómo está la familia.

Lo primero sería hacer una breve historia familiar: cómo se ha formado la familia, que situaciones han vivido, dificultades, lugares... Lo siguiente a tener en cuenta



**10** son los roles que ocupa cada miembro de la familia: quien es el cuidador, quien trabaja, quien toma las decisiones y qué rol tenía el fallecido. Las alianzas familiares es necesario valorarlas y ver los subgrupos familiares que había antes de la pérdida. En relación a la pérdida hay evaluar cómo ha sido la pérdida y como la está viviendo individualmente cada miembro de la familia y tenerlo en cuenta para intervenir.

La intervención va dirigida tanto a los adultos como a los niños de un mismo núcleo familiar. Por tanto hay que adecuar el nivel emocional de la intervención al de los niños y más en concreto al del niño más pequeño para que todos puedan participar y entiendan lo que se está trabajando. Se va a trabajar tanto el trauma como el duelo, primero es necesario trabajar el trauma para que emocionalmente se pueda integrar la pérdida.

Se planteó la intervención en cuatro sesiones de una hora de duración y una o dos sesiones más de revisión. En cada sesión hay unos objetivos y tareas emocionales que abordar. La frecuencia era cada tres semanas.

Un esquema de la intervención podría ser el siguiente:

- 1ª sesión.** Tarea: contextualizar, facilitar la realidad de la pérdida. Teniendo en cuenta la primera fase de duelo de Worden parecía importante situar a toda la familia en el mismo punto de partida. Se empezaba preguntando “como ve cada uno al otro” a través del juego o los dibujos: “elige un animal que represente a tu madre y a tu hermano, “¿de estos animales, cual eres tu?” “¿como está ahora el niño del dibujo?” “¿Qué le ha pasado?” “¿Cómo ha pasado?” “¿Cómo le gustaría estar?” “¿Qué cosas han cambiado en la vida de este animal?”... “Dibuja algo de lo que te ha pasado”. Terminar la sesión preguntando desde cuando están así.
- 2ª sesión.** Tarea: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida; trabajar el trauma. Una vez que se contextualiza, es necesario poner un inicio temporal de la situación actual, se trata de hablar de aquel momento, y de hablar del trauma de forma conjunta: “¿Cómo viviste esos días? ¿Qué te ayudo? ¿Quién te ayudo?, ¿qué os parece si hacemos un dibujo entre todos de lo que recordamos de esos días?”...
- 3ª sesión.** Tarea: adaptarse al medio en el que el fallecido está ausente pudiendo hablar todos con libertad de la persona fallecida. Es la fase en la que más se habla de la persona fallecida, se puede animar a que traigan fotos o lo que quieran que facilite el recuerdo. Se les anima a participar con preguntas ¿Como era vuestro padre? ¿Puedes dibujar que cosas hacías con él? ¿Cuándo le echas más de menos?...

**4ª sesión.** Tarea: Recolocación de roles y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Una vez trabajado lo anterior hay que volver al momento actual y pensar en el futuro sin la persona fallecida planteando cuestiones como: ¿Cómo están las cosas ahora?, ¿Qué cosas haces que antes no hacías?...

**5ª sesión:** se hacen revisiones más espaciadas en el tiempo en las que se va recolocando emocionalmente al fallecido y con el objetivo de continuar viviendo.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL ATENDIDA

A continuación exponemos una serie de datos recogidos de la evaluación realizada por la UM, y los dos equipos de refuerzo de Vallecas y Alcalá de Henares en relación con los niños y adolescentes atendidos en dichos dispositivos.

En total se evaluaron 125 niños, 25% del total de niños afectados. Acudieron de forma escalonada a los distintos dispositivos, en ocasiones por iniciativa propia y en otros casos derivados desde los centros escolares o sus pediatras.

El 88% de los niños atendidos convivían con sus padres y hermanos en el momento de la evaluación.

Del total de niños atendidos, el 54.4% niños y 45.6% niñas. La edad escolar (7-12 años) fue la edad más frecuente de consulta (46.4%), dado que muchos niños eran derivados desde el centro escolar. Entre los 13 y los 18 años consultaron un 37.6% de los niños y el 16% entre los 3 y los 6 años.

En cuanto a las circunstancias relacionadas con el atentado más de una cuarta parte de los menores sufrieron la muerte de algún familiar y el mismo porcentaje tuvieron un familiar herido. En cuanto a la exposición indirecta, el 65% vieron TV más de 1 hora al día las semanas posteriores, de ellos 30,9% tenían un familiar herido, 24,7% un familiar muerto y 16% fueron testigos.

Para el 18% de los niños, el atentado supuso cambios en su entorno: para 11 niños supuso un cambio en el núcleo familiar, para 8 un cambio de domicilio familiar y para 4 un cambio de colegio.

En cuanto a los antecedentes de los niños evaluados, la característica más frecuentemente identificada fue la presencia de estresores en los últimos 2 años (40% de los niños). Entre los estresores concurrentes más frecuentemente identificables están el fallecimiento de un familiar próximo y la precariedad laboral de los padres. El 35,2%



de los niños evaluados tenían antecedentes traumáticos previos. Entre los acontecimientos traumáticos más frecuentes destacan las experiencias de separación del niño de sus padres durante la primera infancia, la violencia familiar y la participación como testigo de otros acontecimientos traumáticos. El 25,6% presentó alteraciones del desarrollo previas pero consistieron en retrasos leves del desarrollo del lenguaje.

El 80,8 % de los niños evaluados presentaban sintomatología. La mayoría presentaban ansiedad y temores en todos los grupos de edad y en ambos sexos, así como trastornos del sueño. Las diferencias fueron significativas entre ambos sexos para los síntomas afectivos, que aparecieron con más frecuencia en los niños que en las niñas, los trastornos del sueño, los trastornos de conducta y cognitivos cuya frecuencia en todos los casos fue mayor en el sexo femenino, siendo los trastornos de conducta más frecuentes las dificultades de atención y concentración. Los trastornos de conducta más frecuentes en niñas fueron las conductas regresivas, en niños la agresividad.

## CONCLUSIONES

- Los niños tienen una sintomatología traumática diferente a la del adulto, por tanto la evaluación y la intervención ha de ser diferente y realizada por personas con formación específica en salud mental infanto-juvenil.
- El hecho de que los niños sean más dependientes del adulto y con un desarrollo cognitivo y emocional menor hace que en situaciones de trauma sean más vulnerables e indefensos. Así cuando el adulto cuidador está afectado es altamente probable que el niño o adolescente lo esté también.
- Por esta dependencia mayor, el niño no acude voluntariamente a tratamiento, y así es importante que haya una detección activa, una búsqueda activa de niños afectados tras una catástrofe. Esta búsqueda activa forma parte de la prevención.
- La intervención ha sido posible gracias al trabajo en equipo coordinado.
- No se ha hecho intervención con ningún niño herido, probablemente por dos razones: que no haya muchos niños heridos, y porque hayan sido atendidos y seguidos en los hospitales donde acudieron en la urgencia.

- La mayoría de los niños atendidos presentaron sintomatología, sobre todo síntomas inespecíficos de ansiedad.
- Aunque la demanda ha sido alta, ha sido menos de lo esperado por la Oficina Regional de Salud Mental, lo que confirma que los niños dependen del adulto para acudir a tratamiento y si el adulto está afectado esto influye al niño negativamente.
- Es importante tener equipos expertos preparados para realizar intervenciones en situación de urgencia y elaborar un plan de actuación en catástrofes que permita una organización rápida de los dispositivos.
- Los profesionales responsables de la asistencia a los afectados deben contar con un espacio de supervisión y expresión de emociones que permita minimizar el impacto de las experiencias relatadas sobre su esquema de creencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baca E, Cabanas ML. Las víctimas de la violencia. Madrid: Triacastela; 2003.
- Bowlby J. Attachment and loss, vol. III. London: Pimlico; 1998.
- Caplan G. Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós (Impresión 1980).
- CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor S.L.; 1998.
- DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S. A.; 1995.
- Dyregrov A. The process of psychological debriefing. J. Trauma Stress 1997; 10: 589-605.
- Dyregrov A. Grief in Children: A handbook for adults. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002
- Mitchell JT. Psychological debriefing: theory, practice and evidence. Cambridge University Press; 2000.
- Pérez-Sales P. Psicoterapia de respuestas traumáticas vol. I: Trauma y Resistencia. Madrid: Pfizer; 2003.
- Smith S, Pennells M. Interventions with bereaved children. London: Jessica Kingsley Publishers; 2000
- Shapiro E. Loss as a family process. New York: Guilford Press; 1994.
- Walsh F, McGoldrick M. Living beyond loss. London: W W Norton; 1991.
- Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Buenos Aires: Paidós; 1997.



## Patología postraumática en la infancia y adolescencia

---

Aunque se conoce desde hace tiempo la influencia que una experiencia altamente estresante puede tener en la cognición, comportamiento y emociones del ser humano, su estudio específico en pacientes niños y adolescentes no se comenzó a realizar de una manera sistemática hasta los años 1970.

De entre los autores que han realizado una mayor aportación en este campo destaca en un lugar muy relevante la Profra. Lenore C. Terr, cuya intervención en la conferencia de inauguración de esta Reunión brindará el broche de oro a esta mesa redonda.

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT), entidad representativa de este tipo de patología, entró a formar parte de la nomenclatura psiquiátrica moderna con la publicación del DSM-III en 1980. Desde entonces se han realizado gran cantidad de estudios los cuales han aportado nuevos y muy interesantes conocimientos sobre dicha entidad.

Aunque los acontecimientos que causan TEPT son habituales, no existen estudios epidemiológicos a gran escala que se refieran específicamente a la incidencia y prevalencia de este trastorno en niños y adolescentes de población general. Se habla de tasas de prevalencia en población general entorno al 7-8%. En muestras clínicas se han hallado proporciones muy variables: el 10-40% de

niños y adolescentes criados en barrios cargados de violencia, hasta incluso el 100% como ocurrió en la muestra de niños que sufrieron el secuestro del autobús en Chowchilla (USA), cohorte estudiada y tratada por nuestra conferenciante, Dra. Terr.

El TEPT en la infancia es una patología grave, a menudo crónica y deteriorante. Su evolución se ve influida por diferentes factores que interaccionan entre ellos: la naturaleza del factor estresante, las características intrínsecas del niño (psicopatología preexistente, la calidad del vínculo, las estrategias de afrontamiento y resistencia, la etapa evolutiva del desarrollo en la que el menor se halle) y las influencias extrínsecas que afectan al entorno y por lo tanto a su recuperación.

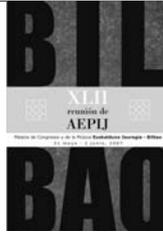
A lo largo de las distintas intervenciones que los ponentes van a ir presentando iremos abordando aspectos fundamentales de este tipo de patología.

Comenzará el Prof. Alberto Lasa presentándonos una panorámica sobre los aspectos etiológicos de la patología postraumática, haciendo especial hincapié en los siguientes aspectos:

*Revisión histórica y conceptual de términos:*

- “stress”, “traumatismo psíquico”

- Factores individuales y socio-familiares: “vulnerabilidad, riesgo y fragilidad, factores de protección”



- Realidad externa y “realidad psíquica”

*La expresión clínica del traumatismo y su delimitación diagnóstica:*

- peculiaridades de las clasificaciones actuales (trastorno reactivo-adaptativo, stress agudo y stress postraumático, fragilidad crónica)

- variedades clínicas y comorbilidades

*Factores evolutivos y pronósticos*

*Consecuencias para su tratamiento:*

- posibilidades de prevención

- intervenciones terapéuticas

A continuación la Dra. Abigail Huertas y Dña. Susana de Cruylles nos presentará su experiencia en la atención de niños afectados de patología postraumática a consecuencia del atentado de Madrid del 11-Marzo-2004.

Además de presentarnos aspectos psicopatológicos y clínicos, nos expondrán el tipo de abordaje que se ha desarrollado en la Comunidad de Madrid para la detección y tratamiento de estos niños y adolescentes, así como una breve guía de intervención terapéutica.

Continuaremos en esta mesa redonda con la intervención de la Profa. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo, quien se centrará en el tratamiento farmacológico de esta patología, resaltando las especificidades en la población infanto-juvenil. Analizará brevemente los mecanismos etiopatológicos

que subyacen a la acción de los psicofármacos, la importancia de la evaluación y el diagnóstico previos a hacer el plan de tratamiento, los pasos a dar para elaborar este plan y la toma de decisiones en función del cuadro clínico y de las características individuales del paciente.

Finalizaremos con la intervención del Dr. José Andrés Martín Zurimendi, quien presentará el programa de intervención urgente ante un incidente con múltiples víctimas desarrollado en Vizcaya. Dicho programa se ha realizado a modo de guía de intervención escalonada, en la que se detallan recomendaciones de actuación desde los primeros momentos de una catástrofe o grave incidente junto con orientaciones específicas de intervención en los distintos dispositivos asistenciales o hacia determinados grupos de población más frágiles, como es el caso de los menores de edad.

Tras un debate cerraremos la mesa, en espera de la conferencia de inauguración a cargo de la Profa. Lenore C. Terr, la cual versará sobre su enorme experiencia y sabiduría respecto del tratamiento psicoterapéutico de los niños y adolescentes afectados de patología postraumática: “Momentos mágicos de transformación: cómo la Psicoterapia puede cambiar radicalmente la infancia de un niño”.



JR. Gutiérrez Casares, S. González, J. Sánchez, B. Martín, C. León, A. Cruces, F. de Sande

## Psicofarmacología infantil: lo último en el último año

Unidad Ambulatoria de Psiquiatría Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.

---

*El "todo" es un concepto teórico. En la vida real sólo existe "la acumulación de unas partes"*  
**[The Pulgui's modification]**

La psicofarmacología de niños y adolescentes es la parcela de la psiquiatría infantil que más se ha desarrollado en los últimos años. Este desarrollo ha originado la publicación de revistas dedicadas exclusivamente al uso de psicofármacos en niño y adolescentes. Entre ellas podemos destacar el Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, el Child & Adolescent Psychopharmacology News y The Brown University Child & Adolescent Psychopharmacology Update. Además, cada año se publican numerosos artículos en revistas generales de psiquiatría infantil.

A pesar de su crecimiento la psicofarmacología infantil no ha conseguido resolver todavía los dos grandes problemas que viene arrastrando desde su inicio: la presencia de pocos estudios doble-ciego-placebo con muestras de tamaño adecuado y la no diferenciación entre niños y adolescentes. Este aspecto, el de la diferenciación de submuestra en función de la edad, es una cuestión importante ya que a pesar de que disponemos de datos evolutivos (farmacocinéticos y farmacodinámicos) que avalan la diferenciación de ambas muestras estos

resultados no se utilizan para el diseño de ensayos clínicos específicos. El poco interés por diferenciar niños de adolescentes contrasta con el marcado interés en diferenciar las muestras infanto-juveniles de las de los adultos y la publicación de notas clínicas cuyo único interés es el hecho de que el/la paciente tiene menos de 18 años ("Si bien hemos roto la barrera de los 18, nos queda mucho por recorrer para romper la de los 14 años").

Otro aspecto importante de la psicofarmacología infantil es el de la gran comorbilidad encontradas en las muestras. Quizás para el psiquiatra académico esto sea un inconveniente pero creemos que para el psiquiatra infantil clínico no es sino una ventaja ya que, por suerte, las muestras usadas en la investigación psicofarmacológica infantil son más semejantes a las que luego nos encontramos en la consulta verdadera y, por lo tanto, más útiles a la hora de extrapolar los datos. Que nos guste la presencia de comorbilidad no quiere decir que nos guste la "excesiva" comorbilidad encontradas en algunas muestras y que quizás están más relacionadas con los listados administrativos de las compañías de seguros que con los datos derivados de la clínica.

A pesar de las dificultades que plantea la prescripción de psicofármacos en niños y adolescentes su uso, con indicación aprobada o sin ella, no deja de aumentar. Por ello, el propósito de esta revisión es acercar al lector las



últimas novedades en el campo de la psicofarmacología infantil y del adolescente englobando tanto los trabajos publicados en las principales revistas científicas como las advertencias y recomendaciones para el uso de estos fármacos dadas por la Food and Drug Administration (FDA, organismo encargado de la regulación farmacológica en EEUU). Para facilitar el estudio, estructuraremos el trabajo en función de los grupos farmacológicos.

En general, podemos decir que de algo más de un centenar de artículos revisados y de varios "resúmenes" de congresos realizados durante el año 2006, y lo que va transcurrido del 2007, los grupos farmacológicos que mayor cantidad de estudios han originado son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (se les ha dedicado muchos números y mucha información extra en base a sus problemas con la suicidabilidad), los antipsicóticos de segunda generación (SGAPs) y el metilfenidato (MPH), en todas sus formas y presentaciones, junto con los estimulantes. Estos 3 grupos representan el alrededor del 75 % de los artículos originales. El grupo con una presencia más "llamativa" es el de los SGAPs ya que representan una cantidad de estudios igual, o mayor, que los ISRS pero lo consiguen sin que haya mediado en ello ninguna polémica ni ninguna advertencia específica.

### ALERTAS FARMACOLÓGICAS

Las alertas farmacológicas son llamadas de atención dirigidas desde alguno de los organismos reguladores a los psiquiatras clínicos y al público en general para hacerles sabedores de determinados acontecimientos realizados con el uso de algún fármaco. Así, En septiembre de 2005, Eli Lilly anuncia un incremento pequeño, pero estadísticamente significativo, en el riesgo de ideación autolítica en ensayos clínicos en niños y adolescentes, con su producto Strattera(r) (atomoxetina), aprobado para tratamiento del TDAH del niño y del adulto en EEUU y otros países, y de próxima aparición en nuestro mercado. No hubo casos de suicidio consumado, ni dicho efecto apareció en adultos. Esta advertencia queda recogida en el prospecto del producto.

Uno de los fármacos más debatidos en el último año ha sido modafinilo. Recibió, en este tiempo, varias notas informativas de la FDA. A pesar de que su uso fuera de indicación es bastante frecuente en EEUU, sólo se ha aprobado, hasta la fecha, en narcolepsia y en otros trastornos del sueño. En octubre de 2005, Cephalon Incorporation anuncia la aprobación inicial de la FDA para la comercialización de Sparlon(r) (modafinilo) -en

España Modiodal(r)- con indicación para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) entre los 6 y 18 años y con nuevas dosificaciones. En febrero de 2006, Cephalon Incorporation anuncia la aprobación final de la FDA para su comercialización pero se publican los datos recogidos en una revisión sobre los efectos adversos dermatológicos con 41 casos en los que fue necesaria la suspensión del fármaco. Se comunicaron casos de eritema multiforme y de Síndrome de Steven Johnson. No hubo muertes y todos los casos se resolvieron tras la suspensión del fármaco. En agosto de 2006, Cephalon anuncia la negativa de la FDA para la indicación de Sparlon(r) en el TDAH.

Otros fármacos utilizados en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que han merecido alertas son los siguientes:

La FDA alerta sobre el riesgo de hepatotoxicidad, asociado al uso de pemolina, utilizado como tratamiento de 2ª línea en el TDAH. Consideran que este riesgo es superior a los beneficios. Los fabricantes de EEUU han suspendido la producción y comercialización tras 15 casos de fallo hepático

En febrero de 2006, la FDA hace una revisión para establecer el riesgo cardíaco en relación al tratamiento con psicoestimulantes. Tras la alerta inicial de que dichos fármacos podrían provocar infartos de miocardio o muerte súbita y tras algunas consideraciones por parte del comité pediátrico de la FDA, se decidió que dicha alerta no era precisa. En las poblaciones infantiles sin tratamiento psicoestimulante la frecuencia de muerte súbita fue de 8-6.2/100000 por año; con tratamiento con anfetaminas de 0.36 muertes/ 100000; con tratamiento con metilfenidato: 0.21/100000 por año.

En junio de 2006 Novartis realizó cambios en el prospecto de su producto dexametilfenidato (FocalinXR(r)) y Glaxo Smith Kline lo hizo para su producto dextroanfetamina (Dexedrina(r)) en agosto de 2006, ninguno de ellos comercializado en España. La asociación de estos productos con la muerte súbita obligó a realizar ajustes, evitando su uso en personas con anomalías cardíacas y, por tanto, tener precaución en aquéllos con HTA, IAM reciente, arritmias ventriculares o insuficiencia cardíaca. También se han observado casos de empeoramiento de la sintomatología en pacientes con trastorno bipolar o psicosis así como conductas agresivas como efecto secundario, aunque existen numerosos estudios en los que se ha empleado el tratamiento estimulante para tratar ciertas formas de agresividad. Otra alerta, quizás la más controvertida, es la ralentización del crecimiento en los niños



4 que toman estos tratamientos, obligando a la monitorización de la talla y el peso.

Algunas de las llamadas de atención se han producido en relación a los efectos de determinados fármacos durante el embarazo fundamentalmente en relación con posibles malformaciones fetales u otras patologías del recién nacido así como con efectos sobre la madre. Así en 2005, la FDA concluyó que la exposición del feto durante el primer trimestre de gestación a paroxetina puede aumentar el riesgo de malformaciones congénitas, especialmente las cardíacas, sugiriendo que habría que cambiarlo de la categoría C a la D en la clasificación de seguridad de los medicamentos durante el embarazo. En julio de 2006, realiza 2 avisos en relación a los ISRS, basados en un estudio publicado en el Journal of the American Medical Association. En el primero se señalaba que las embarazadas que suspendían la medicación durante la gestación tienen 5 veces más riesgo de recaída depresiva antes del parto y en el segundo aviso se informaba de que las embarazadas que usan ISRS después de la semana 20 tienen 6 veces más riesgo de tener recién nacidos con hipertensión pulmonar. En junio de 2006, GSK avisa sobre el incremento de malformaciones fetales orales (defectos en labios o paladar) secundarios al uso de lamotrigina durante el embarazo, debiendo ser advertida la posibilidad de este efecto, a pacientes en edad fértil.

Otros avisos de distinta índole realizados con el uso de psicofármacos fueron. Novartis ha informado de cambios en relación con clozapina y los controles hematológicos que se deben realizar durante el tratamiento con el mismo. Será suficiente un control cada 4 semanas tras el primer año de tratamiento, tras no encontrarse evidencias de alteraciones en el recuento leucocitario. Durante el primer año, las instrucciones de monitorización permanecen igual: un control semanal durante los primeros 6 meses y un control quincenal durante los siguientes 6 meses. Por último algunos efectos secundarios a dosis normales o en sobredosis también han sido descritos. En octubre de 2006, Wyeth avisa de que su producto venlafaxina se asocia con un incremento del riesgo de muerte por sobredosis comparado con otros ISRS, aunque menor que con los tricíclicos. No obstante, parece existir ciertos factores de confusión que deben estudiarse mejor.

Un nuevo aviso advierte de la asociación de la lamotrigina con el fallo multiorgánico y con fallo hepático tanto en adultos como en niños (2/3796 casos y 4/2435 casos respectivamente), teniendo presente que dichas alteraciones han aparecido en población con pluripatología orgánica previa. Sin embargo, la seguridad y eficacia

de este producto no ha sido demostrada en menores de 18 años para tratamiento de enfermedades psiquiátricas

### ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN (SGAPS)

Como ya hemos dicho, los SGAPs representan el grupo de fármacos con mayor presencia de estudios en el último año y, además, es el más llamativo. A pesar de que se han presentado algunos ensayos clínicos bien realizados, éstos se han realizado, casi todos, con risperidona y redundan en los mismos temas habituales de los últimos años: RIS en los trastornos generalizados del desarrollo y en las alteraciones conductuales asociadas, o no, al retraso mental. Otros ensayos se han realizados sobre contenidos más novedosos pero se realizaron con un número pequeño de pacientes y de los que es difícil sacar información relevante que se pueda aplicar con soltura a la clínica práctica. La mayoría de los datos guardan relación con casos aislados o con ensayos abiertos.

Risperidona (RIS) es el SGAP con más presencia. Actualmente es el único, en nuestro país, con indicación en ficha técnica para su uso en niños en adolescentes con trastornos de conducta en autismo y en discapacidad intelectual. Magali Reyes et al presenta los datos a largo plazo sobre la utilización de RIS en niños con trastornos de conducta y con discapacidad intelectual (un CI por debajo de 84). Siguieron, sin grupo control pareado, a 48 pacientes con una edad inferior a 15 años durante el periodo de un año a continuación de haber completado una fase abierta de un año con risperidona. Como en todos los estudios realizados en esta serie (discapacidad intelectual y problemas de conducta) utilizan como escalas de valoración el Nisonger (N-Child behavior checklist), la ABC y la CGI. Casi un 70% permanecieron en tratamiento durante todo el ensayo y el 13% abandonaron por efectos adversos. Encuentran que los beneficios en el control de los síntomas se mantienen, que el aumento de peso se estabiliza a lo largo del segundo año y encuentran hay una cierta mejoría en los test de funciones cognitivas.

La utilización de RIS en las alteraciones de conducta (definidas de distintas maneras pero compatible con un diagnóstico amplio tipo "trastornos de comportamiento perturbador") es bastante abundante. Se han realizado dos revisiones sobre el uso de este fármaco en este grupo diagnóstico. Una de ellas es la Pandina, Aman y Findling y la otra la editorial especial de Jess P Shatkin. Ambas justifican el tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en el hecho de que los trastornos etiopatogé-



nicamente multifactoriales [Burke et al 2002] y que algunas familias no están capacitados para poder realizar adecuadamente todas las tareas conductuales que han sido descritas como eficaces en la literatura sobre los distintos tratamientos multimodales [Borduin, 1999; Conduct Problems Prevention Research Group, 2000; Henegeler, 1997; Schoenwald and Henegeler, 1999; Reid et al. 1999]. Debido a ello y aunque los trastornos de conducta definidos de esta forma no tienen una etiopatogenia biológica, si pueden beneficiarse del uso de fármacos; sobre todo desde que aparecen los SGAPs. RIS ya ha sido muy bien estudiada y había demostrado seguridad y eficacia en el tratamiento de los trastornos profundos del desarrollo (RUPP, 2005; RUPP, 2002) y de trastornos de conductas asociadas con discapacidad intelectual [Aman et al. 2002; Snyder et al. 2002]. Los estudios realizados hasta la fecha han involucrado a casi 800 sujetos y el todos ellos RIS a dosis de 0.02 a 0.06 mg/kg/día se ha asociado con una mejoría de los síntomas diana comparado con el placebo o con la situación basal. Los efectos adversos descritos son somnolencia, aumento de peso, cefaleas, rinitis, vómitos, dispepsia y aumento de la prolactina (la cual suele aumentar durante los primeros meses del tratamiento pero parece ser que declina a lo largo del primer año).

A pesar de que la sedación es un efecto que se cita en los artículos sobre control de síntomas conductuales, no suele describirse en los estudios que valoran las funciones cognitivas y las del aprendizaje; todo, lo contrario, algunas veces estas funciones cognitivas mejoran parcialmente (sobre todo en niños con discapacidad intelectual). A este respecto Günther et al estudian la influencia de RIS en las funciones atencionales de niños con ADHD y trastornos de conducta comórbidos y con un CI normal. Los 23 niños eran, más bien, adolescentes entre 8 y 15 años y recibían 1.5 mg/día de RIS y eran comparados, a las 4 semanas, con controles adecuadamente pareados. No pudo detectarse influencia de la medicación en ninguna de las variables neuropsicológicas pero si se observaba una disminución de la clínica conductual lo que les hace suponer que los efectos de risperidona sobre la conducta pueden ser diferentes a los efectos sobre la neurocognición y no ser debido solamente a una disminución de la actividad o a un "embotamiento" de la alerta que hace que sean más manejables.

Sataller estudia los efectos sobre la prolactina de RIS (1.5 mg/día), olanzapina (10 mg/día) y quetiapina (200 mg/día) en una muestra de pacientes que habían estado en tratamiento durante, por lo menos, seis meses.

Realizan dos determinaciones de prolactina por paciente debido a la gran variabilidad existente en las determinaciones de esta hormona y obtienen la media. Cincuenta pacientes con una edad media de 13 años fueron tratados durante un periodo medio de 22 meses. La media de prolactina en los pacientes con RIS era más alta que en los controles lo mismo ocurría con los pacientes en tratamiento con olanzapina y quetiapina. Quetiapina y olanzapina tenían niveles más bajos que risperidona. La relevancia de los efectos de la hiperprolactinemia en niños y adolescentes no está clara ya que a pesar de que en este estudio la presencia de efectos adversos eran infrecuentes sí es aconsejable realizar exploraciones dirigidas a los síntomas dianas (amenorreas, galactorreas, ginecomastias) y realizar analíticas repetidas en pacientes que van a estar en tratamientos prolongados con SGAPs y, sobre todo, con RIS.

Un aspecto novedoso de la utilización de RIS se refleja en el artículo de Joan Luby sobre su seguridad cuando se usa en niños pre-escolares con trastornos profundos del desarrollo y que se enmarca dentro de su trabajo sobre muestras preescolares con otros diagnósticos. Los niños con trastornos profundos del desarrollo toleran bien dosis bajas de risperidona sin que aparezcan efectos adversos severos, durante un periodo de 6 meses. Los efectos adversos más importantes son la ganancia de peso y la hipersalivación así como la hiperprolactinemia sin galactorrea. La comparación del grupo control con el de placebo era complicada ya que había diferencias importantes entre los grupos que se crearon al aleatorizarlos. De cualquier manera el grupo con risperidona presentó mejorías más importantes que el grupo placebo en las escalas de severidad del autismo a pesar de que ambos grupos mejoraron (3% versus 8% con relación al basal) en las medidas generales (CBCL, Vineland). Los datos no permiten sacar conclusiones adecuadas sobre el efecto diferencial de RIS sobre los síntomas nucleares o los conductuales de los niños. Parece que la tendencia iría más hacia la mejoría global del comportamiento a la mejoría específica de los síntomas nucleares del autismo.

Otros SGAPs sobre los cuales han sido publicados datos en el último año han sido quetiapina, olanzapina y aripiprazol. Ninguno de ellos tiene la indicación en ficha técnica para su uso en poblaciones infanto-juveniles. A pesar de todo, la necesidad terapéutica obliga al clínico a utilizarlos sin la indicación (Grave dilema: porque no se usan no se hacen estudios y porque no se hacen estudios no se usan). Así tanto los estudios como la práctica clínica tratan de acercar los usos aprobados en adultos a los



6 niños y adolescentes y buscan posibilidades de uso en patologías más específicas del niño tales como los TDAH, como los trastornos de conducta o los trastornos generalizados/profundos del desarrollo.

Hasta donde llega nuestro conocimiento, dos han sido los trabajos recientemente aparecidos que tratan de demostrar la seguridad y la efectividad de quetiapina en trastornos de conducta. Findling et al realizan un estudio abierto en nueve niños con trastornos de conducta en niños de 6 a 12 años en tratamiento con quetiapina (QTP) y a una dosis media de 150 mg/día y durante 18 semanas. No hubo abandonos por efectos adversos. De los nueve, 3 abandonaron por no adherencia al tratamiento y los resultados no fueron demasiado buenos ya que las medidas de eficacia no cambiaron sustancialmente en relación con la basal.

Barzman et al, del grupo de Marisa DeBello, en Cincinnati, comparan QTP y ácido valproico en el tratamiento de la agresividad e impulsividad en adolescentes con trastorno bipolar. Este grupo ya viene estudiando y publicando muy frecuentemente sobre la utilización de ambos fármacos, solos o en combinación, en el tratamiento del trastorno bipolar. Estudian adolescentes con TBP que tenían una puntuación mayor de 14 en la PANSS, que puntuaban en, al menos, uno de los ítems de subescala de "excitación" y que tenían o habían tenido un diagnóstico de trastornos de conducta o un trastorno oposicional desafiante. Estos criterios se cumplían en 33 de los 36 bipolares que estudiaron. Los pacientes fueron randomizados a QTP (400-600 mg) o a DVP (80-1210 µg/mL) durante 28 días. Los estudios estadísticos demostraron que en ambos casos había diferencia con respecto a la puntuación basal pero no había diferencias en los resultados de ambos fármacos. Concluyen que QTP y DVP muestran eficacias similares en el tratamiento de la impulsividad y de la agresión reactiva en BPD con trastornos de conducta comórbido.

Hollander et al (el Eric Hollander del "espectro obsesivo") realizan un estudio doble ciego-placebo de olanzapina en niños con trastornos profundos del desarrollo. Estudian 11 niños de 6 a 14 años randomizados durante 8 semanas de tratamiento encontrando una mejoría del 50% en la CGI para el grupo de olanzapina versus una mejoría del 20% en el grupo del placebo. Como siempre, el grupo tratado con SGAPs aumentó mucho de peso.

Se ha publicado un estudio piloto de aripiprazol (ARI) en trastornos de Gilles de la Tourette. Hasta la fecha se había descrito que era seguro en alrededor de 6 casos de adolescentes y este último año, Yoo et al informan de su

uso en 6 casos de niños y 8 adolescentes. Muestra muy escasa como para sacar conclusiones pero la idea general del trabajo es que puede representar una alternativa en el caso de efectos adversos o de falta de respuesta con otros SGAPs.

Mozes et al. Realizan un estudio abierto comparando OLZ con RIS en la esquizofrenia de inicio infantil (VEOS). Estudian 25 niños con VEOS con una edad media de unos 11 años a los que tratan con RIS (1.62±1.02 mg/día) y OLZ (8.18±4.41 mg/día) durante 12 semanas encontrando que ambos grupos tiene mejorías significativas en relación con la basal (lo cual, con los datos que ya disponíamos, debería ser obvio). Siguiendo la estela del CATIE en el grupo de OLZ completaron más el estudio (92%) que en el de RIS (70%) y presentaron mejores respuestas en las subescalas de la PANSS aunque no alcanzaron significación estadística dada el bajo número de pacientes. En casi la mitad de los casos había comorbilidades médicas y/o psiquiátricas. Las dosis de RIS eran más bajas de las habituales en la clínica cotidiana, el tiempo de seguimiento es casi el referido a un episodio agudo y no podemos extraer predictores de buena respuesta para aplicarlos a la clínica.

Pavuluri et al realizan un ensayo abierto de un año para valorar de potenciación con risperidona en jóvenes con trastorno bipolar de inicio en la infancia y que no habían respondido al litio. Estudian 38 sujetos entre los 4 y los 17 años (edad media 11.37± 3.8 años) con inicio de su trastorno bipolar en la infancia (episodio maníaco o mixto) integraban el estudio durante 12 meses. Todos los sujetos recibieron litio en monoterapia. Los pacientes que no respondían adecuadamente al litio en monoterapia después de 8 semanas y aquellos que recaían después de una respuesta inicial fueron potenciados con risperidona durante 11 meses. La Young mania rating scale fue la primera medida tomada. La respuesta se definió como una disminución del 50% desde la línea base. Los datos adicionales recogidos fueron los diagnósticos comórbidos, la historia familiar, el número de hospitalizaciones, los factores de riesgo perinatales, la historia de abusos físicos y psíquicos, la CDRSS-R, la CGI para el trastorno bipolar (CGI-BP), la C-GAS, así como los efectos adversos de la medicación. Resultados: de los 38 sujetos tratados con litio en monoterapia, 17 respondieron, mientras que 21 requirieron potenciación con risperidona. El porcentaje de respuestas en jóvenes tratados con litio más risperidona fue de 85.7%. Los predictores significativos de respuesta inadecuada al litio en monoterapia que requirieron potenciación fueron: 1) TDAH, 2) severidad



de base, 3) historia de abuso físico o sexual y, 4) edad preescolar. La combinación de litio y risperidona en estos casos fue bien tolerada y efectiva. Conclusiones: una proporción sustancial de jóvenes con historia de comienzo temprano del trastorno bipolar tratados con litio son no respondedores o parcialmente respondedores. La potenciación con risperidona en estos casos es bien tolerada y efectiva. Los predictores potenciales de no respuesta al litio identificados en este estudio pueden guiar la opción de tratamiento inicial.

#### **ANTIDEPRESIVOS (ADS)/INHIBIDORES SELETTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISSRS)**

Los ISRS representaron hace uno años unos de los aspectos más importantes de la psicofarmacología infantil en relación con las alertas sobre el riesgo suicida. A la estela de estas alertas de la FDA se produjeron una serie de estudios durante el 2005. En el último año ha sido el asentamiento de estas medidas y el desarrollo de las medidas prácticas para adaptarse a esta situación lo que ha llevado a la aparición de mucho números extras y de revisiones de los distintos aspectos ("todos o casi todos") relacionados con los ISRS. Esto originó una disminución del uso general de los ISRS en la clínica y, según opinión de algunos autores, tendrá como resultado otra serie de cifras más o menos alarmantes sobre el aumento de los suicidios consumados en la población general adolescente [Hamilton et al 2007]. Las cifras de suicidio consumado entre en edades de 1 a 19 años aumentaron hasta el 18% en 2004. En el periodo de edad de 15 a 19 años aumentaron del 7.3/100.000 al 8.2/100.000 y en las edades entre 10 y 14 desde el 1.2/100.000 al 1.3/100.000.

Además de estas alarmas relacionadas con la suicidabilidad, se han publicado datos sobre el efecto diferencial de clomipramina en los diferentes grupos de edades de comienzo de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). Ulloa et al realizan un estudio abierto de 8 semanas de duración con 15 niños y 13 adultos que recibían 50-225 mg/día para los niños y de 150-250, mg/día para los adultos. En el grupo de los niños hay más varones y más comorbilidad que en los adultos y la mejoría de la respuesta clínica era mayor que en los adultos. Todo ello hace pensar y resalta lo que ya se sabía previamente: la psicofarmacología del niño es diferente a la de los adultos.

De los ADS más recientes y siguiendo en la estela de las indicaciones de los adultos, ya se ha publicado algunos resultados del uso de duloxetina en niños con MDD

y dolor crónico pero son datos muy puntuales que informan sobre el resultado exitoso con dos niñas adolescentes con mejoría de la clínica en ambas patologías en el plazo de 3-4 meses.

Es interesante el trabajo de Portteus et al sobre la prevalencia del uso de ADS en niños y adolescentes con el diagnóstico de cáncer. Encuentran que la prevalencia de uso de los ADS en una muestra de 216 pacientes durante año de evolución post-diagnóstico es de un 10%. Los niños con menos de 12 años, con leucemia linfoblástica aguda y que recibían tratamiento radioterápico o analgésico con opiáceos tenían más probabilidades del recibir un AD (según los análisis multivariante). La prevalencia del uso de ADS en los pacientes pediátricos está muy por encima del 4-8% de la prevalencia oficial de ADS en la población pediátrica general.

Holzer y Halfon nos recuerdan la posibilidad de sangrado gastrointestinal con sertralina cuando se utiliza en adolescentes. Como otros ISRS, sertralina produce efectos adversos en el aparato gastrointestinal: náuseas, diarrea y vómitos y, como otros ISRS puede incrementar el riesgo de efectos adversos gastrointestinales. Aunque menos frecuentemente, la asociación de estos al sangrado gastrointestinal también han sido observados, generalmente bajo condiciones predisponentes y precipitantes, como tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos. Un estudio de cohortes demuestra que los ISRS incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal, a diferencia de otros tipos de antidepresivos (Dalton et al 2003).

#### **TRATAMIENTO DEL TDAH**

Como ya dijimos al comienzo de esta revisión, los fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH han recibido gran atención a lo largo de los últimos meses. Por un lado, metilfenidato en sus diversas formas de administración, estudiándose no sólo la ya conocida eficacia sino también nuevos efectos secundarios o adversos. Por otro lado, atomoxetina que también ha sido muy estudiada.

#### **ESTIMULANTES Y METILFENIDATO (MPH)**

Los estimulantes y el metilfenidato representan otro grupo importante de información farmacológica en el que se han publicado numerosos artículos y cuya novedad más importantes se han centrado en la nuevas formas de presentación que oscilan entre los pro-fármacos de las anfetaminas que se transforman en fármaco activo en el tubo digestivo tardando un tiempo prudencial por lo que se evita el efecto a corto plazo y su uso "recreativo" así como los parches de metilfenidato que permiten la utili-



## 8 zación de un sistema diferente para casos especiales.

Faber et al publican datos sobre la "gestión social de tratamientos" y en relación con los resultados de una entrevista hecha a los padres de niños holandeses sobre cómo se instauró el tratamiento con estimulantes a sus hijos. De los 924 que contestaron dijeron que la edad media de sus hijos era de 10 años y el 85% eran del sexo masculino. El 91% estaban diagnosticados de ADHD y en el 77% de los casos recibían otra terapia: 21% eran otros psicofármacos (melatonina y antipsicóticos). En la mitad de los casos el tratamiento se inició por el psiquiatra infantil. El 19% no tenía seguimiento de ningún tipo y en el 79% de los monitorizados visitaban a un médico dos veces al año.

Teicher et al estudian 5 diferentes paradigmas de administración de la dosis de 1 mg/k/día de MPH y placebo en 48 niños de 10.6±1.1 años a los que realizan pruebas cognitivas y determinaciones de niveles plasmáticos del d-y l-MPH durante 12 horas. Encuentran que la forma de administración condiciona los niveles dado que tanto los valores de absorción como los de eliminación del MPH eran dependientes del patrón de administración y, particularmente, del "bolo" de concentración inicial. Sugieren que el MPH pueda actuar sobre el sistema gastrointestinal para enlentecer la absorción del MPH adicional. La "administración pulsátil" podría producir una mejoría mayor de las medidas objetivas de atención.

Prabhuswamy et al describen el caso de un niño que presenta hipertensión cuando está en tratamiento a largo plazo con MPH y que esta hipertensión permanece cuando se suspende el tratamiento. Debemos recordar que en un estudio de Wilens et al 2005 se describe hipertensión en el 10% de los adultos sometidos a tratamiento con fármacos anti-ADHD (tanto estimulantes como no estimulantes).

### ATOMOXETINA (ATMX)

Dos trabajos en los últimos meses han estudiado la efectividad de atomoxetina sobre síntomas de TDAH en niños diagnosticados con diversos grados de trastornos profundos del desarrollo (TPD). Troost et al estudian el efecto de atomoxetina sobre los síntomas de TDAH y rasgos autísticos en 20 niños entre 6 y 14 años de edad diagnosticados de trastorno generalizado del desarrollo durante 10 semanas. EL trabajo es abierto utilizando dosis de 1,19± 0,41 mg/kg/día. Concluyen que, tras la mejoría producida en algunas de las escalas empleadas para medir la respuesta terapéutica, atomoxetina puede ser eficaz en el tratamiento de los síntomas de TDAH en

niños con TGD. Al igual que ocurre con el resto de los tratamientos del TDAH en los TPD, podría haber una mayor vulnerabilidad para padecer efectos secundarios.

Posey et al a su vez estudian la eficacia del fármaco sobre síntomas de TDAH pero en niños con TPD de alto funcionamiento. Durante 8 semanas se evalúa a 16 niños y adolescentes en tratamiento con atomoxetina con diversas escalas de medida. Se apreció mejoría significativa en algunas de éstas (ICG, SNAP-IV...) sin mejoría en CPT-Conners. Dos pacientes abandonaron por efectos secundarios. Los autores concluyen que se necesitan ensayos doble ciego-placebo (como siempre). Las conclusiones, nada arriesgadas, dejan entrever las limitaciones de este estudio, entre ellas, el carácter abierto, el bajo número de pacientes y la no presencia de grupo control.

### ANTIÉPILÉPTICOS/ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO (AEES)

Los fármacos antiépilepticos son ampliamente utilizados y han demostrado su seguridad en niños y adolescentes para tratar epilepsia. Sin embargo, es reciente su aparición en el mundo de la psiquiatría infantil. Las utilidades que se le han atribuido son fundamentalmente el trastorno bipolar y el tratamiento de la impulsividad agresiva secundaria a muy diversos diagnósticos. Varios han sido los estudios publicados durante los últimos meses a este respecto.

El grupo brasileño de Portoalegre dirigidos por el Dr Tramontina realizaron un estudio abierto midieron los efectos de topiramato sobre la ganancia de peso debida a ASG o estabilizadores del ánimo en adolescentes con trastorno bipolar en fase de mantenimiento. Tras la sustitución de estos fármacos por topiramato, los resultados presentaron mejorías en las escalas de manía y en la reducción de peso con respecto al comienzo del estudio. Si bien los autores concluyen que estos resultados preliminares señalan la necesidad de nuevos ensayos randomizados los datos son escasos y poco relevantes en lo referente al control de la manía ya que el tiempo de seguimiento es escaso. Son más útiles en lo de recordarnos que la ganancia de peso es uno de los mayores problemas "en el medio plazo" de la clínica cotidiana.

Saxena y cols. Estudian los efectos del ácido valproico sobre la agresión como manifestación psicopatológica en 24 niños y adolescentes en alto riesgo de trastorno bipolar (hijos de pacientes con BD y con diagnóstico de TDAH, MDD, ODD o ciclotimia). Valproato resultó efectivo según la escala utilizada para medir la agresión (OAS) pero los niveles de valproato no correla-



cionó con la respuesta al tratamiento. El sexo y la edad de los pacientes no fueron predictores de buena respuesta

### OTROS GRUPOS FARMACOLÓGICOS

Se han descrito muchos datos aislados sobre el uso de fármacos anti-demenia en el tratamiento de los problemas generales del TDAH, TPD y en las discapacidades intelectivas. Findling et al estudian la seguridad, tolerabilidad, farmacocinética y efectividad de la memantina en pacientes pediátricos con TDAH tipo combinado. El estudio concluye que el tratamiento con memantina a dosis de 20mg/día puede ser seguro y posiblemente efectivo en el tratamiento del TDAH infantil. Heller et al estudian la seguridad y eficacia de rivastigmina en adolescentes con síndrome de Down y encontraron mejorías significativas en las funciones adaptativas, atención y lenguaje. La mejoría en el desarrollo del lenguaje se superponía con otros niveles funcionales. Nicholson et al realizan un estudio abierto de galantamina en el trastorno autístico y encuentra que fue bien tolerada, sin efectos adversos significativos. Owley et al publican un ensayo abierto, prospectivo de la memantina en el tratamiento de las alteraciones cognitivas, de conducta y de memoria de los trastornos generalizados del desarrollo y concluyen que memantina puede ser empleada en el tratamiento de la funcionalidad de la memoria y algunos síntomas conductuales en los trastornos generalizados del desarrollo. Los investigadores no vieron el mismo grado de cambio respaldado por los cuidadores. Se necesita más estudios para clarificar estos hallazgos preliminares.

### RESUMEN

El mejor resumen de este taller es el artículo de Dean et al en el que revisan la utilización de medicación psicotrópica en los servicios de salud mental en niños y adolescentes. Realizan una revisión retrospectiva de 122 pacientes ingresados y 126 ambulatorios seguidos en un equipo de salud mental infanto-juvenil en Brisbane, Australia. Los pacientes ingresados recibieron más medicación psicotrópica que los pacientes ambulatorios (71% vs 25%;  $p < 0.01$ ). Los pacientes que recibieron medicación tenían mayor edad, tenían ingresos más largos, y cuadros clínicos más complejos (incluyendo historia de abuso físico o sexual y mayos número de diagnósticos). Los ISRS fueron el tipo de medicamentos más frecuentemente empleados (44% de pacientes ingresados; 14% de pacientes ambulatorios), indicados principalmente en trastornos del humor (31%); fueron frecuentemente usados en pacientes con alto riesgo suicida. Los SGAPs tam-

bién fueron más usados pacientes ingresados (23% vs. 3% ambulatorios), principalmente en alteraciones de conducta. La mitad de los que recibieron medicación (51%) recibieron polifarmacia (más de un fármaco), con más de 4 medicaciones puestas a la vez. Los porcentajes de polifarmacia fueron mayores entre los pacientes que tomaban antipsicóticos.

### BIBLIOGRAFÍA.

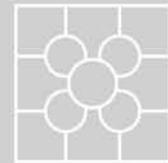
- Aman MG, De Smedt G, Derivan A, Lyons B, Findling RL: Risperidone Disruptive Behavior Study Group: Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *Am J Psychiatry* 159:1337-1346, 2002.
- Barzman DH, DelBello MP, Adler CM, Stanford KE, Strakowski SM. The efficacy and tolerability of quetiapine versus divalproex for the treatment of impulsivity and reactive aggression in adolescents with co-occurring bipolar disorder and disruptive behavior disorder(s). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(6):665-670. [74]
- Borduin CM: Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:242-249, 1999.
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B: Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1275-1293, 2002.
- Conduct Problems Prevention Research Group: Merging universal and indicated prevention programs: The fast track model. *Addictive Behav* 25:913-927, 2000.
- Dalton SO, Johansen C, Mellekjær L, Norgard B, Sorensen HT, Olsen JH: Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal tract bleeding: A population-based cohort study. *Arch Intern Med* 2003, 163:59-64.
- Dean AJ, McDermott BM, Marshall RT. Psychotropic medication utilization in a child and adolescent mental health service. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16():273-285. [30]
- Faber A, Kalverdijk LJ, de Jong-van den Berg LTW, Hugtenburg JG, Minderaa RB, Tobi H. Parents report on stimulant-treated children in the netherlands: Initiation of treatment and follow-up care. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):432-440. [45]
- Findling RL, McNamara NK, Stansbrey RJ, Maxhimer R, Periclou A, Mann A, SM Graham. A pilot evaluation of the safety, tolerability, pharmacokinetics, and effectiveness of memantine in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder combined type. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007, 17(1):19-33 [59]
- Findling RL, Reed MD, O'Riordan MA, Demeter CA, Stansbrey RJ, McNamara NK. A26-week open-label study of quetiapine in children with conduct disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007, 17(1):1-9. [91]
- Hamilton BE, Minino AM, Martin JA et al. Annual summary of vital statistics: 2005. *Pediatrics* 2007, 119(2):345-360
- Heller JH, Spiridigliozzi GA, Crissman BG, Sullivan JA, Eells RL,



- Doraiswamy M, Krishnan KR, Kishnani PS. Safety and efficacy of rivastigmine in adolescents with Down syndrome: A preliminary 20-Week, Open-label study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(6):755-765 [93]
- Henegeler S: Treating serious anti-social behavior in youth: The MST approach. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1997.
  - Holzer L, Halfon O. Sertraline and gastrointestinal bleeding in an adolescent girl. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(1-2):1-2. [01]
  - Luby J, Mrakotsky C, Stalets MM, Belden A, Heffelfinger A, Williams M, Spitznagel E. Risperidone in preschool children with autistic spectrum disorders: An investigation of safety and efficacy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(5):575-587. [64]
  - Mozes T, Ebert T, Michal SE, Spivak B, Weizman A. An open-label randomized comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of childhood-onset schizophrenia. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):393-403. [42]
  - Nicolson R, Craven-Thuss B, Smith J. A prospective, open-label trial of galantamine in autistic disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(5):621-629 [59]
  - Olfson M, Blanco C, Liu L, Moreno C, Laje G: National trends in the out-patient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:679-685, 2006.
  - Owley T, Salt J, Guter S, Grieve A, Walton L, Ayuyao N, Leventhal BL, Cook EHD. A prospective, open-label trial of memantine in the treatment of cognitive, behavioral, and memory dysfunction in pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(5):517-524 [59]
  - Pandina GJ, Aman MG, Findling RL. Risperidone in the management of disruptive behavior disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):379-392. [41]
  - Pavuluri MN, Henry DB, Carbray JA, Sampson GA, MW Naylor, PGJanicak. A one-year open label trial of risperidone augmentation in lithium nonresponder youth with preschool-onset bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 15(3):336-350 [36]
  - Portteus A, Ahmad N, Tobey D, Leavey P. The prevalence and use of antidepressant medication in pediatric cancer patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):467-473. [48]
  - Posey DJ, Wiegand RE, Wilkerson J, Maynard M, Stigler KA, McDougle CJ. Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(5):599-610. [67]
  - Reid JB, Eddy JM, Fetnow RA, Stoolmiller M: Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *Am J Community Psychol* 27:483-517, 1999.
  - Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med* 347:314-321, 2002.
  - Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network: Risperidone treatment of autistic disorder: Longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. *Am J Psychiatry* 162:1361-1369, 2005.
  - Reyes M, Croonenberghs J, Augustyns I, Eerdeken M. Long-term use of risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: Efficacy, safety, and tolerability. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(3):260-272. [29]
  - Saxena K, Howe M, Simeonova D, Steiner H, Chang K. Divalproex sodium reduces overall aggression in youth at high risk for bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(3):252-259. [55]
  - Schoenwald SK, Henegeler SW: Treatment of oppositional defiant disorder and conduct disorder in home and community settings. In: *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, Quay HC, Hogan AE, eds. New York: Kluwer Academic/Plenum, pp 475-493, 1999.
  - Shatkin JP. Elucidating the role of risperidone in the treatment of disruptive behavior disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):377-378. [40]
  - Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A, Risperidone Conduct Study Group: Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41:1026-1036.
  - Staller J. The effect of long-term antipsychotic treatment on prolactin. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(3):317-326. [34]
  - Teicher MH, Polcari A, Foley M, Valente E, McGreenery CE, Chang WW, McKay G, Midha KK. Methylphenidate blood levels and therapeutic response in children with attention-deficit hyperactivity disorder I. Effects of different dosing regimens. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):416-431. [44]
  - Tramontina S, Zeni CP, Pheula G, Rohde LA. Topiramate in adolescents with juvenile bipolar disorder presenting weight gain due to atypical antipsychotics or mood stabilizers: An open clinical trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007, 17(1):129-134. [55]
  - Troost PW, Steenhuis MP, Tuynman-Qua HG, Kalverdijk LJ, Buitelaar JK, Minderaa RB, Hoekstra PJ. Atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with pervasive developmental disorders: A pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(5):611-619. [67]
  - Ulloa RE, Nicolini H, Avila M, Fernández-Guasti A. Age onset subtypes of obsessive compulsive disorder: Differences in clinical response to treatment with clomipramine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007, 17(1):85-93. [98]
  - Wilens TE, Hammerness PG, Biederman J, Kwon A, Spencer TJ, Clark S, Scott M, Podolski A, Ditterline JW, Morris MC, Moore H: Blood pressure changes associated with medication treatment of adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psych* 66:253-259, 2005.
  - Yoo HK, Kim JY, Kim CY. A pilot study of aripiprazole in children and adolescents with Tourette's disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006, 16(4):505-506. [55]



**XLII**  
reunión de  
**AEPIJ**



Palacio de Congresos y de la Música **Euskalduna Jauregia - Bilbao**  
**31 mayo - 2 junio, 2007**



# BIENVENIDA

Es para nosotros un honor y un placer celebrar la 42 reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil en nuestra ciudad, Bilbao.

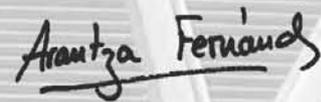
Hemos elaborado un programa científico de alta calidad que nos aportará, sin duda, nuevos y muy valiosos conocimientos para nuestra práctica clínica. Para ello contamos con la colaboración de diferentes ponentes, expertos todos ellos en los temas que van a presentar.

En las mesas redondas abordaremos tres temas diferentes de gran actualidad: Patología Postraumática, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Psiquiatría Transcultural.

Completaremos el programa científico con tres talleres teórico-prácticos, las conferencias inaugural y de clausura; y un curso específico de actualización en el TDAH. Todos ellos serán impartidos por expertos de reconocido prestigio nacional e internacional. Además reservamos una sala especial para la presentación de las comunicaciones libres.

Y como cabía esperar, en una ciudad acogedora, dinámica, cultural y gastronómica como la nuestra, no nos hemos olvidado de estos aspectos. En el programa podréis encontrar más detalles, pero sólo un último consejo: traed ropa de gala, pero también de deporte (para los más intrépidos), queremos ofrecer una "dinámica" visita alrededor de la ría.

Esperamos que todos disfrutéis con la calidad científica de la reunión, pero también con la compañía de los buenos amigos de la AEPIJ y del tiempo libre en Bilbao, una ciudad amable y atractiva.



*Arantza Fernández Rivas  
Presidenta del Comité Organizador*

## COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidenta:** Dra. Arantza Fernández Rivas

**Vicepresidenta:** Dra. Marisa Guadilla Fernández

**Vocales:** Dra. Pilar Aisa de la Rica

Dra. Carmen Alvarez Sánchez

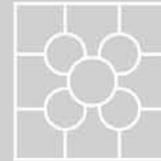
Prof. Miguel Angel González Torres

Dra. Arantxa Mugica Eizmendi

Dr. Rubén de Pedro Ullate

Dr. Eduardo Ruiz Parra

## Reconocimiento de interés sanitario para actos científicos



Osakidetza  
Servicio vasco de salud



BASURTUKO OSPITALEA  
HOSPITAL DE BASURTO



JANSSEN-CILAG

### Secretaría Técnica

Lubeck 99, S.L. • c/ Santa Isabel, 14  
28224 Pozuelo de Alarcón • Madrid (Spain)  
Teléfonos: +34 91 352 15 26 +34 91 715 72 44  
Fax +34 91 715 43 03  
E-mail: [lubeck@lubeck99.com](mailto:lubeck@lubeck99.com)  
Web: [www.lubeck99.com](http://www.lubeck99.com)

**Jueves, 31 de mayo****SALA A-3:**

**16:30-17:00** ENTREGA DE DOCUMENTACION. BIENVENIDA.  
COLOCACION DE POSTERS

**17:00-19:30** TALLERES DE FORMACION (TEORICO  
PRACTICOS)

“Gestión y Calidad en Servicios Sanitarios”.  
**Profra. Elena Sánchez** (Bilbao)

“Lectura crítica de artículos científicos”.  
**Dr. Antonio Escobar** (Bilbao)

“Psicofarmacología infantil: lo último en el último año”.  
**Dr. José Ramón Gutiérrez-Casares** (Badajoz)

**Viernes, 1 de junio****SALA A-1:**

**9:00-11:30** MESA REDONDA : “PATOLOGIA  
POSTRAUMATICA EN LA INFANCIA Y  
ADOLESCENCIA”

**Moderador: Dra. Arantza Fernández Rivas**  
(Bilbao)

Aspectos etiológicos de la patología postraumática.

**Prof. Alberto Lasa** (Bilbao)

Clínica postraumática tras una catástrofe:  
Madrid, 11M-2004.

**Dra. Abigail Huertas, Dña. Susana de Cruylles**  
(Madrid)

Tratamiento farmacológico: especificidades en  
población infanto-juvenil.

**Profra. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo** (Madrid)

Programas de intervención urgente ante un  
incidente con múltiples víctimas.

**Dr. José Andrés Martín Zurimendi** (Bilbao)

**11:30-12:00** Café



**12:00-12:15**

**INAUGURACION OFICIAL DE LA 42 REUNION DE LA AEPIJ**

**12:15-13:00**

**CONFERENCIA INAUGURAL**

“Momentos mágicos de transformación: cómo la Psicoterapia puede cambiar radicalmente la infancia de un niño”.

**Profra. Lenore C. Terr** (Universidad de California, San Francisco. USA)

**13:00-13:30**

**DEBATE**

**13:30-15:00**

**Comida de trabajo**

**15:00-17:00**

**MESA REDONDA: “PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL: INMIGRACION Y CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA”**

**Moderador: Prof. Joseba Achótegui** (Barcelona)

Inmigración y necesidades de asistencia psiquiátrica en población infanto-juvenil.

**Dra. Teresa Guerra** (Cádiz)

Consecuencias psicológicas del proceso migratorio en las relaciones intrafamiliares.

**Dña. Soledad Bermann** (Barcelona)

Estrés crónico y salud mental en los menores inmigrantes.

**Dra. Dori Espeso** (Barcelona - Girona)

Atención de niños y adolescentes migrantes y refugiados. Aspectos psicoantropológicos y psicopatológicos.

**Dr. Rachid Bennegadi** (París)

**17:15-19:15**

**MESA REDONDA: “TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA: ABORDAJE TERAPEUTICO”**

**Moderador: Prof. Mariano Velilla** (Zaragoza)

Tratamiento grupal.

**D. Eduardo Paolini** (Madrid)

Tratamiento psicofarmacológico.

**Dr. Manuel Mateos** (Burgos)

Tratamiento hospitalario.

**Dr. Eduardo Ruiz** (Bilbao)

Motivación para el cambio y respuesta terapéutica

**Dra. Josefina Castro** (Barcelona)

**SALA A-2:**

- 09:00-11:30** MESAS DE COMUNICACIONES LIBRES
- 11:30-12:00** Café
- 12:00-13:30** MESAS DE COMUNICACIONES LIBRES
- 13:30-15:00** Comida de trabajo
- 15:00-19:15** MESAS DE COMUNICACIONES LIBRES
- 19:30** ASAMBLEA GENERAL DE AEPIJ
- 22:00** CENA DE GALA  
**MUSEO GUGGENHEIM:** buffet y visita privada

**Sábado, 2 de junio****SALA A-1**

- 09:00-11:00** CURSO DE ESPECIAL RELEVANCIA: Prof. Russell Barkley.  
"Marco teórico, e implicaciones clínicas y terapéuticas del TDAH"  
**Prof. Russell A. Barkley** (SUNY Upstate Medical University in  
Syracuse, New York , USA)
- 11:00-11:30** Café
- 11:30-13:00** CURSO DE ESPECIAL RELEVANCIA: Prof. Russell Barkley.
- 13:00-14:15** CONFERENCIA DE CLAUSURA  
"El adolescente y la familia del siglo XXI". **Prof. D. Javier Elzo**  
(Bilbao)
- 14:15-14:30** ENTREGA DE PREMIOS
- 14:30** CEREMONIA DE CLAUSURA DE LA 42 REUNION DE AEPIJ

Estimados compañeros,

Es para mí un auténtico placer presentaros a todos vosotros el fruto del esfuerzo conjunto que este número monográfico representa puesto que está destinado a la publicación del trabajo científico de la XLII Reunión de la AEPIJ: talleres, mesas redondas, comunicaciones libres y pósteres.

Como Presidenta del Comité Organizador de la Reunión quisiera agradecer a todos vuestra participación con la presentación de estos trabajos. Y más especialmente aún a los ponentes de talleres o mesas redondas y a los moderadores, por haber respondido tan positivamente; todos sabemos el trabajo que conllevan sus presentaciones, y mucho más el tenerlas preparadas con la antelación que nosotros les hemos solicitado. Muchas gracias a todos.

Quisiera destacar que este año hemos incorporado algunas modificaciones respecto al sistema de selección de los trabajos galardonados con el premio a la mejor comunicación y al mejor póster. En esta ocasión solamente los resúmenes que han solicitado concursar para premio, y cuyos trabajos versaban sobre alguno de los temas de las tres mesas redondas (Patología Postraumática, Psiquiatría Transcultural o Trastornos de la Conducta Alimentaria), han sido preseleccionados y evaluados por la Comisión Científica de la AEPIJ. Tras esta valoración la Comisión ha realizado la selección de finalistas a premio para el mejor póster y la mejor comunicación, los cuales aparecen también publicados en su respectivo apartado. Durante la celebración de la XLII Reunión los trabajos finalistas serán defendidos y la Comisión Científica otorgará al mejor de cada categoría el premio correspondiente.

La participación en la presentación de comunicaciones y pósteres ha sido muy numerosa. Se han presentado más de un centenar de trabajos que abordan un amplio abanico de temas. Ello refleja el compromiso de los asistentes a la Reunión por el trabajo científico, la investigación y la formación especializada continuada.

Gracias a todas estas exposiciones, a los talleres y las mesas redondas podremos obtener una exhaustiva panorámica del presente de la clínica e investigación de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente en España.

Finalizo reiterando mi agradecimiento a todos los participantes a la Reunión, a los que presentáis vuestros trabajos o ponencias y a los que acudís con vuestra presencia e interés. A todos esperamos poder acogerlos con cariño y colaborar a que disfrutéis de una grata estancia en nuestra querida ciudad.

**Arantza Fernández Rivas**  
**Presidenta del Comité Organizador**  
**XLII Reunión de AEPIJ**



## **ARIPIPRAZOL COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA JUVENIL EN MUJER MENORES DE 18 AÑOS. APROPOSITO DE 4 CASOS**

**Quintero-Gutiérrez del Álamo FJ\***; **García-Campos N\*\***; **Aragón M\*\*\***; **Loro M\*\*\*\***; **Campos JA\*\*\*\*\***; **Quintero-Lumbreras FJ\*\***,\*\*\*.

\*Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid. \*\*Clínica Doctor Quintero. Madrid. \*\*\*Instituto Neuroconductual de Madrid. \*\*\*\*Hospital Universitario de Guadalajara. \*\*\*\*\* Hospital General de Segovia.

**Introducción.** El tratamiento de la Esquizofrenia durante la infancia y la adolescencia, supone un reto complejo para el psiquiatra infanto-juvenil. Ha de tener en cuenta muchos factores, donde la eficacia del tratamiento debe estar a la cabeza de las prioridades, pero también debe tener en cuenta los diversos y posibles riesgos asociados, en especial los efectos secundarios metabólicos y el sobrepeso.

El Aripiprazol presenta un mecanismo de acción único hasta la fecha, el actuar como un agonista parcial de Dopamina, como agonista parcial 5-HT1A y Antagonista 5-HT2A, sitúa a esta molécula como un modulador de la Dopamina y de la Serotonina. En este sentido el Aripiprazol, parece ser una alternativa, aunque se dispone de poca información en esta franja de edades (Gibson et al, 2007; Biederman et al, 2005).

**Objetivo y Método.** Se revisaron las historias de 4 pacientes menores de 18 años diagnosticadas de Esquizofrenia o Trastorno Esquizofreniforme, a las que se les había introducido Aripiprazol en su pauta de tratamiento, buscando el efecto, la eficacia y tolerancia del tratamiento. En 3 de los 4 casos, las pacientes habían tomado otro antipsicótico de manera previa, discontinuándose el tratamiento previo por efectos secundarios.

**Resultados.** En tres de los 4 casos la respuesta fue satisfactoria. En cuanto a los efectos secundarios, solo en uno de los casos fueron mantenidos en el tiempo y aconsejaron la discontinuación del tratamiento.

En la presentación de este trabajo se discute la evolución de cada uno de los casos.

**Conclusiones.** El Aripiprazol puede ser un tratamiento de utilidad también en menores de 18 años que padezcan esquizofrenia o trastorno Esquizofreniformes. Somos conscientes de la escasa muestra, pero son también escasas

las referencias publicadas en relación a este tratamiento, salvo un trabajo de Gibson, con unos 40 casos en la literatura se han presentado casos sueltos. El que la muestra sea homogénea, también es importante.

Son necesarios mas estudios que confirmen estas tendencias.

### **Bibliografía.**

- Gibson AP, Crismon ML, Mican LM, Fischer C. Effectiveness and tolerability of aripiprazole in child and adolescent inpatients: a retrospective evaluation. *Int Clin Psychopharmacol.* 2007 Mar;22 (2):101-5.
- Biederman J, McDonnell MA, Wozniak J, Spencer T, Aleardi M, Falzzone R, Mick E. Aripiprazole in the treatment of pediatric bipolar disorder: a systematic chart review. *CNS Spectr.* 2005 Feb;10(2):141-8.



## POSTERS LIBRES

### 2 INTERVENCIÓN ENFERMERA CON ADOLESCENTES CON ALTERACIÓN DE CONDUCTA

Susana Marqués Andrés, Lurdes Barrasa Santamaria, Mila Amundarain Lejarza, Mertxe Landa Aqueche  
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao

**Introducción.** El trastorno de conducta es un patrón repetitivo y persistente de conductas agresivas, desafiantes o antisociales. Es una de las formas más frecuentes de alteración psiquiátrica en niños y adolescentes, estable a lo largo del tiempo, pudiendo aumentar en la adolescencia. Los padres y maestros expresan dificultad acerca del manejo de la conducta de estos chavales. Este trastorno supone una violación de las normas sociales y/o de los derechos de los demás, siendo característico la intolerancia a la frustración, la impulsividad y no saber esperar para conseguir lo deseado, la tendencia a la hostilidad, el descontrol de impulsos y la búsqueda de sensaciones.

**Objetivo.** Exponer las intervenciones enfermeras con los adolescentes ingresados.

**Desarrollo.** La intervención ha de ser precoz para disminuir la prevalencia y es necesario un cambio más estructural a nivel familiar y siendo conscientes de que lo aprendido por los adolescentes no es posible desaprenderlo en 13 ó 15 días de ingreso. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad para comportamientos antisociales, pero afirmaciones como “todavía es joven” pueden ser una forma de negar la evidencia.

La evaluación de la intervención efectuada se realiza con un instrumento de elaboración propia para conocer la satisfacción de los chavales con las intervenciones enfermeras y su aplicabilidad.

**Conclusiones.** El entrenamiento en habilidades sociales en el amplio sentido de la palabra promueve comportamientos prosociales, desarrollando la empatía y utilizándola como factor modulador.

### NORMALIZACIÓN EN LA INGESTA Y MEJORA PONDERAL EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Centeno Peñalba ME, Herrero Terradillos ML, Ibarra Arregui L, Muñoz García JE, Mur Luis JF.  
Hospital de basurto. Bilbao.

**Introducción.** Se realiza la revisión de historias de una muestra de 32 pacientes (31 chicas y 1 chico), ingresadas con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, durante un periodo de tiempo comprendido entre junio del 2003 a diciembre del 2006. Se comprueba que todas las pacientes presentan pautas de alimentación inadecuadas, con nula o escasa ingesta y en la mayoría de los casos, un índice de masa corporal por debajo del mínimo considerado saludable (18 kg/m)

**Objetivo general.** Comprobar que en un máximo de 10 días, el 75% o más de los casos revisados, realizan una ingesta completa que mantienen durante todo el ingreso y al momento del alta más del 50% alcanza el peso mínimo saludable.

**Desarrollo.** Se recogen los datos de las diferentes historias de las 32 pacientes sobre el número de días que tardan desde la fecha del ingreso hasta que realizan una ingesta completa (comen todo lo que se les pone sin opción a elegir) y el índice de masa corporal al ingreso, para comprobar la mejora ponderal, se compara con el que la paciente presenta al alta.

**Conclusiones.** Se comprueba tras el estudio estadístico correspondiente, que el 84% de la muestra (27/32 pacientes) realizan una ingesta completa antes de los 10 días y que al alta el 78% de las pacientes (25/32) alcanzan un índice de masa corporal dentro de los límites considerados saludables.

Consideramos que los resultados obtenidos son producto de las actuaciones que, todos al unísono, tanto personal hospitalario como familiar como sobre todo de la propia paciente, realizamos con un único propósito, el de su recuperación.



## ATENCIÓN PREVENTIVA EN SITUACIONES DE DUELO

Granada Jiménez O\*. Yagüe Alonso AI\*. Rodríguez Mas MT\*\*.

\*Psiquiatra. \*\*ATS. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Toledo

**Introducción.** La intervención en situaciones de duelo es cada vez más frecuente en la consulta de psiquiatría. La trascendencia de la muerte se extiende más allá de la respuesta individual y se enmarca en un contexto social cuyas normas condicionan la “conducta adecuada” en estas circunstancias (ritos funerarios) así como la demanda creciente de atención por profesionales de salud mental.

**Objetivo.** Pretendemos reflexionar sobre las intervenciones preventivas a través de técnicas grupales en la atención a niños en situación de duelo que no han desarrollado psicopatología.

**Desarrollo.** Revisando la bibliografía, una de las estrategias recomendadas en situaciones de pérdida son las técnicas grupales. Siguiendo estas indicaciones describimos el trabajo desarrollado con un grupo homogéneo de 6 niños de 6 a 12 años de edad, que solicitan atención tras sufrir la pérdida súbita de un familiar de primer grado ocurrida en los 3-6 meses previos a la consulta, que no manifestaban psicopatología en el momento de ser atendidos. Se programaron 8 sesiones con niños y padres en grupos diferenciados.

**Conclusiones.** Confusión y patología nacen de ocultar información e inhibir la expresión de sentimientos. Ante la demanda de intervención profesional en estas situaciones en las que no existe psicopatología manifiesta, la respuesta que se ofrece en muchas ocasiones es la “no-intervención” por considerar la reacción como “normal”. No obstante el diseño de estrategias grupales permite beneficiar a los pacientes del efecto facilitador del grupo en la adaptación a lo ocurrido y así evitar una evolución desfavorable.

Planteamos la conveniencia de desarrollar estas iniciativas preventivas en un ámbito de atención no especializado que ayude a normalizar el proceso.

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO INFANTIL y SPECT

\*Sánchez Lequerica A., \*\*Urgelés Puertolas D., \*\*\*Espliego Felipe A., \*\*\* Adán Man\_s J., \*\*\*\*Sánchez Mascaraque P.

\* Médico adjunto. S. psiquiatría Fundación Jiménez Díaz. Madrid \*\* Psiquiatra adjunto Clínica N. S. de La Paz. Madrid. \*\*\* MIR Psiquiatría H.U. La Princesa. Madrid \*\*\*\*Médico Adjunto S. Psiquiatría Infantil H. Gregorio Marañón. Madrid

**Introducción:** Se calcula que entre un 30% y un 50% de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.) debutarán en la infancia. El creciente empleo de técnicas de imagen cerebral funcional en el estudio del T.O.C. ha implicado determinadas regiones cerebrales con una mayor consistencia. La mayor parte de los resultados de los estudios en adultos con SPECT (Tomografía computarizada por emisión de fotón único) y FSCR (Flujo Sanguíneo Cerebral Regional) arrojan diferencias entre pacientes y controles así como en el grupo de pacientes antes y después del tratamiento.

En la mayor parte de los estudios se han descrito dos áreas de actividad funcional anormalmente elevada: la región orbital de la corteza frontal y el núcleo Caudado.

**Objetivos:** Pese a que bastantes estudios han tratado de identificar la fisiopatología del T.O.C. mediante el empleo de técnicas de imagen cerebral estructural/funcional, tan sólo una ínfima parte de estos se ha llevado a cabo en población infantil.

**Desarrollo:** Aportamos el caso clínico de un paciente de 12 años con este diagnóstico; se muestran las imágenes de SPECT antes y después del inicio de tratamiento. Se constatan las alteraciones encontradas en la literatura antes del inicio del tratamiento y como dichas anomalías han desaparecido a los 6 meses de la terapia, en el momento en el que nuestro paciente se encontraba asintomático.

**Conclusiones:** Pese al razonable número de estudios de neuroimagen realizados, las bases fisiopatológicas de este trastorno permanecen todavía sin aclarar. Futuros ensayos en población infantil podrían favorecer un mayor conocimiento de este trastorno.



## POSTERS LIBRES

### 4 INHIBIDORES DE LA MONOAMINO-OXIDASA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL, UN TERRENO DESCONOCIDO

Sugranyes G, Morer A, Font E, Sánchez-Gistau V, Baeza I, Lázaro L.

Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona

**Introducción.** La fobia social tiene un pico de debut en la adolescencia, no siendo infrecuente el comienzo infantil, sin embargo existen muy pocos estudios específicos de tratamiento en estos grupos de edades. Se ha demostrado que entre el 25 y 45% de los pacientes no responden a la primera línea de tratamiento. Ningún tratamiento ha demostrado ser más eficaz que la fenelcina en la fobia social, por lo que parecería una opción razonable en pacientes que no hayan respondido a otras estrategias terapéuticas.

**Objetivo.** Replantear el uso de IMAOS en la fobia social refractaria en población infanto-juvenil. Se presenta el caso de una paciente de 17 años sin repuesta a tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos y terapia cognitivo-conductual, tanto en monoterapia como en combinación, en la que se decide iniciar tratamiento con fenelcina.

**Desarrollo.** La paciente toleró adecuadamente el tratamiento y experimentó un incremento considerable en la escala de mejoría CGI. La respuesta terapéutica también se reflejó en la escala LSAS. La respuesta clínica inicial se mantuvo durante el periodo de seguimiento de 6 semanas.

**Conclusión.** Los IMAOS deben ser considerados en los casos de fobia social refractaria. En la gran mayoría de los estudios los inconvenientes de este tratamiento son más que compensados por su potencial utilidad en el tratamiento de los casos de ansiedad social resistente. Son necesarios estudios amplios y controlados para proseguir en el estudio del tratamiento de este trastorno, responsable de una importante limitación funcional, riesgo de complicaciones y comorbilidad en los pacientes afectos, en especial cuando el debut es precoz.

### CURSO Y PRONÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Espliego Felipe A., Adán Manés J.

Hospital Universitario La Princesa. Madrid

E-mail: anaesplifeli@yahoo.es

**Objetivos.** Aproximación al problema evolutivo y pronóstico de la bulimia nerviosa (BN).

**Método.** Se muestran descriptivamente los datos de comparativa pronóstica de los diferentes TCA identificando la literatura anglosajona y castellana más relevante metodológicamente desde 1970, a través de búsquedas en Medline de los términos meSH: eating disorders, bulimia nervosa, course, outcome, prognostic.

#### Resultados:

- El porcentaje de recuperación completa, a los 7,5 años, es del 33,7% para la AN frente al 73,8% para la BN; de recuperación parcial del 83,7% frente al 99% y de recaída, del 40 % frente al 35,3%.

- Continúan cumpliendo criterios diagnósticos a los 5 años, el 9% de los TA y el 15% de los BN con ausencia completa de síntomas durante el seguimiento, en el 77% frente al 41% respectivamente.

- Los resultados son más favorables para los pacientes con BN de más corta evolución.

- Los principales factores predictores pronósticos negativos de la BN son: frecuencia e intensidad de vómitos, comorbilidad psiquiátrica en eje I y II, ausencia de soporte familiar y social y mala respuesta previa al tratamiento.

#### Conclusiones:

- La BN presenta un pronóstico intermedio entre AN y TA, más favorable cuanto menor tiempo de evolución y en adolescentes.

- Los factores predictores pronósticos negativos incluyen aspectos específicos de la patología alimentaria, psicopatología asociada, y aspectos del entorno del paciente.

- Se requieren futuros estudios orientados a establecer adecuadas guías terapéuticas.



## FACTORES NEUROPSICÓLOGICOS EN EL TDAH: FUNCIONES EJECUTIVAS

Espliego Felipe A. Adán Manés J.  
Hospital Universitario La Princesa

**Objetivos.** Abordaje de la problemática relativa a la alteración de las funciones ejecutivas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

**Método.** Descripción del estado actual de conocimiento a nivel etiológico y diagnóstico del TDAH, con especial atención hacia las alteraciones de la función ejecutiva de dicho trastorno, a lo largo de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia.

### Desarrollo:

- El TDAH supone un trastorno frecuente y discapacitante, de etiología multifactorial y, habitualmente, comórbido.

- En los últimos años los investigadores coinciden en que el deterioro se produce en lo que los neuropsicólogos llaman las “funciones ejecutivas”: memoria de trabajo, fluidez lingüística, atención selectiva y sostenida y flexibilidad cognitiva y control de interferencias, etc.

- Los tests neuropsicológicos específicos de atención y función ejecutiva no identifican a los casos que cumplen los criterios diagnósticos.

- La entrevista clínica resulta la herramienta de evaluación más sensible.

- Las escalas de puntuación de TDAH no deberían determinar por sí solas un diagnóstico.

### Conclusiones:

- El TDAH es paradigmático en cuanto a inespecificidad y comorbilidad, por lo que el adecuado reconocimiento a través de la información de diversas fuentes, de la observación y de la anamnesis resulta fundamental para la identificación de los déficits ejecutivos más característicos.

- La pertinencia de instaurar un tratamiento partirá del grado en que los síntomas de TDAH alteren la funcionalidad de la vida cotidiana.

## DESCRIPTIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (EXCLUYENDO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA)

À. Vidal, E. Font, M. Peramiqel, L. Lázaro, J. Castro.  
Hospital Clínic de Barcelona

**Introducción.** El Hospital de Día infanto-juvenil (HD) es un marco terapéutico que engloba una intervención psicológica, psiquiátrica, educativa y psicosocial. Este tratamiento intensivo se puede realizar no desvinculado al niño o adolescente de su ambiente familiar, académico y social.

**Objetivo.** Realizar un descriptivo de los datos del HD del Hospital Clínic desde su inicio, en el 2002, hasta la actualidad, para conocer la realidad de este recurso asistencial y los cambios a lo largo de estos años.

**Metodología.** Han ingresado 325 pacientes. Se describe la prevalencia de las distintas patologías, género y edad de los pacientes, procedencia y dispositivo al que se derivó al alta. Se compara cada año con estas variables.

**Resultados.** Los trastornos más prevalentes fueron el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de conducta, los trastornos psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica (fobia escolar). En el 2006 hubo un aumento significativo de trastornos afectivos y TDAH. La mayor parte de pacientes fueron adolescentes (>12 años), si bien en el 2006 incrementó el número de prepúberes, llegando al 21%. La proporción varón:mujer es variable cada año. Todos los años la mayor parte de los pacientes han sido derivados de consultas externas (CCEE), pero en el 2006 el dispositivo que más derivó a HD fue la sala de psiquiatría, y aumentó también las derivaciones desde el CSMIJ. El principal dispositivo al que son remitidos los pacientes al alta es la CCEE.

**Conclusiones.** La diversidad de patologías y del rango de edad (entre 7 y 18 años) de los pacientes permite entrever la complejidad de este dispositivo. La mayor parte de pacientes antes de ingresar a HD han recibido asistencia por otro dispositivo del mismo hospital, sea hospitalización completa o CCEE. No parece un dispositivo que los CSMIJ deriven directamente, si bien la tendencia es a aumentar el vínculo con este recurso. La mayor parte de pacientes son derivados a CCEE del hospital, donde seguirán tratamiento antes de su derivación



## POSTERS LIBRES

### 6 HIPERPERFUSIÓN DEL NÚCLEO LENTICULAR DERECHO, HALLAZGO ATÍPICO, EN EL SPECT CEREBRAL EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO BIPOLAR

\*González E, \*\*Pino FJ, \*de Sande F, \*González Santana S, \*Gutiérrez JR

\*Unidad de Salud Mental Ambulatoria de Niños y Adolescentes. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz - Área Sanitaria de Badajoz - SES. \*\*ESM Zafra - Área Sanitaria de Llerena-Zafra - SES

**Introducción.** Las nuevas tecnologías están convirtiéndose en una herramienta útil para la comprensión y la definición de la neuropatofisiología en las enfermedades neuropsiquiátricas; entre ellas señalamos el SPECT focalizado en los trastornos afectivos. Su empleo en las fases tempranas de la enfermedad puede facilitar la identificación de las anomalías “nucleares” neurobiológicas, así en relación con el trastorno bipolar estudios previos han mostrado alteraciones funcionales cerebrales, especialmente disminución del flujo sanguíneo en corteza prefrontal y aumento de la actividad en zona subcortical anterior paralímbica durante la fase depresiva, que se invierte o normaliza en fase maníaca.

**Objetivo.** Tras realizar una revisión bibliográfica usando Medline, y la Cochrane Database sobre alteraciones halladas mediante esta técnica en pacientes afectados de trastorno bipolar tanto en edad adulta como en niños y adolescentes, encontramos que no se han descrito alteraciones similares, por lo que consideramos oportuno la difusión de dicho hallazgo para el conocimiento general de la comunidad científica.

**Método.** Presentamos el caso de una adolescente que debutó con un episodio depresivo a los 15 años con posteriores fases hipomaniacas, predominando las depresivas con un patrón de ciclación rápida. Se inició tratamiento psicofarmacológico con un ISRS (paroxetina) y un eutimizante (topiramato) añadiéndose posteriormente Litio alcanzándose estabilidad clínica con buena tolerancia a la medicación. Se realizaron analíticas de rutina, EEG, RMN cuyos hallazgos se encontraron dentro de la normalidad. Así mismo en el SPECT se halló una hiperperfusión del núcleo lenticular derecho. Actualmente la paciente se encuentra estable habiéndose sustituido el eutimizante (lamotrigina), suspendido el ISRS manifestando dificultades en la concentración de manera residual.

**Conclusiones.** No habiéndose descrito alteraciones similares en la literatura consideramos de interés comuni-

car este hallazgo por su atipicidad, más aún en un período estable de la enfermedad. Sin quedar clara la traducción funcional y psicopatológica del mismo se abren preguntas acerca de la perduración de este dato en futuras evaluaciones de nuestro caso, cuestión temporal de fácil resolución. Para hacer extrapolaciones más profundas se precisan más estudios que aporten datos acerca de la estabilidad del hallazgo y su correlación con las distintas fases del trastorno bipolar lo cual permitiría hipotetizar con su implicación como marcador biológico. Si bien dada la heterogeneidad de los hallazgos previos y la atipicidad del dato descrito es muy posible que solo quede en eso, un hallazgo atípico.



## APLICABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN PSICOSIS

Sabrina González Santana<sup>1</sup>, Javier Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, Francisco de Sande<sup>4</sup>, José Ramón Gutiérrez Casares<sup>2</sup>.

1. MIR 3 de psiquiatría en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. 2. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. 3. PIR 2 del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. 4. MIR 4 de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

**Introducción:** El estudio de las fases tempranas de las psicosis es un tema de máxima relevancia y de gran y renovado interés en los últimos años. La detección precoz de las psicosis tiene como finalidad la disminución en la demora del tratamiento y el proporcionar una continuidad de cuidados durante el denominado período crítico (los 5 primeros años desde el inicio de la enfermedad).

**Objetivo:** Revisar los programas de intervención precoz valorando su importancia, así como la aplicabilidad de los mismos a la práctica clínica diaria en psiquiatría infanto-juvenil en función de varios casos de psicosis.

**Método:** Revisión bibliográfica de los programas de intervención temprana en psicosis, su fundamentación y justificación, la valoración de los pródromos y factores de riesgo de la enfermedad, así como la definición de los conceptos principales y de las intervenciones terapéuticas realizadas.

**Conclusiones:** Es preciso mantener un alto grado de sospecha y trabajar con pacientes de alto riesgo. Identificar síntomas y agruparlos para incrementar la predictibilidad del diagnóstico, teniendo en cuenta la importancia de este para evitar y/o disminuir la neurotoxicidad y la toxicidad psicosocial de las psicosis.

## EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: LA COMORBILIDAD SILENCIOSA

Sabrina González Santana<sup>1</sup>, Javier Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, Francisco de Sande<sup>4</sup>, José Ramón Gutiérrez Casares<sup>2</sup>.

1. MIR 3 de psiquiatría en el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. 2. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. 3. PIR 2 del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. 4. MIR 4 de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

**Introducción:** Muchos niños con TOC no son diagnosticados o lo son con el retraso de varios años, siendo frecuentemente el motivo de consulta un trastorno comórbido y no la propia sintomatología obsesivo-compulsiva.

**Objetivo:** Examinar la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva en los pacientes que acuden a consulta por otro motivo.

**Método:** Se revisan las historias de los pacientes nuevos (primeras visitas y de seguimiento) que han acudido a las consultas de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental Ambulatoria de Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz en un trimestre (febrero-abril de 2007), en las que se recoge los datos básicos, el motivo de consulta, la exploración psicopatológica y, según la edad del paciente, el CDI, el WISC-R y CBCL, entre otros.

**Resultados:** Tras revisar la historia de 120 pacientes nuevos (26.6% del total de pacientes vistos en el trimestre), encontramos 3 casos (2.5%) en los que, pacientes que acudían por un motivo de consulta diferente, presentaban sintomatología obsesivo-compulsiva de más de 6 meses de evolución y de frecuencia diaria, que interfería en la vida diaria de manera moderada (rituales de repetición y comprobación, pensamientos catastrofistas, orden y simetría y limpieza fueron los más frecuentes).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos, a priori anecdóticos por el tamaño muestral, pero dentro del rango de porcentajes de prevalencia estimada para el TOC (1.9-4.0%), muestran la necesidad de indagar sobre la presencia de sintomatología obsesivo compulsiva, de forma directa, en todos los pacientes que acuden a consulta, aunque el motivo de esta sea otro. En todos los casos, la comorbilidad obsesivo-compulsiva modificó de forma importante la planificación del tratamiento psiquiátrico.



## POSTERS LIBRES

### 8 ANOREXIA NERVIOSA Y ENFERMEDAD CELÍACA

Zandio Zorrilla M

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

**Introducción.** La enfermedad Celíaca (EC) es un trastorno inflamatorio que se caracteriza porque la ingesta en individuos genéticamente predispuestos de determinados péptidos que se encuentran en algunos cereales, como el trigo, desencadena una reacción inmune que afecta principalmente a la mucosa del intestino delgado causando malabsorción. Se trata de una enfermedad cada vez más prevalente (Ivarsson, 2005) cuyo único tratamiento eficaz es una dieta sin gluten. Se asocia con trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad y rasgos de personalidad alterados (De Rosa y cols, 2004). Recientemente se ha comenzado a estudiar las posibles interacciones entre la EC y los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Leffler y cols, 2007).

**Objetivos.** Determinar las posibles vías de interacción entre la EC y los TCA y las implicaciones que puede tener su comorbilidad en el diagnóstico y tratamiento de ambas enfermedades.

**Desarrollo.** Se expondrán las peculiaridades del caso de una paciente de 15 años diagnosticada de EC cuando tenía año y medio que sufre una Anorexia Nerviosa tipo restrictivo desde hace dos años. Se comparará con los casos publicados hasta el momento de TCA y EC.

**Conclusiones.** En todos los casos descritos en la literatura, incluyendo este, se objetiva una compleja y significativa interacción entre la EC y el TCA, que dificulta y complica su manejo, precisando de una intervención interdisciplinar.

### TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Reig A, Boluda Bayona C, Montoliu Tamarit L, Yañez Ferrer N, Marco Méndez I.

USMI Jesús, USMI Benicalap (Servicio de Psiquiatría Infantil de la Diputación Provincial de Valencia).

**Introducción:** El Trastorno por estrés posttraumático (TEPT) se define como aquel síndrome que sobreviene después de la experimentación de un acontecimiento traumático extremo, el cual no tiene por qué estar fuera de las experiencias normales de la vida. El análisis de la clínica de TEPT en la infancia ha de basarse en dos aspectos, los síndromes clínicos de Terr y el nivel madurativo del niño.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, manejo terapéutico y evolución del TEPT en la infancia.

**Resultados:** Exponemos la evolución clínica y el tratamiento de una niña de 6 años remitida al Centro de Salud Mental Infantil por cuadro típico de TEPT tras accidente escolar. Sufrió amputación distal de la tercera y cuarta falange al quedar atrapadas en una trampilla de hierro.

**Conclusiones:** A partir del caso descrito, se deduce la importancia del diseño terapéutico en los casos de TEPT en la infancia, concluyendo que el tratamiento más efectivo es el combinado, incluyendo la psicoterapia familiar. Es necesario que el niño elabore los estímulos relacionados con el trauma así como la corrección de distorsiones cognitivas por medio de técnicas cognitivo-conductuales.



## **PACTOS SUICIDAS Y ASPECTOS CULTURALES. UNA REVISION DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO ENTRE DOS AMIGAS ADOLESCENTES**

**Vila M<sup>1</sup>, Rastogi A<sup>2</sup>, Fernández V<sup>3</sup>, Garralda ME<sup>4</sup>**

1,3 Clinical Research Fellows (Koplowitz Fellowship), Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London UK. 2 Senior House Officer, Paddington Green, St.Mary's Hospital, Imperial College London UK. 4 Professor in Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London UK

**Introducción:** Un pacto suicida se define como el acuerdo entre dos o mas personas para cometer suicidio de forma conjunta, en un determinado momento y lugar. Los pactos suicidas son un fenómeno poco comun, y mas si se da entre adolescentes.

**Objetivos:** Dos amigas de quince años fueron valoradas en el Servicio de Urgencias de Psiquiatria, después de haber realizado un intento suicida pactado mediante una sobredosis de paracetamol. Realizamos una búsqueda bibliografica para conocer las características de este fenómeno.

**Desarrollo:** Los pactos suicidas suponen menos del 1% de todos los suicidios. Casi siempre implican personas que se conocen bien entre ellas, generalmente matrimonios, pero tambien amigos y familiares. Generalmente ambas personas emplean el mismo metodo. Aproximadamente en la mitad de los casos los pacientes sufren de una enfermedad psiquiatrica (depresion, "folie a deux"), y en un tercio sufren alguna enfermedad medica. El motivo suele ser el erradicar el dolor o la enfermedad medica, o el alivio de lo que supone sufrir una enfermedad mental. La relacion entre las victimas suele ser de exclusividad y aislamiento social, y el desencadenante suele ser la amenaza de continuar con la relacion. Normalmente uno de los miembros suele ser el incitador y la otra victima suele tener una relacion de extrema dependencia del primero. Hay pocos casos publicados de pactos suicidas entre adolescentes. Algunas características comunes entre ellos serian: adolescentes de diferentes culturas y backgrounds, predominan los pactos entre amigos, uno de ellos suele ser el instigador del pacto, dificultad en la relacion con familiares, antecedentes de Trastornos depresivos o de adaptación, antecedentes de intentos de suicidio previos y planificación del acto, aunque se suelen reconocer estresores previos al intento. Internet, particularmente en determinadas culturas, esta teniendo un papel negativo en este fenómeno, ya

que permite a extraños que se encuentran en la red planear suicidios conjuntos. Existen websites que aportan información sobre diferentes metodos para cometer suicidio, que pueden tener especial influencia en adolescentes vulnerables.

**Conclusiones:** Los pactos suicidas se diferencian de los suicidios individuales por las características de la relacion entre las personas que realizan el pacto. Poco hay publicado sobre las características de estos suicidios entre adolescentes. El creciente acceso e influencia de Internet entre adolescentes puede desencadenar casos en pacientes vulnerables.

### **Bibliografía:**

1. Brown M, Barraclough B. Partners in life and in death: the suicide pact in England and Wales 1988-1992. *Psychological Medicine*, 1999; 29:1299-1306.
2. Milin B, Turgay A. Adolescent couple suicide: literature review. *Can J Psychiatry*, 1990 Mar; 35(2):183-6.
3. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. *BMJ*, 2004; 329:1298-1299.
4. Sisak M, Varnik A, Wasserman D. Internet Comments on Media Reporting of Two Adolescents' Collective Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research*, 9:87-98, 2005.



## POSTERS LIBRES

### 10 TRASTORNO ESQUIZOTIPICO EN LA INFANCIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Fernández V<sup>1</sup>, Vila M<sup>2</sup>, Garralda ME<sup>3</sup>

1,2 Clinical Research Fellows (Koplowitz Fellowship). 3 Professor in Child and Adolescent Psychiatry. 1, 2, 3 Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry. Imperial College London UK.

**Introducción:** A pesar de haber sido descrito en niños vistos en clínicas de psiquiatría infantil especializadas y generales<sup>1</sup> el trastorno de personalidad esquizotípico sigue siendo considerado de forma desigual por los profesionales. Esta dificultad para encontrar su sitio y aplicación clínica se ve reflejada en su difusa demarcación, no estando claramente separado de la esquizofrenia simple ni del trastorno de personalidad esquizoide y habiendo sido desigualmente agrupado con la esquizofrenia y trastornos delirantes en la CIE-10 y con los trastornos de personalidad en la DSM-IV<sup>2</sup>, así como también con trastornos dentro del ámbito del autismo<sup>4</sup>.

**Objetivos:** El caso que presentamos constituye un ejemplo de la validez práctica de englobar los síntomas que conforman el trastorno de personalidad esquizotípico bajo dicho concepto y de su uso en el ámbito de la psiquiatría infantil.

**Desarrollo:** A es un chico de 12 años derivado tras una historia de dificultades sociales, motoras y de comunicación con prolongada sensibilidad y referencialidad. Asimismo presenta marcados problemas de concentración y ocasionales alucinaciones auditivas. Se llevaron a cabo sesiones incluyendo principios de terapia cognitivo-conductual, resolución de problemas y manejo de la agresividad, con limitados resultados en las situaciones cotidianas. Influencias culturales con respecto al diagnóstico y tratamiento complicaron el manejo del caso. Se planteó iniciar terapia con metilfenidato para abordar las dificultades de concentración y un pobre rendimiento escolar. La literatura existente desaconsejó la instauración de dicho tratamiento ante el riesgo de desencadenar o acentuar potenciales síntomas psicóticos<sup>3</sup>, optándose finalmente por la atomoxetina.

**Conclusiones:** El hecho de considerar el trastorno de personalidad esquizotípico en la infancia puede ser relevante a la hora de tomar decisiones clínicas en niños vulnerables y con un riesgo de desarrollar esquizofrenia, especialmente teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial con los trastornos del espectro autista.

#### Bibliografía:

1. Roberts S, Garralda E, Renfrew D. Schizotypal disorder among child and adolescent mental health services users. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (12): 1366.
2. Remschmidt H (2001), *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
3. Randal G, Psychotic and Manic-like Symptoms During Stimulant Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 2006, 163: 7, July.
4. Wolff S (1995), *Loners: The Life Path of Unusual Children*. London, New York: Routledge.



## TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UNA VISIÓN A TRAVÉS DE LOS DIBUJOS

Ochando Perales G.; Peris Cancio S.; Millán Olmo MC.; Loño Capote J.

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

**Introducción:** Actualmente el diagnóstico de la patología en Salud Mental Infantil se encuentra apoyado en un gran número de cuestionarios, test diagnósticos y entrevistas semiestructuradas que aportan gran información adicional sobre el paciente. Los test proyectivos, y en concreto los dibujos temáticos, son un recurso diagnóstico y terapéutico que en ocasiones pueden pasar desapercibidos en la práctica habitual.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es el análisis de los conflictos intrapsíquicos más frecuentemente presentados en los pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) realizando un análisis de los dibujos temáticos realizados en la consulta.

**Desarrollo:** Realizamos un análisis retrospectivo de los dibujos realizados en la consulta por 5 pacientes afectas de TCA. Se evalúan rasgos obsesivos y perfeccionistas de su temperamento, baja autoestima, impulsividad, retraimiento social y escasez de recursos de afrontamiento, hipercontrol corporal con sobrestimación de la imagen corporal, pensamiento dicotómico, fenómeno de personalización, pensamientos rígidos sobre el aspecto físico, el peso y la autovaloración, fobia a engordar, miedo al descontrol, temores asertivos, negación del cuerpo físico y sexual, sentimientos de ambivalencia, personalidad pobre e infantil, vivencia del cuerpo como algo sucio, conflicto con la madre y distorsiones en la imagen corporal.

**Conclusiones:** Los dibujos temáticos suponen un recurso diagnóstico y terapéutico en el abordaje de los pacientes con TCA.

## RESILIENCIA Y CREATIVIDAD: ¿FOMENTAR LAS CUALIDADES PROTECTORAS DE LA RESILIENCIA ES LA BASE PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS DERIVADOS DEL MALTRATO EN LA INFANCIA?

Fernández Sastre JL\*, Martínez Alonso B\*\*, Moure Moure R\*\*\*, Mazaira J\*\*\*\*, Marmote R\*\*\*\*\*, García Piñero S\*\*\*\*\*, Fuentes Barco M\*\*\*\*\*.

\*Psiquiatra, Complejo Hospitalario de Vigo. \*\*Psiquiatra, U.S.M Infanto-Juvenil de Vigo. \*\*\*Psiquiatra, U.S.M Infanto-Juvenil de Orense. \*\*\*\*Psiquiatra, U.S.M Infanto-Juvenil de Santiago C. \*\*\*\*\*Psicólogo, U.S.M Infanto-Juvenil de Orense. \*\*\*\*\*MIR Psiquiatría, CHUVI.

**Introducción:** Utilizando como punto de partida el material gráfico de un cómic realizado por un adulto que sufrió abusos sexuales en la infancia, se dará cuenta de otros personajes destacados en distintos campos( ciencia, arte, literatura,...) como exponentes de la Resiliencia. Se partirá de su Definición como “la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella” y de las cualidades determinantes que la conforman: Insight, Independencia, Interrelación, Iniciativa, Creatividad, Humor y Moralidad.

**Objetivos y Desarrollo:** Plantear este Concepto dentro de los Factores Protectores frente a la adversidad que fomentan la Resiliencia y por tanto la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones psicosociales de riesgo, entre ellas las diferentes formas de maltrato en la infancia. Tener en cuenta lo anterior en el trabajo desde Salud Mental Infanto-Juvenil y en el desarrollo de programas en el campo de la prevención de los trastornos psíquicos derivados del maltrato en la infancia.

**Conclusiones:** A partir de la experiencia real de distintos personajes a la hora de superar una experiencia de maltrato en la infancia, el concepto de Resiliencia y los distintos componentes de la misma se constituyen como factores protectores en la prevención de los Trastornos Psíquicos derivados del maltrato.



## POSTERS LIBRES

### 12 PERFIL DE PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA INGRESADO EN UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL

**Zandio Zorrilla M**

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

**Introducción.** El tratamiento hospitalario de la anorexia nerviosa debe contemplarse como una fase del prolongado tratamiento de este trastorno. Su indicación debe atenderse a los criterios recomendados por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y los programas conductuales en régimen hospitalario han demostrado su eficacia.

Un elevado porcentaje de los pacientes que ingresan en las unidades de hospitalización infanto-juvenil sufren Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), por lo que parece necesario estudiar las características sociodemográficas y clínicas de este grupo de pacientes.

**Objetivos.** Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con TCA ingresados en nuestra unidad a lo largo de un año.

**Desarrollo.** Análisis descriptivo de los datos recogidos de 10 pacientes con TCA mediante la entrevista diagnóstica Kiddie-SADS-Present and Lifetime versión (K-SADS) y el inventario del comportamiento de niños de 6-18 años para padres (CBCL/6-18).

**Conclusiones.** Se debe destacar a nivel sociodemográfico por una marcada predominancia del sexo femenino 9:1, nivel socio-económico medio-alto, no dificultades en la socialización, buenos rendimientos académicos, puntuaciones altas en la Escala de Ambiente Familiar Global y a nivel clínico la tendencia a la ausencia de comorbilidad y el predominio de la dimensión internalizante de Achenbach.

### COLURIA Y GLUCOSURIA EN ADOLESCENTE

**Zandio Zorrilla M**

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

**Introducción.** Existen pocas alusiones en la literatura científica al Trastorno Facticio y a la Simulación en la población menor de 16 años, a excepción del Trastorno Facticio por poderes o Síndrome de Munchausen por poderes.

Sin embargo, recientes publicaciones confirman la existencia de estos trastornos en edad pediátrica y recalcan que un diagnóstico y abordaje precoz mejoran considerablemente el pronóstico (Peebles y cols, 2005).

#### **Objetivos**

1. Afirmar la existencia de Trastornos Facticios en pacientes menores de 16 años.
2. Reflejar las dificultades diagnósticas que suponen este tipo de trastornos en la edad adolescente.
3. Exponer la necesidad de una intervención interdisciplinaria tanto para el paciente como para su familia para el adecuado abordaje del trastorno.

**Desarrollo.** Se expondrá el caso de una paciente de 13 años que ingresó en el servicio de pediatría de nuestro hospital por una coluria, que resultó ser orina con coca-cola. Se desarrollará el diagnóstico diferencial y la intervención llevada a cabo.

#### **Conclusiones**

1. Existen trastornos facticios en pacientes menores de 16 años.
2. Todo profesional médico que desarrolle su actividad en pacientes de esta edad debe tener presente esta posibilidad diagnóstica cuando los datos médicos no concuerden.
3. Parece que un diagnóstico e intervención precoz puede mejorar el pronóstico.

## **BULIMIA NERVIOSA E IMPULSIVIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES CON Y SIN EL DIAGNÓSTICO ASOCIADO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

**Montserrat Sanchez-Povedano; Antoni Grau; Anna Santó; Lara Grau; Vicente Turón.**

Instituto Trastornos de la Alimentación (ITA)

**Introducción.** En los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está presente en una gran parte de las pacientes bulímicas la impulsividad, esta impulsividad en muchas ocasiones parece vinculada a la clínica alimentaria y en otras esta relación no parece tan específica y se aprecia una relación con aspectos más caracteriales y de la personalidad.

Hemos elegido un grupo de pacientes con el diagnóstico de Bulimia Nerviosa, en los que es manifiesta la impulsividad, y que presentan el segundo diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (T.P.) y lo hemos comparado con otro grupo de Bulímicas Impulsivas sin el diagnóstico de T.P.

### **Desarrollo**

Muestra: Se han estudiado tres grupos de 15 pacientes cada uno con el diagnóstico DSM-IV de Bulimia Nerviosa:

Grupo A: B.N. e Impulsividad.

Grupo B: B.N., Impulsividad y T. Personalidad

Grupo C: B.N. Sin impulsividad y sin T.P.

Los grupos son homogéneos y comparables.

El sexo es femenino en el 100% de los casos con una edad media de 23 años, con desviación estándar de 2.2.

Son solteras el 86%

Casadas o viven en pareja 21%

Viven solas el 12%

BUP, COU o Universitarias el 56% Trabajan el 27%

No trabajan ni estudian el 17% Ingresadas el 27%

En Hospital de Día el 73%

**Método:** A los dos grupos seleccionados a través de una entrevista semiestructurada para el cumplimiento de criterios B.N. y T.P. se les pasa el cuestionario de Barrat para la impulsividad, el EDI II para conductas alteradas de los TCA. Se comparan resultados y se contrastan los grupos.

### **Conclusiones:**

Se expondrán con más detalle los resultados pero hemos observado que es difícil la delimitación exacta de si la impulsividad está más presente en un grupo que en otro y por tanto más vinculada a la personalidad o a la clínica. Posiblemente el tipo de impulso no controlado sea el más significativo para discriminar.

## **ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN VERBAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**García Reig A, Boluda Bayona C, Montoliu L, Yañez Ferrer, N, Marco Méndez, I.**

USMI Jesús, USMI Benicalap (Servicio de Psiquiatría Infantil de la Diputación Provincial de Valencia).

**Introducción:** Los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo, incluyendo interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos estereotipados. Suelen ponerse de manifiesto en los primeros años de vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental. Los Trastornos Específicos del Desarrollo del Lenguaje (TEL) suponen una deficiencia específica del lenguaje, receptivo o expresivo, pudiendo asociarse a retraso mental, déficit sensorial o motor del habla y a enfermedades neurológicas.

**Objetivos:** Establecer un diagnóstico diferencial entre los TGD y TEL.

**Desarrollo:** Se analiza el caso de un niño de 5 años remitido al Centro de Salud Mental Infantil para valoración de retraso a nivel madurativo y de la comunicación. Durante el seguimiento, se constató un retraso en todas las áreas del desarrollo, mayor en la relación social y sobre todo en la comunicación verbal, utilizando la entrevista basada en el CHAT de forma retrospectiva (Checklist for Autism in Toddlers), así como la observación directa y datos familiares y escolares. Fue imposible la realización de pruebas cognitivas, incluso las que no requieren la utilización del lenguaje.

**Conclusiones:** El caso expuesto indica la dificultad de diagnóstico entre los TGD y TEL, así como la importancia de una evaluación temprana



## POSTERS LIBRES

### 14 LA RELAJACION COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1. Gómez Corral MT\* ;2. Alonso Romero V;3. Ballester Pérez C\*;4. Espinosa Mate M\*;5. Castellote García MI\*; 6. Casanova Muñoz M\*, 7. Iglesias Barrachina J\*.

1. Enfermera especialista Salud Mental, 2. Médico interno Residente de familia en Hospital Can Misses Ibiza. (Balears), 3. Psiquiatra infantil 4. Psicóloga clínica; 5. Auxiliar de enfermería, 6. Auxiliar de enfermería, 7. Psicóloga clínica. \*Centro de Salud mental infantil Gran Vía. Castellón.

**Introducción:** La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables un exceso de activación (trastornos cardiovasculares, disfunciones gastrointestinales, fobias, etc.). En estos casos, la práctica de la relajación no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico.

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta.

La relajación es una técnica muy útil para reducir los niveles de ansiedad por lo que el uso de esta técnica está justificada en los niños con ansiedad.

**Objetivo:** Explicar la aplicación de un programa psicoeducativo en niños con TDAH en el Centro de Salud mental infantil de Castellón.

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INCIDENCIA EN LA POBLACION ATENDIDA EN LA USMI II DE CASTELLON 2005

1. Ballester Pérez C\*, 2. Gómez Corral MT\*, 3. Espinosa Mate M\*, 4. Agüero Ramón-Llil C\*; 5. Vicent Huguet M\*; 6. Ferrr Castello M\*; 7. Sospedra Felip D.

1. Psiquiatra Infantil, 2. Enfermera especialista Salud Mental, 3. Psicóloga clínica, 4. Psiquiatra infantil, 5. Psicóloga clínica, 6. Psicóloga clínica. 7. Trabajadora social. \* Centro de trabajo: Centro 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 infantil, tres psicólogas clínicas, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante el año 2005 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 del área, con profesionales de la salud relacionados con los pacientes de la Usmi, con los servicios sociales del área, etc

4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

**Desarrollo:** Estudio descriptivo de la población infantil de la USMI II, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, diagnósticos al alta, centro de salud de procedencia, población. Etc. La población estudiada son los nuevos casos (incidencia) que llegan a la Usmi en el año 2005.

Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

**Objetivo:** Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante el año 2005.

**Conclusiones:** La incidencia de la población de estudio en el 2005 es de 324, la moda en la tabla edad es de 4 años con una frecuencia de 35 aunque le sigue 12 años con 34 de frecuencia y 10 años con 32 de frecuencia.



En la tabla sexo la moda es niños y su valor es de 205 frente a las niñas 119.

En la tabla población la moda es Castellón ciudad con 75 seguido de Vila Real con 55 y Burriana con 38.

En la tabla institución sanitaria la moda está en C.S. Burriana con 35 de frecuencia.

En la tabla Países la moda es España con 299 de frecuencia.

En la tabla Motivo de consulta la moda es trastorno de conducta con 82 y posible TDAH con 43.

## **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS NUEVOS CASOS DE LA POBLACION INFANTO-JUVENIL ATENDIDA DURANTE LOS AÑOS 2004-2005 EN LA USMI II DE CASTELLON.**

**1. Ballester Pérez C\*, 2. Gómez Corral MT\*, 3. Espinosa Mate M\*, 4. Agüero Ramón-Llil C\*; 5. Vicent Huguet M\*; 6. Ferrr Castello M\*; 7. Sospedra Felip D.**

1. Psiquiatra Infantil, 2. Enfermera especialista Salud Mental, 3. Psicóloga clínica, 4. Psiquiatra infantil, 5. Psicóloga clínica, 6. Psicóloga clínica. 7. Trabajadora social. \* Centro de trabajo: Centro 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 infantil, tres psicólogas clínicas, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

**Método:** Estudio descriptivo de la población infanto-juvenil de la USMI II, comparando dos años 2004 y 2005 en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, diagnósticos al alta, centro de salud de procedencia, población. Etc. La población estudiada son los nuevos casos (incidencia) que llegan a la Usmi.

Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

**Objetivo:** Comparar de manera descriptiva los resultados arrojados en los parámetros valorados en la población infanto-juvenil atendida en la USMI II de Castellón durante los años 2004-2005,

**Conclusiones:** Se describen las diferencias en los dos años:

Se extrajeron datos de los 324 pacientes en 2005 y 333 en 2004

El 8.1% era población inmigrante en el 2004 y el 7.7% en el 2005.

En el año 2004 la moda en la tabla edad es de 11 años con una frecuencia de 32 y un porcentaje de 9.6% aunque le sigue 8 y 13 años con 31 de frecuencia,(9.3%) y 14 años con 30 de frecuencia.(9%) .Con respecto a la estadística del 2005 la moda en la tabla edad es de 4 años con una fre-



## POSTERS LIBRES

16 cuencia de 35 ( 10.8%), aunque le sigue 12 años con 34 de frecuencia (10.4%) y 10 años con 32 de frecuencia.(9.8%)

En la tabla sexo los niños consultan un 63% frente a las niñas un 37% en el año 2005, y en el año 2004 el porcentaje de niños es de 68% frente a las niñas 40%.

El motivo de consulta más frecuente es el trastorno de conducta 27% y TDAH 12% en el 2004 y Trastorno de conducta 25% y TDAH 13% en el 2005.

Como conclusión general observamos una mayor asistencia de varones siendo los diagnósticos más prevalentes el trastorno de conducta y TDAH.

## ANÁLISIS DE LA POBLACION ATENDIDA EN LA USMI II DE CASTELLON 2004.

1. Ballester Pérez C\*, 2. Gómez Corral MT\*, 3. Espinosa Mate M\*, 4. Agüero Ramón-Llil C\*; 5. Vicent Huguet M\*; 6. Ferrr Castello M\*; 7. Sospedra Felip D.

1. Psiquiatra Infantil, 2. Enfermera especialista Salud Mental, 3. Psicóloga clínica, 4. Psiquiatra infantil, 5. Psicóloga clínica, 6. Psicóloga clínica. 7. Trabajadora social. \* Centro de trabajo: Centro 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 esta 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 infantil, tres psicólogas clínicas, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante el año 2004 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 del área, con profesionales de la salud relacionados con los pacientes de la Usmi, con los servicios sociales del área, etc
4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

**Desarrollo:** Estudio descriptivo de la población infantil de la USMI II, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, país de origen, motivo de consulta, diagnósticos al alta, centro de salud de procedencia, población. Etc. La población estudiada son los nuevos casos (incidencia) que llegan a la Usmi en el año 2004.

Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

**Objetivo:** Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI II de Castellón durante el año 2004

**Conclusiones:** La incidencia de la población del 2004 fue de 333 pacientes. En la tabla sexo la moda es niños y su valor es de 220 frente a las niñas.



La moda en la tabla edad es de 11 años con una frecuencia de 32 aunque le sigue 8 y 13 años con 31 de frecuencia y 14 años con 30 de frecuencia.

En la tabla población la moda es Castellón ciudad con 111 seguido de Vila Real con 59 y Burriana con 46.

En la tabla institución sanitaria la moda está en Palleteer 50 seguido de C.S. Burriana con 41

En la tabla Paisés la moda es España con 306.

En la tabla Motivo de consulta la moda es trastorno de conducta con 90 y posible TDAH con 40.

## **IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE ESTADOS DEPRESIVOS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: INTERVENCIÓN PRECOZ. RIESGO SUICIDA**

**Domínguez Rodríguez, M. T.**

C.S.M. Infanto-Juvenil. Soria.

**Introducción.** El término suicidio alude a la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. La intención de morir es un elemento clave, implicando el juicio sobre si la vida vale la pena o no ser vivida. Se ha propuesto que los trastornos del estado de ánimo, particularmente la depresión, son los principales responsables de la mayoría de suicidios consumados en adolescentes.

**Objetivos.** Revisión bibliográfica. Epidemiología de los fenómenos suicidas y parasuicidas, factores de riesgo (psicosociales, trastornos mentales-depresión), métodos suicidas y distribución geográfica en población joven contemporánea.

**Desarrollo.** El riesgo de suicidio es un fenómeno complejo, que desde la perspectiva clínica y social, plantea un problema grave de salud pública. Después de los accidentes de tráfico, el suicidio es la principal causa de muerte en adultos jóvenes ( 15 a 25 años ), incrementándose en la actualidad las tasas en adolescentes, en relación con el aumento de la prevalencia de trastornos depresivos y la anticipación de las edades en que se realiza el diagnóstico.

**Conclusiones.** La identificación, prevención y control de estados depresivos y riesgo suicida en niños y adolescentes no es tarea fácil.

La OMS recomienda la instauración de medidas educativas, tratamiento precoz de los trastornos mentales (depresión) y control de los factores de riesgo psicosociales, precisándose una campaña de sensibilización social para el éxito de los programas de prevención de riesgo suicida en adolescentes.



## POSTERS LIBRES

### 18 SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA DEL PACIENTE ATENDIDO EN HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES

Díaz Salsench E, Acosta García S, Gutiérrez Garbayo M, Arrufat Blanch J, Trapero Triviño P, Peña Roca J.

Hospital de Día para Adolescentes de Reus. Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus (Tarragona).

**Introducción.** El Hospital de Día para Adolescentes (HDA) es un dispositivo asistencial de hospitalización parcial destinado a proporcionar atención especializada a adolescentes con problemas de salud mental. Nuestro HDA atiende a la población entre 12-18 años de la provincia de Tarragona y ofrece tres programas de atención diferenciados: el de Convivencia, el de Unidad de Crisis y el de Grupo Externo.

**Objetivos.** Presentar los tres Programas de tratamiento del HDA y analizar los diferentes perfiles de pacientes atendidos en el servicio durante el 2006, incidiendo de manera especial en aquellos que presentaron sintomatología de tipo alimentario.

**Desarrollo.** La muestra está constituida por 43 adolescentes (19 varones y 24 mujeres), el 23% de los cuales presentan sintomatología alimentaria. La media de edad es de  $14,2 \pm 1,8$ . Se seleccionan los pacientes usuarios de los Programas de Convivencia y Unidad de Crisis, con una media de  $54,4 \pm 34,4$  días de ingreso.

Los pacientes fueron diagnosticados según criterios CIE-MIA-10 y Clúster DSM-IV para Trastornos de Personalidad.

Para el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y clínicos se utiliza el Programa SPSS.11.0.

#### Conclusiones

- La sintomatología alimentaria está presente principalmente en mujeres con un diagnóstico de trastorno de la Conducta Alimentaria o con Trastorno de Personalidad.

- Se trata de pacientes que participan tanto del Programa de Convivencia como del de Unidad de Crisis.

- A diferencia de la muestra general, entre los pacientes con sintomatología alimentaria no predomina ningún patrón específico de expresión del malestar (conductual o somática).

- En todos los casos, se evidencia conflicto en la pareja parental.

### PATRÓN DE USO Y TOLERANCIA DE PSICOFÁRMACOS EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES

Herrera López S; Ventura Lluch D; Hernández Guerrero C; Molano Beteta A,

Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova i la Geltrú. Hospital Sant Joan de Dèu. Esplugues de Llobregat (Barcelona).

**Introducción. Objetivos:** El uso de psicofármacos en adolescentes plantea frecuentes dudas, dada la escasez de ensayos clínicos en esta franja de edad. El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia, tipo, tolerancia y cumplimiento del uso de psicofármacos en un Hospital de Día de Adolescentes.

**Desarrollo: Metodología.** Población: Análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en el Hospital de Día de Adolescentes de Vilanova entre los años 2004-2006 (n=64 sujetos; edad media=14.89; rango=13-17). Los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos de conducta(37.50%), seguidos de los trastornos afectivos(32.81%)

**Resultados:** El 82.81% de los pacientes tomó algún psicofármaco, y el 60.93% más de uno. Los medicamentos más utilizados fueron los antipsicóticos (66.04% de los pacientes medicados) y antidepresivos(50.94%). La adherencia al tratamiento fue buena en un 52.83%, irregular en el 30.18% y nula en el 16.98%. Un 39.62% de pacientes medicados presentaron efectos secundarios. Los efectos más observados fueron el aumento de peso (26.42% de pacientes medicados), somnolencia-sedación(13.21%), extrapiramidalismos(11.32%) y alteraciones digestivas(11.32%). Los ansiolíticos y antidepresivos presentaron mejor adherencia y menos secundarismos que otros grupos terapéuticos.

**Conclusiones:** La prescripción de psicofármacos en nuestro centro ha resultado ser una herramienta segura y bien tolerada en la mayoría de los casos. No obstante, cabe destacar el elevado índice de alteraciones metabólicas observadas (particularmente el aumento de peso): estos efectos constituyen un reto para el clínico, dada la complejidad de su manejo, la relevancia psicológica que lo corporal adquiere en todo paciente adolescente, y el riesgo inherente de incumplimiento terapéutico.



## **ORGANIZACIÓN FAMILIAR Y DEMANDA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA**

**Peruzzi, S.\* ; Gómez, I.\* ; Moruno, F.\* ; Reina, V.\* ; Rius, M.\***

\* Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Vilafranca del Penedés, Barcelona.

Según la Teoría Sistémica, los síntomas son una expresión de la disfunción del sistema familiar. El Genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multi-generacional que registra información de los miembros de esa familia y sus relaciones convirtiéndose en una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo. Ciertas configuraciones estructurales “llaman la atención” sugiriendo temas o problemas críticos para la familia, por ejemplo, multitud de separaciones y/o divorcios.

Los objetivos del presente estudio son: 1. Explorar la organización de la familia del adolescente que acude a CSMIJ, 2. Estudiar posibles diferencias en dicha organización respecto a la del menor que no acude a CSMIJ y por último, 3. Identificar como factor predisponente de demanda de atención psiquiátrica la organización familiar.

Para ello se realiza un estudio de corte transversal con una muestra de 200 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años de los cuales, 100 acuden a nuestro CSMIJ mientras que los otros 100, se reclutan aleatoriamente de diferentes institutos de la zona. Los genogramas obtenidos se clasifican en 4 categorías generales según la constelación familiar que representan: familia convencional, monoparental, reconstituida y no familia. Se muestran los porcentajes obtenidos para cada una de estas 4 categorías para ambas muestras analizando la diferencia de frecuencias. Se correlaciona la demanda con la estructura familiar aportándose datos sobre el perfil familiar del adolescente atendido en el CSMIJ.

## **UNO ENTRE CINCUENTA**

**19**

**Música Eizmendi A., de Pedro Ullate R., Azcarraga Orbe M., Touza Piñeiro R., Erkoreka Gonzalez L., Aristegui Aguirre M., Mínguez San Millán M., Fernández Rivas A.**

**Introducción:** El Hospital de Basurto abre su unidad de psiquiatría infanto-juvenil en el año 2003. Desde ese momento hasta la fecha de hoy el número de pacientes ingresados por trastornos de la conducta alimentaria ha sido de cincuenta y uno. Cabe destacar que del grueso de pacientes, solamente uno de ellos era varón. Teniendo en cuenta que la prevalencia dicho trastorno es de diez a veinte veces más frecuente en mujeres que en hombres consideramos interesante analizar este único caso.

**Objetivo:** descripción y análisis de un caso clínico de trastorno de conducta alimentaria en un varón adolescente, ingresado en la unidad infanto-juvenil del Hospital de Basurto de Bilbao.

**Material y Métodos:** Revisión de historia clínica y análisis de la bibliografía existente sobre TCA en adolescentes varones.



## POSTERS LIBRES

### 20 PERFIL DEL NIÑO INMIGRANTE EN CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL GENERAL

Mugica Eizmendi A., de Pedro Ullate R., Azcarraga Orbe M., Touza Piñeiro R., Erkoreka Gonzalez L., Aristegui Aguirre M., Mínguez San Millán M., Fernández Rivas A.

**Introducción:** Con el movimiento migratorio actual se ha visto un aumento de la demanda de atención sanitaria de esta población. El fenómeno migratorio supone tanto en adultos como en niños una readaptación bio-psico-social. En los niños expuestos a esta situación se están detectando dificultades adaptativas que precisan de asistencia psicológica o psiquiátrica.

**Objetivos:** Descripción del perfil del paciente inmigrante que acude a consultas externas del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto.

**Material y Métodos:** Recogida y análisis de datos procedentes de historias clínicas y de llamadas telefónicas. Los pacientes estudiados son aquellos atendidos por primera vez en estas consultas a lo largo de un año. Se estudiarán las siguientes variables:

- Edad.
- País de origen.
- Edad con la que migra.
- Motivo de consulta.
- Diagnóstico.

**Resultado:** Pendiente de realizar análisis estadístico y obtener resultados.

### ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA: RENDIMIENTOS NEUROPSICOLÓGICOS EN MEMORIA RESPECTO A UN GRUPO CONTROL

Puig O\*, Andrés S, Lázaro L, Baeza I, De la Serna E, Calvo R, Penadés R, Castro-Fornieles J.

Instituto de Neurociencias. Hospital Universitari Clinic. Barcelona. España.

Los déficits en memoria son una de las características cognitivas más replicadas en los trastornos del espectro de la esquizofrenia (TES) en adultos e implican importantes limitaciones en el funcionamiento psicosocial. La adolescencia es una de las etapas del desarrollo cruciales en el aprendizaje de habilidades psicosociales. Los déficits mnésicos pueden limitar de forma significativa estos aprendizajes y el funcionamiento psicosocial general del adolescente.

**Objetivo:** Describir el rendimiento mnésico en adolescentes con TES de inicio en la adolescencia (TES-Adol).

**Método:** Se compararon los rendimientos cognitivos de 17 adolescentes con TES-Adol (13 esquizofrenia, 4 trastorno psicótico no especificado) con 14 controles sanos en memoria verbal (RAVLT) y en memoria visual (WMS-III). El grupo de TES-Adol estaba suficientemente estable a nivel clínico como para realizar la exploración neuropsicológica (10 ingresados, 7 ambulatorios). Todos los participantes tenían un nivel intelectual general estimado dentro de la normalidad y no había diferencias en edad ni en sexo. Se utilizaron pruebas no paramétricas debido al tamaño de la muestra.

**Resultados:** En memoria verbal se registraron peores rendimientos en el grupo de TES-Adol, tanto en el recuerdo inmediato ( $p=0.015$ ) como en el demorado ( $p=0.001$ ). En memoria visual, el grupo de pacientes mostró un rendimiento inferior en el recuerdo inmediato ( $p=0.001$ ) pero similar a los controles a medio plazo ( $p=0.176$ ).

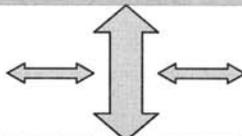
**Conclusión:** Los pacientes con TES-Adol muestran un déficit en memoria verbal, tanto en la codificación como en el recuerdo demorado. En memoria visual presentan un déficit en la codificación pero no en el recuerdo a medio plazo.

**MIGRACION Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN FRANCIA.**

**La Asociación Française y Eugène Minkowski**

R. BENNEGADI

Departamento  
de Información  
Médica



Comité  
Médico

**El Centro Française Minkowska**



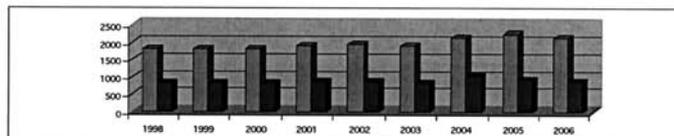
**Polo Clínico**  
Centro  
Minkowska

**Polo de  
Investigación  
Intercultural en  
Salud Mental  
(PRISM)**

**Polo de  
Formación**

**Documentation  
y Polo de  
Comunicación**

- Recibe inmigrantes y refugiados de París y sus alrededores:
  - ⇒ Sigue los lineamientos legales nacionales de acceso a la salud para todos los individuos.
  - ⇒ Se basa en los principios de la antropología clínica médica (illness , disease and sickness ) y toma en consideración las características lingüísticas y las representaciones culturales de la salud mental .
- Está constituido por un equipo interdisciplinario, multilingüe, médico-psicosocial que asiste a pacientes (niños y adultos) de diversas áreas geográficas : Africa, Sur y Sureste de Asia, Europa Central y del Este, Noráfrica, Países de lengua Portuguesa, Países de lengua hispana, Turquía.



**El PRISM :**

- Organiza Seminarios
- Sostiene una red Europea
- Dirige el sitio web llamado "Salud Mental y Culturas"  
[www.minkowska.com](http://www.minkowska.com)
- Supervisa el entrenamiento de estudiantes de psicología
- Participa en proyectos de investigación
- Administra un diploma universitario de la Universidad Paris V, titulado "Salud, Enfermedad, Curación y Culturas"

**El Polo de Formación:**

- o Transfiere los conocimientos del Centro a una audiencia de profesionales de las áreas médico-psicosocial, educativa, y de justicia.
- o Provee a los profesionales experiencia práctica y herramientas analíticas que facilitan el suministro de servicio y de atención médica a los inmigrantes y refugiados.

El equipo de formación (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, etnólogos, filósofos) está constituido de profesionales que trabajan en el Centro, así como expertos externos que trabajan sobre temas interculturales en la perspectiva de la antropología clínica médica.

El Polo de Formación ofrece la organización de talleres y conferencias/debates a nivel nacional.

**La Documentación y el Polo de Comunicación:**

- o Alimenta el sitio web "Salud Mental y Culturas"  
[www.minkowska.com](http://www.minkowska.com)
- o Crea y distribuye comunicación media institucional
- o Elabora instrumentos multimedia :
  - CD Rom *minkowska.com*
  - Información mediática de educación y de formación



## POSTERS LIBRES

### 22 PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS ADOPTADOS

Yáñez-Ferrer N, Boluda C, Montoliu L, Marcos I, Dualde F.

Servicio de Salud Mental Infantil. Diputación de Valencia.

**Introducción.** El estudio de la psicopatología presente en niños adoptados es motivo de un número cada vez mayor de publicaciones en los últimos años, quizás asociado al hecho de que cada vez son más las adopciones.

Otro aspecto que puede estar influyendo es la mezcla entre diversos factores de muy diversa índole: genética, crianza, ambiente...

**Objetivo.** Observar cuáles son las patologías más prevalentes en un grupo de niños adoptados y se su clasificación según sus países de origen.

**Desarrollo.** Se recogen todos los niños adoptados que acuden a dos Unidades de Salud Mental. Se realiza una clasificación por patología, países de origen, edad cuando fueron adoptados y antecedentes familiares.

**Conclusión.** La psicopatología en niños adoptados es un tema de interés creciente por la implicación de diversos factores en el origen de la misma, los cuales hacen especialmente complejo su estudio y abordaje terapéutico.

### PACIENTE INFANTO JUVENIL INGRESADO EN LOS AÑOS SETENTA

Sánchez Baglietto, N; Euba García, O; Arnaiz Muñoz, A; Sarasola Gandariasbeitia, A; Zallo Atxutegi, E; López Medina, M<sup>o</sup>M

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia

**Introducción.** El Hospital Psiquiátrico de Zamudio viene presentando atención psiquiátrica especializada a la población de Bizkaia desde 1969.

El entonces llamado Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro atendía también a menores de edad, en una época en la que no existían unidades de ingreso especializadas en pacientes infanto- juveniles.

Desde finales de los años sesenta hasta hoy, se han producido importantes cambios sociales, que inevitablemente han repercutido en las modalidades de atención, ya que la atención a la enfermedad mental ha seguido un paralelismo a la evolución de la sociedad.

**Objetivos.** Características sociodemográficas y clínicas del paciente infantojuvenil ingresado en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio, durante el periodo de 1969 y 1980. Para ello, se realiza una revisión de las historias clínicas, utilizando como clasificación diagnóstica la CIE-8.

**Desarrollo.** El número total de pacientes menores de 18 años ingresados durante el periodo citado fue de 318, con un total de 374 ingresos.

La edad media fue de 15 años, 55% varones y 45% mujeres.

El diagnóstico principal fue de psicosis, seguido de los trastornos de personalidad.

Los reingresos fueron principalmente de pacientes con psicosis.

**Conclusiones.** El perfil es de un adolescente varón de 15 años que ingresa por clínica psicótica.

El diagnóstico principal es de psicosis

Destacan los ingresos de patología neurológica sin clínica psiquiátrica, justificado ya que era un hospital neuropsiquiátrico

En relación con los cambios sociales se observa la aparición de diagnósticos de toxicomanías a finales de los setenta.

## **PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO (HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA) PARA ANOREXIA NERVIOSA del ADOLESCENTE: SEGUIMIENTO A 1-3 AÑOS**

**Graell Berna M., Ruiz Sacristán P., Villadangos González SM., Villaseñor Montarroso A., Faya Barrios M., Martínez Cantarero C., Andrés Nestares P., Morandé Lavín G.**

Unidad de Trastornos de Alimentación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Introducción:** El tratamiento de la anorexia nerviosa del adolescente pretende eliminar factores de mantenimiento del trastorno.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de la hospitalización domiciliaria (HD) en anorexia nerviosa y la evolución a corto plazo.

**Metodología:** 39 adolescentes. Edad:  $14,75 \pm 1,66$ . Anorexia nervosa restrictiva (ANR): 29(74,3%), anorexia nervosa purgativa (ANP): 3(7,7%), Trastorno Alimentación No especificado (TCANE): 7(17,9%) Criterios admisión en programa:  $IMC > 15 \text{ Kg/m}^2$ , motivación, no complicaciones médicas/psiquiátricas y familia organizada.  $IMC$  ingreso:  $17,19 \pm 1,25 \text{ Kg/m}^2$ . Hospitalización domiciliaria: renutrición, intervención cognitivo-conductual, motivacional y psicoeducación y entrenamiento conductual familiar, durante 8-12 semanas. Evaluamos: Diagnósticos DSMIV, sintomatología, características familiares y psicometría (EDI-II,, BDI, Escala de Observación de Conducta Alimentaria para padres: ABOS) al inicio y fin del programa y seguimiento de 1-3 años. Análisis estadístico SPSS 13.0.

**Resultados:** Al finalizar (HD) : BMI:  $18,90 \pm 0,86 \text{ Kg/m}^2$  ( $t: 9,3$ ;  $p < 0,000$ ); "implicación familiar": madre sola 18 (45%); "no negación de enfermedad" 24(60%); "consistencia familiar alta" 20(50%). Durante programa 1 paciente (0,39%) ingresa. Al seguimiento: Diagnósticos: 4(10%) ANR, 1(3%) ANP, 2(5%) BN, 31(77%) EDNOS y 2(5%) no cumple criterios DSMIV TCA. BMI:  $19,41 \pm 1,84 \text{ Kg/m}^2$ , sin diferencias estadísticamente significativas respecto alta. EDI II: diferencias estadísticamente significativas ( $t: 2,13$   $p < 0,05$ ): Tendencia Adelgazar. BDI y ABOS disminuyen con diferencias estadísticamente significativas  $t: 1,95$   $p < 0,05$  y  $t: 5,13$   $p < 0,000$ . Tratamientos posteriores: 27(69,2%) grupal, 12(30,7%) individual, 1(2,5%) Hospital Día, 5(12,8%) hospitalización. La probabilidad de no ingresar durante el programa y en seguimiento es 88,8% (Kaplan-Meyer).

**Conclusión:** Concluimos que este programa es efectivo en el tratamiento de los adolescentes con trastornos de alimentación, manteniendo su efectividad a lo largo del seguimiento.



## 24 CORRELACIONES ENTRE EPQ-J: EYBERG DE CONDUCTA Y CONNERS EN 60 PACIENTES CON TDAH Y TND COMÓRBIDO

Montañés Rada F\*, de Lucas Taracena MT\*\*

\*Jefe Psiquiatría Fundación Hospital Alcorcón. Profesor (UCM).

\*\*Centro de Salud Mental de Usera.

**Introducción.** El uso de escalas en los estudios se hace individualmente, sin embargo es interesante hacer una correlación de cara a mostrar la consistencia interna del estudio realizado en el caso de escalas ya bien establecidas o bien la validez concurrente de las escalas cuando se incluye una nueva o novedosa entre otras bien establecidas.

**Material y Métodos.** Este estudio es un derivado del estudio de seguimiento de 115 pacientes con TDAH por lo que material y métodos es idéntico al póster contiguo a éste.

**Resultados.** Vemos que la escala de Eyberg (que es la escala nueva respecto a otros estudios) tiene intensas correlaciones con las escalas de Connors tanto la de profesores como de padres.

La escala de Connors para padres se correlaciona bien con la de profesores salvo para la subescala hiperactividad.

Por supuesto las subescalas de Connors se correlacionan bien entre sí y lo mismo es cierto para las dos subescalas de Eyberg.

La valoración de EPQ de dureza tiene intensas correlaciones con las subescalas de Connors para profesores.

EPQ neuroticismo y extroversión tienen correlaciones negativas con la escala Connors de profesores y Eyberg.

La conducta antisocial que se valora en el EPQ no correlaciona bien con la escala Connors de padres o profesores o la escala de Eyberg, sólo lo hace con extroversión, neuroticismo o dureza del EPQ. Pensamos que no es una subescala que tenga validez externa y es preferible usar la de Eyberg que sí demuestra en este estudio tener una validez concurrente con el estándar que es la de Connors.

## SEGUIMIENTO 5 AÑOS DE UNA MUESTRA DE 111 TDAH.

Montañés Rada F\*, de Lucas Taracena MT\*\*, Catalán P\*\*\*, Curto Benito M\*\*\*\*, Sánchez Romero S\*\*\*\*

\*Jefe Psiquiatría Fundación Hospital Alcorcón. Profesor (UCM).

\*\*Centro de Salud Mental de Usera. \*\*\* Psicóloga, \*\*\*\* DUEs

**Introducción.** Se muestra una estadística descriptiva antes y después del tratamiento de una muestra de 111 pacientes con trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno por déficit de atención (TDA) a lo largo de un periodo prolongado de tiempo (3-5 años, media de seguimiento 4,2 años). Si bien las descriptivas de este tipo de pacientes son frecuentes un 90% de los más de 250 estudios de seguimiento publicados duraron menos de 3 meses.

**Material y Métodos.** El grupo de TDAH +TND procedía de derivaciones desde una unidad de neuropediatria. Edad media 11 años (rango: 4-16). Constituido por 28 mujeres y 83 varones

Se comparó con un grupo control de 60 alumnos de un colegio público apareados por edad y sexo.

A todos los pacientes se les aplicaron al inicio de tratamiento y tras un periodo de seguimiento mínimo de 3 años un mismo protocolo que incluye:

- escalas: Connors padres y profesores, EPQ-J, CBCL y escala conductual de Eyberg.

- el mismo tratamiento conductual (véase guía en editorial ars XXI ISBN 84-9751-212-X)

- una dosis media de fármaco de entre 0,5 y 1 mg /kg con una dosis media de 0,7 mg/kg

- control de desarrollo ponderal y estatura

**Resultados.** Se comprueba que tras el programa de tratamiento:

Partiendo de puntuaciones que triplican las de población normal para escalas como Connors de Profesores, de padres o Eyberg de conducta el tratamiento deja a los niños en puntuaciones doble que población normal para Connors de padres o profesores e incluso iguales que población normal para puntuaciones de conducta de Eyberg. En todo caso la puntuación final está siempre por debajo de los puntos de corte de screening para iniciar un evaluación.

Respecto al CBCL sólo mostramos los datos de internalización y externalización, que tanto en hombres como mujeres es muy superior a los valores de los controles. Esto es más notorio en externalización en varones.



## **PROGRAMA PSICOEDUCATIVO**

**Centeno Peñalba ME, Amundarain Lejarza MM.**  
Hospital de basurto. Bilbao.

**Introducción.** Elaboramos un programa psicoeducativo, adaptado a un grupo de adolescentes con diferentes patologías psiquiátricas, una estancia media de 15 días, escasa motivación, inestabilidad grupal y una baja autoestima crónica o situacional

**Objetivo general.** Potenciación de la autoestima de los adolescentes ingresados

**Desarrollo.** Se desarrollan las siguientes sesiones:

Autoconcepto: conocerse y valorarse.

Sentimientos: identificación y expresión de las emociones.

Perfeccionismo: identificar limitaciones y aceptarse.

Habilidades sociales: trabajar la interacción social.

Resolución de problemas: solucionar conflictos cotidianos.

**Conclusiones.**

Independientemente del diagnóstico médico,

Todos los adolescentes ingresados presentan baja autoestima y un desenvolvimiento social alterado. Enfermería se compromete a trabajar con estos pacientes utilizando un método atractivo, interactivo, estructurado y de fácil comprensión.

**Palabras clave.** Autoestima, adolescentes, psicoeducación.

## **EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO**

**25**

**García M; Nicolau R; Toro D; Roses R; Cabrera B.**

Server de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona.

La mayoría de los tratados o artículos sobre el TDAH se centran en varones puesto que se cree que este trastorno es más prevalente en este género. No obstante conforme aparece literatura en la edad adulta cada vez es más evidente que dicha discrepancia entre géneros no se corresponde a la realidad. Es posible que las niñas sean remitidas con menor frecuencia a un centro de salud mental para su tratamiento debido a que para sus padres y/o sus maestros los síntomas que presentan sean más difícilmente identificables como TDAH.

El **objetivo** del estudio es evaluar las diferencias entre niños y niñas en sintomatología específica de TDAH, sintomatología comorbe, y problemas asociados. Se analizan datos sociodemográficos, historia perinatal, comparación de las escalas Conners maestros y padres, y tratamiento. Se valoran las diferencias en su impacto familia, social y académico.

Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se recogieron los datos de las últimas 100 historias de niños diagnosticados según criterios DSM IV de TDAH del Servicio de Psiquiatria y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona del curso 2004-05. La muestra estudiada es de 81 casos, 18 niñas y 67 niños de una edad media en primera visita de 9 años, rango de 3 a 15 años.

**Resultados:** tanto en niñas como en niños el motivo de consulta prevalente es por el propio trastorno (TDAH), en ambas submuestras detectan el problema tanto padres como maestros, la mayoría presentan el subtipo combinado aunque en el caso de las niñas el subgrupo desatento es mayor, las conductas agresivas y de desobediencia en la primera visita son superiores en los niños, pero durante el seguimiento se igualan.



## 26 CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN TDAH

Bedmar Noguerol, M.\*, Salvador Sanchez I. \*\*, Florez Fernandez I, Iglesias Tamargo C.\*\*\*, Andrés Tauler\* JM, Romera Torrens M.\* O. Lafau Marchena\*\*\*\*

\*Psiquiatra \*\*Psicóloga \*\*\*Enfermera \*\* \*\*Coordinador. USM-IJ Cruz Roja Palma de Mallorca IB Salut

**Introducción.** El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una entidad clínica con una prevalencia entre la población infanto-juvenil del 5 al 7%, de los cuales alrededor del 75% mantiene algún tipo de síntomas en edad adulta. Sus repercusiones son diversas, pero las más llamativas son alteraciones del aprendizaje escolar y de relación social.

Ha cobrado gran importancia en un entorno cada vez más exigente en comunicación y nivel de conocimiento.

**Justificación:** Las características del trastorno requieren una coordinación estrecha entre los profesionales de distintas áreas que facilite el proceso diagnóstico y permita optimizar el tiempo y los recursos de que disponemos.

**Descripción:** Para ello se ha creado el protocolo de coordinación que aparece en el cuadro adjunto donde aparecen las vías de derivación a los distintos dispositivos y los criterios guía.

Una vez que llega a Pediatría, si hay sospecha clínica, contrastar información entre padres y profesores. Si estos últimos lo consideran oportuno, se valorará a través del EOEP, con la realización del WISC-IV (valoración de CI más subtest de atención).

Ha de descartarse también un déficit visual o auditivo.

Se derivará a neuropediatría o psiquiatría en función de los criterios clínicos reflejados, teniendo en cuenta que cada dispositivo cuenta con diferentes recursos de actuación.

## “FENOTIPOS” DE HIPERACTIVIDAD

Yague Alonso A\*, Dorado Martínez ML.

\*Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario de Toledo. \*\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Alcobendas. Hospital Universitario La Paz. Madrid

**Introducción.** Entre los profesionales que atendemos a niños y adolescentes el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) cuenta con grandes entusiastas y otros muchos que critican la excesiva simplicidad de esta categoría nosológica y señalan una tendencia al sobrediagnóstico en los últimos años; todo ello a pesar de que la validez de este trastorno y la existencia de tratamientos eficaces han sido continuamente confirmadas en la investigación y en la práctica clínica.

Numerosos estudios han encontrado que más del 50% de TDAH también satisfacen criterios de otros diagnósticos psiquiátricos. Los pacientes son definidos en términos de “comorbilidad”, constructo que permite enumerar la asociación de trastornos no relacionados etiopatogénicamente.

La dificultad para encontrar un “caso puro de TDAH” en la consulta, de establecer líneas definidas de evaluación y tratamiento de nuestros pacientes con un trastorno de comportamiento podría explicarse en clave de comorbilidad.

**Objetivos.** Pretendemos ilustrar la variabilidad de los casos diagnosticados de TDAH en una consulta ambulatoria de Salud Mental. Proponemos ir más allá de la detección de patología comórbida; profundizar en la individualidad de cada paciente tendría implicaciones pronósticas y terapéuticas.

**Desarrollo.** Presentamos una serie de casos representativos de diferentes “fenotipos” de TDAH, considerando la edad, entorno socio-familiar, capacidad intelectual, alteraciones emocionales, rasgos espectro autista, epilepsia, síntomas obsesivos, alteraciones conductuales, síntomas de bipolaridad, y respuesta al tratamiento farmacológico.

**Conclusiones.** La evaluación fenomenológica comprensiva del niño y del adolescente con un TDAH resulta clave para un planteamiento terapéutico eficaz, incluyendo la comunicación entre los profesionales implicados.

Son las Unidades Especializadas en Salud Mental del niño y del adolescente los dispositivos asistenciales más apropiados para diagnosticar y tratar un TDAH y la patología comórbida detectada.



## RELACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A CONDUCTAS SUICIDAS EN EL ENTORNO CERCANO E INCIDENCIA DE LAS MISMAS EN ADOLESCENTES

**Parrilla-Escobar MA, Harkavy-Friedman J**

New York State Psychiatric Institute, Columbia University (New York)

**Introducción.** La exposición a conductas suicidas en la familia o amistades se ha relacionado con un incremento del comportamiento suicida en adolescentes.

**Objetivos.** Examinar la exposición a conductas suicidas de una muestra de 278 estudiantes de un Instituto de la ciudad de Nueva York.

Evaluar si una mayor exposición aparece relacionada con más ideación y conducta suicida, y si características socio-demográficas y creencias pueden mediar en esta relación.

**Desarrollo.** 160 varones y 118 mujeres completaron la encuesta. La edad media fue de 15.74 años (SD=1.11). El 5.4% tenían un familiar que falleció por suicidio, y el 19% un amigo/conocido. El 10% refirieron que un familiar había protagonizado un intento de suicidio y el 42% que al menos un amigo/conocido.

El 57.7% de los adolescentes reconoció haber presentado ideación suicida en algún momento de su vida, el 15.4% había concretado un plan y el 8.6% había realizado un intento.

Los intentos de suicidio en la familia o amigos/conocidos se relacionaron con una mayor incidencia de intentos en los adolescentes, mientras que la exposición a suicidios consumados no presentó dicha relación.

En el grupo de expuestos, la incidencia de conductas suicidas se relacionó con la composición familiar y creencias acerca de la vida y la muerte, así como religiosas.

**Conclusiones.** Nuestros hallazgos indican que la exposición a intentos de suicidio, pero no a suicidios consumados, presenta una relación positiva con dichas conductas en la muestra de adolescentes. No obstante, diversos factores podrían actuar modificando dicha relación.

## UCA (UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES). NUESTRA EXPERIENCIA DEL 1º AÑO

**España Chamorro, E\*; Cholbi Tomás, S\*; Blasco Claros, L\*\*; Niubó de Castro, I\*\*\*; Peña Roca, J\*\*\*\***

\*\*\*Psicóloga Clínica Residente \*\*Psicóloga Clínica Adjunta UCA

\*\*\*Psiquiatra Coordinadora UCA-CPU (PIR) \*\*\*\*Director Médico CPU. Unitat de Crisi d'Adolescents. Clínica Psiquiàtrica Universitària. Institut Pere Mata. Reus (Tarragona)

**Introducción.** La Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA), es un recurso de hospitalización completa e intervención en crisis, para adolescentes de 12 a 18 años, con patología psiquiátrica que no puede ser tratada en otro dispositivo menos restrictivo. Es el único recurso de este tipo, de la red de salud mental infanto-juvenil de la provincia de Tarragona, de la cual también forman parte el Hospital de Día para Adolescentes (HDA) y el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. En funcionamiento desde Enero del 2006, un total de 53 adolescentes han estado hospitalizados en la UCA

**Objetivos.** Presentación de la UCA y análisis descriptivo del perfil de adolescentes ingresados durante el 2006.

**Desarrollo.** Describimos las características de la UCA, criterios de ingreso, objetivos, procedimiento de derivación y proyecto terapéutico. También presentamos los datos estadísticos sociodemográficos y clínicos, de nuestro primer año de funcionamiento.

**Conclusiones.** El balance de nuestro primer año de funcionamiento es de una estancia media de mes y medio, mayor frecuencia de varones, media de 15 años, principalmente ingresados urgentemente, diagnóstico mayoritario de trastorno de comportamiento y/o emociones (CIE-9-MC), índice bajo de reingresos y proyecto de alta de HDA o CSMIJ según evolución y gravedad diagnóstica.



## 28 EMERGENCIA DEL SÍNTOMA A TRAVÉS DEL TEST DE LA CASA, EL ÁRBOL Y LA PERSONA

Català Cortés, L.; Marcos Méndez, I.

Unidad de Salud Mental Infantil de la Diputación Provincial de Valencia

**Introducción.** El test de la casa, el árbol y la persona (HTP), es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo. Aparece a través de Buck (1948), basado en el test de la Figura Humana de Machover y en el del Árbol de Koch. Teniendo como objetivo la evaluación global de la personalidad del sujeto.

Este test puede aplicarse a todas las edades. Utiliza ítems familiares (una casa, árbol y persona) y de baja especificidad, permitiendo buena aceptación a ser dibujados, y estimulando una verbalización libre y espontánea. Se divide en dos fases de aplicación una acromática y otra acromática.

La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que facilita la expresión de los rasgos más íntimos de nuestra Personalidad.

**Objetivos.** Comparar, de una manera descriptiva, la demanda que realizan los adultos en la Unidad de Salud Mental Infantil con las necesidades expresadas por los pacientes en el test HTP. También analizar las similitudes o discrepancias, que en ocasiones pueden ser coincidentes y en otras, llevarnos por sendas diagnósticas y terapéuticas más amplias o reducidas que las inicialmente tomadas.

**Desarrollo.** Administración del test HTP a 5 pacientes entre (9 y 13 años), por demanda de problemas del comportamiento y aprendizaje. Con posterior análisis comparativo entre la emergencia sintomatológica a través de la interpretación del HTP y la demanda de intervención explícita de los adultos.

**Conclusiones.** Tras el análisis y estudio de la muestra. Percibimos como relevante, tener presente la demanda del propio paciente acorde con sus necesidades particulares. Observándose que la proyección a través del dibujo es una herramienta válida y enriquecedora para el trabajo diagnóstico y terapéutico.

## ADAPTACIÓN CATALANA DE LA ADHD RATING SCALE - IV VERSIÓN PADRES Y VERSIÓN PROFESORES: ESTRUCTURA FACTORIAL, FIABILIDAD, VALIDEZ CONCURRENTE, Y DATOS NORMATIVOS

Ortiz Guerra J<sup>1</sup>, Carbonés López J<sup>2</sup>, Riera Eures R<sup>2</sup>, Roura Poch P<sup>3</sup>, Ezpeleta Ascaso L<sup>4</sup>.

1 Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat. 2 EAP Osona, Vic. 3 Servicio de Epidemiología Clínica, Hospital General de Vic. 4 Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona

**Introducción.** Las escalas de valoración de DuPaul se utilizan para el cribado y la identificación de niños con sintomatología de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

**Objetivo.** Conocer la estructura factorial, fiabilidad, validez y presentar datos normativos de la adaptación catalana de la ADHD Rating Scale - IV versión padres y versión profesores.

**Sujetos y Métodos.** El análisis factorial, la evaluación de la consistencia interna y el desarrollo de datos normativos se realizaron en una muestra aleatoria de 372 padres y 368 profesores de niños entre 6 y 16 años, que cursaban de primero de primaria a cuarto de enseñanza secundaria obligatoria en 22 escuelas e institutos, públicos y concertados, de la Comarca de Osona. La fiabilidad test-retest, el acuerdo entre observadores y la validez concurrente, se determinaron en una muestra de 34 participantes entre 4 y 17 años, derivados a primera evaluación por psiquiatría infantil.

**Resultados.** Dos factores Inatención e Hiperactividad/Impulsividad explicaron el 44% y 57,4% de la varianza total de las versiones padres y profesores, respectivamente. Las escalas adaptadas presentaron alta consistencia interna, buena estabilidad temporal, correlacionaron significativamente con los síndromes "inatención" del CBCL y del TRF, y "conducta agresiva" del TRF y no correlacionaron con otros síndromes del CBCL y del TRF.

**Discusión.** Los resultados obtenidos favorecen el uso de las ADHD catalanas en cribados rápidos, eficaces y de bajo costo, para identificar a niños con sintomatología de TDAH.



## **TENDENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ASPERGER**

**Díaz Atienza F, Muñoz Negro JE, Descalzo Quero A, Herrera Bastida M, Padilla Martínez J, Valdera García C.**

Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. 2007

**Introducción:** Desde su introducción en la DSM-IV-TR y en la CIE-10 el número de casos diagnosticados ha ido en aumento, existiendo un "boom" del diagnóstico en los últimos años.

**Objetivos:** 1. Analizar el tiempo de demora diagnóstica. 2. Describir la tendencia que sigue el número de casos diagnosticados a través del tiempo.

**Población y métodos:** Se realizó una búsqueda de todas las historias clínicas de pacientes de la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, seleccionándose aquellos que cumplían criterios DSM-IV-TR, o CIE-10 para Síndrome de Asperger. Encontramos 23 casos, diagnosticados entre 1993 y 2006. Analizamos las siguientes variables: Tiempo de demora diagnóstica, número de casos, frecuencia de un diagnóstico previo diferente.

**Resultados:** Desde el 2003 se dispara el diagnóstico del trastorno en nuestra Unidad coincidiendo con la organización de unas jornadas divulgativas por nuestra Unidad. El tiempo de demora entre la primera consulta y el diagnóstico tiende a disminuir con el tiempo, la concordancia entre el diagnóstico previo y el definitivo mejora con el tiempo.

**Conclusiones:** El mayor conocimiento de la enfermedad ha provocado un gran incremento en el diagnóstico de casos de SA, disminuyendo drásticamente el tiempo de demora diagnóstica.

## **PERFIL DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE ASPERGER EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE GRANADA**

29

**Muñoz Negro J.E, Díaz Atienza F, Descalzo Quero A, Herrera Bastida M, Molero Chamizo A.**

Unidad de Salud Mental Infantil Granada. 2007

**Introducción:** El SA es una entidad cada vez más diagnosticada desde su inclusión en la DSM-IV-TR y la CIE-10.

**Objetivos:** Describir y caracterizar la población de SA de nuestra Unidad.

**Desarrollo:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en la base de datos de todos nuestros pacientes que cumplían criterios DSM-IV-TR o CIE-10 para Síndrome de Asperger. Encontramos 23 casos, diagnosticados entre 1993 y 2006. Analizamos las siguientes variables: Sexo, edad de la primera consulta, edad del diagnóstico, número de hermanos, posición entre los hermanos, antecedentes familiares, comorbilidad, existencia de un diagnóstico previo, gravedad, utilización de instrumentos diagnósticos, y tipo de tratamiento.

**Resultados:** El 91,3% fue del sexo masculino, un 69,6% tenía al menos 2 hermanos, el 30,4% tenía antecedentes familiares psiquiátricos, La edad del diagnóstico fue de  $9 \pm 2,62$  años, el 69,6% presentaba comorbilidad psiquiátrica, el instrumento diagnóstico más utilizado fue la Escala Australiana de Asperger, más de la mitad presentaba un diagnóstico previo distinto al de SA, la mayoría de los pacientes tenía un trastorno leve o moderado, y el tratamiento más utilizado fue el grupal.

**Conclusión:** El típico paciente con Síndrome de Asperger de nuestra Unidad es un varón primogénito de 9 años de edad, con un trastorno leve o moderado, antecedentes familiares, elevada comorbilidad, que recibió tratamiento grupal.



## POSTERS LIBRES

### 30 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Adán Manes J. , Espliego Felipe A.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

El diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (T.E.A) tiende a retrasarse varios años a partir de la aparición de las primeras preocupaciones de los padres (primer diagnóstico específico en torno a los 52 meses). El diagnóstico precoz de estos trastornos posibilitaría un tratamiento temprano, con la consiguiente mejoría de su pronóstico.

Se describen las típicas preocupaciones de los padres, que son quienes suelen detectar las primeras anomalías en torno a los 22 meses. Los pediatras deben saber reconocer estas preocupaciones, que tienden a ser pasadas por alto con demasiada frecuencia. Con el objeto de posibilitar el diagnóstico precoz de estos trastornos, resulta especialmente útil el empleo de la escala M-CHAT (Checklist for Autism in Toddlers - Modified), cuya incorporación al Programa del Niño Sano podría contribuir a identificar la presencia de estos trastornos en torno a los dos años de edad, contribuyendo de esta manera a mejorar su pronóstico a largo plazo.

### LA PERSONALIDAD EN EL ADOLESCENTE: ESTUDIO DE CARÁCTER Y TEMPERAMENTO SEGÚN DIAGNÓSTICO.

González Bocelo I, Montes Montero A, Peleteiro Pensado L, De Dios de Vega JL.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

**Introducción:** La exploración de la personalidad del adolescente presenta la dificultad de la evaluación en una etapa de formación y desarrollo. Realizamos un estudio de 36 pacientes, entre 12 y 17 años, atendidos en la unidad infanto-juvenil basándonos en el modelo de temperamento y carácter de Cloninger.

**Objetivos:** Evaluar las diferentes dimensiones de temperamento y carácter, buscando los rasgos predominantes en el adolescente y correlacionándolos con los diagnósticos según CIE-10.

**Desarrollo:** Los 36 casos recogidos incluyen los siguientes diagnósticos: T. Inestable de personalidad (18%), T.C.A. ( 22%), T. Ansiedad (31%), T. Adaptativo (16%) y T.Somatomorfo (13%). Los rasgos más destacados que encontramos son: búsqueda de novedad (72%), evitación al riesgo(55%) y trascendencia(53%) y aquellos rasgos en los que puntúan más bajo son: persistencia (21%) y auto-dirección (19%).

Al estudiar los rasgos de personalidad según los diagnósticos, no objetivamos diferencias significativas con respecto al grupo en general. Destacamos la escasa auto-dirección que encontramos en los T.C.A. en comparación con otros trastornos.

Otro dato distintivo sería el mayor % de dependencia de la recompensa en el T. Somatomorfo.

**Conclusiones:** En nuestra muestra de adolescentes destaca la dimensión Búsqueda de Novedad, describiéndose como curiosos, que no toleran la frustración e impulsivos, rasgos que se pueden relacionar con la adolescencia independientemente del diagnóstico

Existen diferencias en el temperamento y carácter al correlacionarlos con el diagnóstico CIE-10, probablemente no son significativas debido al tamaño de la muestra.



## PSICOPATOLOGÍA PREMÓRBIDA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD BIPOLAR

**Escamilla Canales I., Soutullo Esperón C., Gamazo Garrán P., Diaz-Caneja Graciano A., Figueroa Quintana A.**  
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria, Universidad de Navarra

**Introducción:** La Enfermedad Bipolar (BP) se presenta en edades tempranas de la vida. En la infancia y la adolescencia frecuentemente se diagnostica de forma errónea y el retraso en el diagnóstico empeora el curso de la BP.

**Objetivo:** Describir la psicopatología en niños antes del diagnóstico de la BP.

**Método:** Revisamos retrospectivamente las Historias Clínicas de 38 niños diagnosticados de BP. Recogimos los síntomas presentes antes del diagnóstico basándonos en la entrevista K-SADS.

**Resultados:** Los síntomas presentes con mayor frecuencia antes del diagnóstico fueron: pérdida de control (100%), enfados y discusiones frecuentes (94%), irritabilidad (94,7%), respuestas impulsivas (94,1%) y dificultad para seguir instrucciones (88,2%), y disforia (73,7%).

El 70% de los niños habían sido diagnosticados de al menos un trastorno psiquiátrico: 12 (31,6%) de uno, 12 (31,6%) de dos, 4 (10,5%) de cuatro y 1 (2,5%) de cinco.

Los diagnósticos psiquiátricos previos fueron: TDAH (21,1%), Depresión Mayor (DM) (18,4%), Trastorno Negativista Desafiante (TND) (15,8%), Trastorno de Conducta (TC) (10,5%), Trastorno por consumo de sustancias, Trastorno de ansiedad por separación y Trastorno del humor no especificado: 4 (10,5%) y Ciclotimia (2,6%).

El 47,4% había recibido como mínimo tres medicaciones. El 68% había recibido tratamiento con antidepresivos.

### Conclusiones:

1. Los síntomas de humor más frecuentes en niños antes del diagnóstico de la BP son de características mixtas o depresivas y se asocian frecuentemente con síntomas de TDAH y TC/TND.

2. Los niños con BP son diagnosticados previamente de múltiples trastornos, más frecuentemente de TDAH, DM y/ TC y reciben tratamiento con varios fármacos, mayoritariamente antidepresivos.

## SITUACIÓN DE ABUSO O MALTRATO, ACTUACIÓN CON EL NIÑO Y SALUD MENTAL

**Octavio del Valle I, Moya Querejeta J.**

Centro de Salud Mental de niños y adolescentes de Camberwell. Institute of Psychiatry at Maudsley. Londres

**Introducción:** Los estudios realizados sobre niños que han sufrido algún tipo de abuso o negligencia demuestra la presencia de trastornos psiquiátricos tanto en la infancia, adolescencia y edad adulta.

**Objetivos:** Presentar y dar a conocer el proceso y la red de dispositivos para situaciones de maltrato a niños y adolescentes, en la que está integrado un equipo de los Servicios de Salud Mental del Niño y Adolescente, de un área de Londres.

**Desarrollo:** En cada dispositivo implicado existe un Equipo de Protección del Niño constituido por personas formadas, autorizadas y responsables del trabajo en estos casos.

Los servicios sociales tienen el deber de investigar la sospecha de o el maltrato del niño, la situación en la que se ha llevado a cabo y contactar con la policía. Serán responsables de realizar un plan y/o reunión estratégica para proteger al niño si procede.

Tras las investigaciones correspondientes se realiza una Reunión para la Protección del Niño, en la que participa el equipo de Salud Mental especializado que realiza funciones definidas dentro dicho proceso.

Entre los trastornos psiquiátricos que pueden desarrollarse destacan los Trastornos por Estrés Postraumático, Emocionales como depresión y ansiedad, así como el desarrollo de una Personalidad Límite.

**Conclusiones:** La asistencia a los niños que sufren abuso o abandono esta organizada mediante una red de protección del niño. Servicios sociales es el dispositivo central para salvaguardar la seguridad del niño, realizar las investigaciones oportunas y elaborar un plan de actuación para proteger al niño. Los servicios de salud mental están integrados en dicha red realizando varias funciones definidas.



## POSTERS LIBRES

### 32 NIÑOS EN LA CLINICA PSIQUIÁTRICA CON ABUSO SEXUAL Y FÍSICO

Octavio del Valle I, Moya Querejeta J, Taylor E  
Institute of Psychiatry at the Maudsley. Londres

**Introducción:** El abuso infantil es un factor de riesgo para desarrollar psicopatología en la adolescencia y edad adulta. Estudios realizados en muestras clínicas y comunitarias demuestran asociaciones entre abuso infantil y patologías psiquiátricas y pronóstico.

La literatura existente sobre los diferentes tipos de abuso muestra hallazgos comunes a todos ellos aunque se ha señalado alguna especificidad, aun no claramente determinada.

**Objetivo:** Estudiar la presencia de conductuales agresivas y sexualizadas en dos tipos de abuso físico y sexual y si existe una mayor frecuencia en algún tipo específico de abuso en una muestra clínica de niños derivados a un centro universitario en Londres

**Desarrollo:** Los resultados proceden de una base de datos con información de 3582 niños derivados un centro de psiquiatría infantil de un área del sur de Londres y de referencia nacional. La información se obtiene de las entrevistas clínicas de evaluación realizadas por los profesionales del centro. Se analizaron la presencia de alteraciones de la conducta específicas, encontrándose mayor porcentaje de conducta agresiva en el grupo con abuso físico o ambos y sexualizada en aquellos que habían sufrido abuso sexual o ambos.

**Conclusiones:** Estos resultados muestran que la conducta agresiva en niños vistos en la práctica clínica es más frecuente en los casos de abuso físico que sexual mientras que la sexualizada es más frecuente en los casos de abuso sexual o ambos. Aportan información sobre la sintomatología específica presente en los diferentes tipos de abuso.

### DISFUNCIÓN FAMILIAR Y ESTILO DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PERCIBIDA POR ADOLESCENTES OPOSICIONISTAS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES (UCA)

Coll Vilar, I\*; Pascual García, B\*; Blasco Claros, L\*\*;  
Niubó de Castro, I \*\*\*; Peña Roca, J\*\*\*\*

\*Psiquiatra Residente. \*\*Psicóloga Clínica Adjunta. \*\*\*Psiquiatra Coordinadora. \*\*\*\*Director Médico. Unitat de Crisi d'Adolescents. Clínica Psiquiàtrica Universitària. Institut Pere Mata. Reus (Tarragona).

**Introducción.** La adolescencia es una etapa evolutiva de crisis personal y relacional, en la cual se estructura la personalidad y consolida la identidad, no pudiendo desligar este proceso de la influencia del contexto familiar. En aquellos adolescentes que presentan un comportamiento oposicionista más allá de lo evolutivamente normativo en esta etapa, observamos en la práctica clínica, indicadores de disfuncionalidad familiar a nivel parental.

**Objetivos.** Describir el estilo socializador parental percibido por los adolescentes en crisis que presentan conducta oposicionista desafiante.

**Desarrollo.** Se realiza un análisis estadístico a nivel descriptivo de los resultados del ESPA29 en sus subescalas. Se analizaron por separado los adolescentes ingresados según grupos diagnósticos: Trastornos de la personalidad, Trastornos psicóticos, Trastornos del comportamiento y/o emociones y Trastornos Adaptativos.

Seleccionamos aquellos que puntúan significativamente en la escala de prototipo de personalidad Oposicionista a través del MACI, realizando un análisis descriptivo de los resultados del ESPA29. Comparamos los resultados de ambos subgrupos.

**Conclusiones.** El estilo de socialización parental percibido por el adolescente en crisis, difiere según el tipo de diagnóstico clínico. En aquellos que presentan conducta oposicionista por otra parte no perciben diferencias en cuanto al estilo socializador entre ambos progenitores.

## PSICOSIS INFANTIL TRAS ADMINISTRACIÓN DE CLARITROMICINA A PROPÓSITO DE UN CASO

Ochando Perales G.; Peris Cancio S.; Millán Olmo MC.; Loño Capote J.

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

**Introducción:** La Claritromicina es un antibiótico del grupo de los Macrólidos que se usa como alternativa a la Penicilina en pacientes con hipersensibilidad a la misma. La afectación neurológica está definida como efecto adverso a dicho fármaco ya que atraviesa la barrera hemoencefálica. Los procesos psicóticos son excepcionales en la edad prepuberal, la tasa de prevalencia se situaría entre el uno y dos por mil niños pequeños.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la etiopatogenia de la psicosis infantil y resaltar la importancia de una orientación diagnóstica adecuada desde el inicio del cuadro que permita un pronóstico y un tratamiento adecuados.

**Desarrollo:** Revisamos la Historia Clínica de una niña de 6 años que presenta de forma brusca alucinaciones auditivas (voces que le dicen que mate a sus padres) y pensamientos obsesivos (“me gustaría matarte y cortarte el cuello”, “quiero que bebáis lejía y os muráis”). Refiere antecedente de proceso infeccioso tratado con Claritromicina por hipersensibilidad a Amoxicilina los días previos al inicio de los síntomas. Realizado EEG y RNM sin hallazgos patológicos. La remisión fue espontánea tras 1 mes de seguimiento. Se notificó Reacción Adversa a Fármacovigilancia.

**Conclusiones:** El fenómeno psicótico en la edad preescolar suele ser el resultado de patología orgánica, consumo de tóxicos o efecto adverso de fármacos que atraviesen la barrera hemoencefálica. La evaluación de niños con posible psicosis debe incluir un estudio minucioso con la realización de una adecuada historia clínica y una buena definición de la sintomatología presentada.

## DETECCIÓN DE PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA EN UNA CONSULTA DE GASTROENTEROLOGÍA

33

Millán Olmo, M; Ochando Perales, G; Peris Cancio, S; Loño Capote, J.

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

**Introducción.** El dolor abdominal motiva múltiples consultas en atención primaria y derivaciones al especialista. Nuestro objetivo fue estudiar prevalencia de dolor abdominal psicósomático en la Unidad de Gastroenterología y objetivar diferencias entre dolor abdominal psicósomático y orgánico.

**Material y Métodos.** Incluimos niños entre 6 y 14 años. Se realizó estudio de organicidad y paidopsiquiátrico y se formaron 2 grupos, con y sin patología orgánica.

**Resultados.** Encontramos organicidad (grupo 1) en 8 pacientes (44.4%). Diagnosticamos trastorno somatomorfo (grupo 2) en 10 niños (55.5%). No existían diferencias en cuanto a media de edad y sexo.

El grupo 1 presentaba vómitos y anorexia (50-60% frente a 30% en grupo 2), la cefalea se asoció más al trastorno somatomorfo (70% grupo 2 y 50% grupo 1). La valoración (escala 0-10) de intensidad no mostró diferencias. Los padres sobrevaloran la intensidad (8.2 frente a un 6.5 en niños).

Hallamos estresantes vitales en 90% de los niños con patología psicósomática y 50% en patología orgánica.

El CDI fue patológico en 2 pacientes (11%), ambos en el grupo 2, y encontramos ansiedad en 6 pacientes (33.3%) sin diferencias entre grupos.

### Conclusiones.

1. Las características clínicas no ayudan a predecir la naturaleza del proceso.
2. La intensidad del síntoma está sobrevalorado por los padres.
3. Es importante buscar estresantes vitales que orienten hacia un dolor abdominal psicósomático.
4. Los tests diagnósticos de ansiedad y depresión no demostraron utilidad.
5. Pese a las limitaciones por el tamaño muestral, el 50% de dolores abdominales son de origen psicósomático y se beneficiarían de un estudio simultáneo en consultas de Gastroenterología y Paidopsiquiatría.



34 **SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UNA PATOLOGÍA A CONSIDERAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

**Ochando Perales G.; Peris Cancio S.; Millán Olmo MC.; Loño Capote J.**

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

**Introducción:** El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una complicación relacionada con la medicación neuroléptica, aunque puede aparecer asociado a otros tratamientos. Es una entidad muy temida y siempre presente en el psiquiatra, acostumbrado a tratar adultos que reciben fármacos neurolépticos. En cambio, no ocurre lo mismo con el pediatra, a pesar de que también existen casos de SNM descritos en niños.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es recordar dicha posibilidad diagnóstica en los cuadros febriles presentados en niños y adolescentes en tratamiento con Neurolépticos.

**Desarrollo:** Presentamos el caso de un paciente de 14 años afecto de una enfermedad neurodegenerativa no filiada en el que se inició tratamiento con Risperidona por cuadro de agitación psicomotriz en el contexto de su patología. Tras 6 meses del inicio del tratamiento inicia cuadro de hipertermia, desorientación e hipertonía en "tubería de plomo", leucocitosis y elevación de CPK. Se descartó patología infecciosa de sistema nervioso central. Tras la sospecha diagnóstica suspendimos tratamiento con Neuroléptico e iniciamos tratamiento con Dantroleno dada la severidad del cuadro, presentando mejoría gradual.

**Conclusiones:** El SNM es un cuadro infrecuente, sobretodo en la infancia y adolescencia, pero es una patología a considerar en el diagnóstico diferencial de procesos febriles en niños tratados con Neurolépticos dado su pronóstico y severidad. Aunque la población pediátrica en tratamiento con neurolépticos es escasa, creemos importante la sensibilización y formación del pediatra acerca de la existencia de esta complicación y los síntomas de alarma.

**ALTOS NIVELES DE EXPRESIVIDAD FAMILIAR AUMENTAN EL RIESGO DE REINGRESO TRAS HOSPITALIZACIÓN PSIQUÁTRICA EN ADOLESCENTES**

**David Fraguas, Asunción Velasco, Paloma Varela, Jessica Merchán, Marisa Giradles, Mara Parellada**

Unidad de Adolescentes. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Introducción:** El nivel de expresividad de los sentimientos entre los miembros de la familia se ha relacionado con la presentación y en la evolución de la patología psiquiátrica, especialmente en población infanto-juvenil. Los adolescentes que tras ingreso psiquiátrico requieren reingreso en el año siguiente al alta tienen peor pronóstico a largo plazo que aquellos que no requieren reingreso. Sin embargo, no se conoce la relación entre el clima familiar y el riesgo de reingreso tras hospitalización psiquiátrica en adolescentes.

**Métodos:** La relación entre el nivel de expresividad de sentimientos entre los miembros de la familia (según dimensión expresividad de escala autoaplicada de clima familiar (FES)) y el índice de reingresos hospitalarios tras el alta fue evaluada en 40 adolescentes (16 varones (40%) y 24 mujeres (60%), con edad media de 15.4 años (D.E.=1.4), rango 12-17) ingresados consecutivamente en la unidad de adolescentes de psiquiatría de nuestro hospital (UADO) entre enero y marzo de 2004 que aceptaron participar en el estudio. Sus padres o tutores firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** Los pacientes que reingresaron en el año siguiente al alta, presentaron en la evaluación realizada en el ingreso de estudio un nivel expresividad mayor que aquellos que no reingresaron ( $p=0.034$ ). Controlando por edad, género, diagnóstico, y consumo de tóxicos, un alto nivel de expresividad aumentó 2.25 veces el riesgo de reingreso ( $OR=2.25$ ,  $p=0.019$ ).

**Conclusión:** La presencia de niveles altos de expresividad de sentimientos entre los miembros de la familia aumenta el riesgo de reingreso psiquiátrico hospitalario en adolescentes.

## MODELO DE INTERVENCIÓN MULTIAGENCIAL EN TRASTORNOS DE CONDUCTA

Basabe, E; Aguado, J; Gil, P; Masana, A; Ferret, T; Martínez, D; Tárrega, B; Ibáñez, O; Timoneda, Q.

Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Tarragona. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata

**Introducción.** Los trastornos de conducta (TC) suponen una parte significativa de la demanda de atención en los servicios de atención mental infanto-juvenil. Incluyen niños y adolescentes con cuadros psicopatológicos diversos, con respuestas conductuales o emocionales que tienen lugar en distintos ámbitos y que son tan diferentes de las apropiadas a las normas de edad, cultura o étnicas que afectan negativamente al desarrollo y provocan importantes alteraciones en el medio familiar, escolar y social. Debido a su complejidad, requieren necesariamente un abordaje multidisciplinar.

### Objetivos.

1. Avanzar hacia una definición común de los TC.
2. Aumentar la cooperación y corresponsabilización en el abordaje de los menores con TC, desarrollando un esquema de detección e intervención multiagencial para estos trastornos, que se estructure finalmente en un protocolo de actuación.

**Desarrollo.** Se forma un equipo de expertos compuestos por profesionales de los servicios de atención a la infancia de Tarragona: CSMIJ, Centros de Atención Precoz, Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia en Alto riesgo social, Equipos de Áreas Básicas de Servicios Sociales, Equipos de Áreas Básicas de Salud (Pediatria), Equipos de Atención Psicopedagógica y Centros Residenciales de Acción Educativa.

Se establecen reuniones mensuales durante dos años y se utiliza como metodología la revisión de casos clínicos y bibliografía y la discusión interprofesional, aportando cada servicio su visión y estilo de intervención.

**Conclusiones.** Se realiza una definición consensuada de TC y se desarrolla un esquema de detección e intervención multiagencial que atiende tres aspectos básicos de estos trastornos: el diagnóstico clínico, funcional y social.

## TÉCNICA DE RELAJACIÓN MASAJE CON PELOTAS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Sevillano Aparicio I, Hernández Alonso A, Pisano Guerra R, Yabar Fernández Y.

Hospital de Basurto. Unidd de Hospitalización Infanto-juvenil. Servicio de Psiquiaría. Vizcaya

**Introducción.** Elegimos la técnica de relajación masaje con pelotas, por ser la técnica que tiene mayor aceptación entre los adolescentes, de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil del hospital de Basurto.

Con esta técnica los adolescentes son los que dan y reciben el masaje por lo que son participes en todo momento del ejercicio.

**Objetivos.** Incrementar el nivel de relajación que consiguen los adolescentes al realizar la practica de esta técnica.

**Desarrollo.** Para realizar este trabajo elegimos una muestra de 43 adolescentes, con edades comprendidas entre 11 y 17 años (media de 13.8 años) con una duración de días ingresados entre 3 y 46 días (media de 13.6 días) en el año 2006 con diferentes diagnósticos.

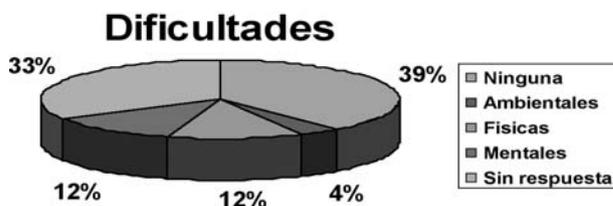
El ejercicio consiste en darse masaje a traves de una pelota de goma espuma por parejas, primero uno realiza el masaje y el otro recibe y cuando se termina se cambian.

El masaje se realiza presionando ligeramente la pelota contra el cuerpo con movimientos circulares..

Cuando se ha terminado el ejercicio se hace una puesta en común. Este es el momento en el que aportan su experiencia uno a uno.

Para terminar realizan un registro de la práctica valorando el grado de relajación antes y después de hacerlo, así como las diferentes dificultades que hayan podido tener.

**Resultados.** Utilizando los registros realizados y viendo el gráfico podemos observar que hay una clara diferencia entre antes y después de hacer la práctica en relajación.



En este gráfico exponemos las dificultades que los adolescentes han tenido al realizar el masaje con pelotas y que han puesto en el registro de relajación.



## POSTERS LIBRES

- 36 **Conclusiones.** Hemos llegado a la conclusión que la practica de relajación masaje con pelotas es efectiva.  
Que en un tanto por ciento importante no hay dificultades al realizar el ejercicio.

### DESCRIPTIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (EXCLUYENDO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TIPO ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA)

À. Vidal, E. Font, M. Peramiqel, L. Lázaro, J. Castro.  
Hospital Clinic de Barcelona

**Introducción:** El Hospital de Día infanto-juvenil (HD) es un marco terapéutico que engloba una intervención psicológica, psiquiátrica, educativa y psicosocial. Este tratamiento intensivo se puede realizar no desvinculado al niño o adolescente de su ambiente familiar, académico y social.

**Objetivo:** Realizar un descriptivo de los datos del HD del Hospital Clínic desde su inicio, en el 2002, hasta la actualidad, para conocer la realidad de este recurso asistencial y los cambios a lo largo de estos años.

**Metodología:** Han ingresado 325 pacientes. Se describe la prevalencia de las distintas patologías, género y edad de los pacientes, procedencia y dispositivo al que se derivó al alta. Se compara cada año con estas variables.

**Resultados:** Los trastornos más prevalentes fueron el trastorno del estado de ánimo, el trastorno de conducta, los trastornos psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia específica (fobia escolar). En el 2006 hubo un aumento significativo de trastornos afectivos y TDAH. La mayor parte de pacientes fueron adolescentes (>12 años), si bien en el 2006 incrementó el número de prepúberes, llegando al 21%. La proporción varón:mujer es variable cada año. Todos los años la mayor parte de los pacientes han sido derivados de consultas externas (CCEE), pero en el 2006 el dispositivo que más derivó a HD fue la sala de psiquiatría, y aumentó también las derivaciones desde el CSMIJ. El principal dispositivo al que son remitidos los pacientes al alta es la CCEE.

**Conclusiones:** La diversidad de patologías y del rango de edad (entre 7 y 18 años) de los pacientes permite entrever la complejidad de este dispositivo. La mayor parte de pacientes antes de ingresar a HD han recibido asistencia por otro dispositivo del mismo hospital, sea hospitalización completa o CCEE. No parece un dispositivo que los CSMIJ deriven directamente, si bien la tendencia es a aumentar el vínculo con este recurso. La mayor parte de pacientes son derivados a CCEE del hospital, donde seguirán tratamiento antes de su derivación de nuevo al CSMIJ o hasta su mayoría de edad.



## **ALUCINACIONES EN PSICOFARMA- COLOGÍA INFANTIL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

**C León Quintana\***, **F de Sande Díaz\*\***, **JR Gutiérrez Casares\*\***, **J Sánchez Sánchez\*\***, **B Martín Morgado\*\***, **S González Santana\*\***,

\*Hospital General de Lanzarote. Consulta de Trastornos Generalizados del Desarrollo. \*\*Unidad Ambulatoria de Salud Mental de Niños y Adolescentes. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

\*\*\*Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

**Introducción:** El tratamiento con metilfenidato en sus diversas presentaciones ha demostrado ser seguro y eficaz en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Si bien, efectos adversos como la anorexia o el insomnio se presentan con relativa frecuencia, el clínico debe tener en cuenta la posible aparición de otros no tan frecuentes como las alucinaciones.

**Material y métodos:** Presentamos 2 casos de pacientes con alucinaciones que recibían tratamiento con metilfenidato de liberación retardada (MTF Oros).

El primer caso se trata de una niña de 6 años de edad y 12 kg de peso, con antecedentes de miopía magna y retraso madurativo diagnosticada de TDAH subtipo inatento. Acude a urgencias presentando cuadro de, 2 horas de evolución, con agitación psicomotriz, sudoración y relatando ver “bichos” que le cubrían todo el cuerpo solicitando, aterrORIZADA, que se los quitaran. Llevaba en tratamiento 3 días (18 mg/día) habiendo tomado la dosis de ese día, por equivocación, a las 20 horas. Tras exploración física y pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, hemocultivo y detección de tóxicos en orina), descartando otras posibles causas, se llega al diagnóstico de cuadro alucinatorio secundario a la ingesta de fármaco.

El segundo caso corresponde a un varón de 7 años de edad y 20 kg de peso, diagnosticado de TDAH subtipo combinado sin otros antecedentes personales de interés. Desde el inicio con MTF Oros (18 mg/día) el paciente presentó anorexia, insomnio de conciliación e hipotimia añadiéndose, al tercer día de tratamiento, alucinaciones visuales en forma de “bichos” (zoopsias) y auditivas (voces susurrantes no imperativas).

En ambos casos la sintomatología referida cedió tras suspender el tratamiento y sólo en el primer caso fue necesario la administración de diazepam (15 mg IV en cinco dosis diferentes) y haloperidol (1.2 mg VO).

**Conclusión:** La aparición de efectos adversos graves con metilfenidato es infrecuente. No obstante, la presencia de alucinaciones u otros síntomas psicóticos en el contex-

to de este tratamiento obliga, de cualquier manera, a descartar otras posibles causas. Dado el carácter disruptivo de este tipo de síntomas para el niño y la familia, la intervención temprana se hace fundamental.



## POSTERS LIBRES

### 38 DELIRIUM POR INTOXICACIÓN POR INHALANTES: A PROPOSITO DE UN CASO

Sánchez Pérez M\*, Fernández Rivas A\*\*, Catalán Alcántara A\*, Prieto Etxebeste M\*, García Ormazza J\*, Bravo Barba E\*.

\*Hospital de Cruces. Baracaldo. \*\* Hospital de Basurto. Bilbao.

**Introducción.** Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar alteración mental<sup>1</sup>. Por lo tanto, su abuso podría definirse como la inhalación de vapores químicos con el objetivo de provocar efectos psicoactivos.

Los inhalantes orgánicos cumplen una serie de características que los hacen atractivos para la población infanto-juvenil, como son su bajo precio, fácil acceso en droguerías y supermercados y efecto rápido tanto en su inicio de acción como en su desaparición.

Su consumo tiene importantes repercusiones psíquicas y somáticas que más adelante detallaremos. Así mismo se ha asociado a abuso de otros tóxicos y a patología psiquiátrica.

#### Objetivos.

- Conocer los signos y síntomas que pueden ayudarnos a mejorar la detección temprana del consumo de inhalantes.

- Destacar la gravedad de los cuadros clínicos derivados del consumo de inhalantes y subrayar la importancia del reconocimiento precoz de este tipo de cuadros, aún hoy infrecuentes en nuestro medio.

**Desarrollo.** Presentamos el caso de un paciente varón de 17 años que acudió por primera al servicio de urgencias de su hospital de referencia por un cuadro inespecífico en el que destacaban cefalea, pérdida de memoria y alteraciones del comportamiento. En dicho servicio se realizó despistaje de patología orgánica con analítica básica, TAC craneal y punción lumbar, encontrándose todos los resultados dentro de la normalidad. Se solicitó una interconsulta a psiquiatría de urgencias, observándose en la entrevista fenómenos de desrealización, posibles pseudoalucinaciones auditivas e interpretaciones delirantes de carácter autorreferencial. Ante la sospecha de que pudiera tratarse de un primer episodio psicótico, se pautó olanzapina 7.5 mg y el paciente fue derivado a Consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil de su Centro de Salud Mental de referencia.

Dos días después, el paciente volvió al servicio de urgencias, acompañado por su tutor, refiriendo un agravamiento de la clínica, por lo que se le derivó para ingresar a

la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto, con el diagnóstico de presunción de episodio psicótico y una pauta de tratamiento de risperidona 6 mg/ día.

Se trata de un paciente de origen marroquí que emigró hace año y medio. Vivió pocos meses en Barcelona con un familiar y posteriormente vino a Bilbao. Desde hace un año vive en un hogar del Servicio de Protección a la Infancia de la Diputación Foral de Vizcaya. Cursa CIP de hostelería con buenos resultados y sus monitores le definen como un muchacho responsable, respetuoso y agradable. Es el mayor de cuatro hermanos y mantiene contacto de manera frecuente con su familia de origen. No presenta antecedentes médicos, quirúrgicos ni psiquiátricos relevantes. Consume cannabis de manera esporádica. No fue posible recoger datos en torno al embarazo, parto y desarrollo evolutivo al no ser posible el contacto con su familia de origen.

La historia actual había comenzado dos semanas antes del ingreso, momento en el que el paciente presentaba un cuadro consistente en cefalea intensa de predominio frontal, astenia, pérdida de memoria, dolor abdominal y náuseas, ansiedad y alteraciones de conducta. La clínica se presentaba de manera constante pero con una intensidad creciente, y no observaron ninguna mejoría durante los días que tomó la medicación antipsicótica pautada en urgencias. Según referían los cuidadores, aproximadamente un mes antes habían notado ciertas modificaciones en la conducta del paciente consistentes en un cambio de amistades y un comportamiento más inadecuado en forma de oposiciónismo y actitud desafiante. Tanto por las amistades que comenzaba a frecuentar como por la actitud observada sospecharon que podría estar consumiendo inhalantes orgánicos. Al interrogar al paciente sobre el consumo de tóxicos reconoció que hacía aproximadamente un mes había aumentado de manera considerable el consumo de cannabis y había comenzado a consumir inhalantes orgánicos en respuesta al malestar que le generaba el encontrarse lejos de su familia y su país. Si bien al principio consumía estos últimos en pequeñas cantidades y de manera esporádica, las últimas tres semanas había comenzado a utilizarlos de manera diaria y a altas dosis.

A la exploración el paciente presentaba un nivel de conciencia con fluctuaciones, evidenciándose una importante dificultad para mantener la atención y la concentración, e impresionando de estar confuso. Se encontraba orientado en tiempo y espacio. Su actitud era adecuada y colaboradora en la medida en la que se lo permitían sus limitaciones lingüísticas. El lenguaje era farfullante y de difícil comprensión. Tenía un marcado nivel de ansiedad con

fenómenos de despersonalización. Refería interpretaciones delirantes de carácter autorreferencial, sobre todo durante los consumos, y alucinaciones cenestésicas. En lo que a la sintomatología física se refiere sufría una cefalea frontal pulsátil, molestias gastrointestinales, vómitos alimentarios e hiporexia. Toda la clínica referida en la exploración coincidía temporalmente con el consumo de inhalantes orgánicos.

Durante el ingreso se realizaron ECG, analítica de sangre con bioquímica, hematología y hormonas (cortisol 8 horas, TSH, T4 libre y prolactina), analítica de orina con bioquímica y drogas de abuso e interconsulta al Servicio de Neurología. Los resultados de las exploraciones complementarias estuvieron dentro de la normalidad.

Al ingreso, ante la sospecha de que el cuadro clínico pudiera responder a un delirium secundario a intoxicación por inhalantes orgánicos, se decidió suspender la medicación indicada, pautar tratamiento ansiolítico con loracepam 3 mg/día y observar la evolución espontánea del paciente.

Tras 24 horas de ingreso, y 72 horas después del último consumo el paciente experimentó una notable mejoría sintomática. Progresivamente cedió la sintomatología física, seguida de las interpretaciones delirantes y los fenómenos de ansiedad. Persistieron pensamientos de culpa, de corte obsesivo, acerca del consumo de tóxicos. Se mantuvo asintomático durante el resto del ingreso, manteniendo una buena capacidad de autocritica en torno a lo sucedido. Ante la desaparición de los síntomas de ansiedad se suspendió el loracepam.

Al alta se le derivó para seguimiento a su centro de salud mental de referencia.

**Conclusiones.** Las características psicopatológicas del cuadro clínico descrito, así como la resolución espontánea del mismo sin utilizar medicación antipsicótica durante el periodo de tiempo mínimo necesario, obligan, en principio, a descartar que se trate de un episodio psicótico funcional. El síntoma nuclear en nuestro paciente fue la clínica confusional, consistente en fluctuaciones del nivel de conciencia y dificultad para la atención y concentración, por lo que el diagnóstico sindrómico inicial fue de episodio confusional o delirium. Se realizaron múltiples pruebas analíticas en sangre y orina, así como TAC craneal y punción lumbar, tratando de buscar una alteración metabólica, infecciosa o tumoral que pudieran explicar la sintomatología del paciente. Como hemos referido previamente, todas estas pruebas estuvieron dentro de la normalidad. Los cambios más significativos en la vida del paciente las semanas previas al ingreso fueron un aumento en el con-

sumo de cannabis y un inicio reciente y abusivo de consumo de inhalantes orgánicos. La prueba de screening para drogas de abuso fue negativa para cannabis y el paciente no presentaba signos típicos de intoxicación por cannabis como son el aumento de apetito, sequedad de boca o la inyección conjuntival. Los inhalantes no se detectan en orina y el método de screening existente, la cromatografía de gases, no es accesible en la mayoría de servicios de urgencias. Pero podemos afirmar que el paciente presentaba múltiples síntomas orgánicos, como son el mareo, lenguaje farfullante, náuseas, anorexia, confusión y disminución del nivel de conciencia, compatibles con el abuso de inhalantes. Este predominio de la clínica somática y confusional, así como la coincidencia temporal con un consumo abusivo de inhalantes orgánicos, y su resolución paralela, hacen pensar en un diagnóstico inicial de delirium por intoxicación por inhalantes.

El consumo de inhalantes orgánicos tiene importantes repercusiones psíquicas y somáticas que más adelante detallaremos. Se ha asociado a abuso o dependencia de alcohol, alucinógenos, cocaína y anfetaminas, a padecer depresión mayor, a intentos de suicidio en la población adolescente<sup>2</sup> y a trastorno de personalidad antisocial<sup>3</sup>. Así mismo, puede provocar morbi-mortalidad cardiaca, renal, hepática y neurológica<sup>4</sup>.

Estas características hacen que puedan convertirse en un importante problema de salud en nuestro entorno, como ya lo es en otros países. La mejor manera de frenar el abuso de inhalantes es la detección temprana, antes de cause consecuencias graves para la salud<sup>1</sup>. La detección es difícil pero hay una serie de signos que pueden hacernos sospechar, tales como el olor a producto químico en la ropa o el aliento, la rinorrea, llagas periorales, inyección conjuntival, mareo, aturdimiento, anorexia, ansiedad, irritabilidad e insomnio<sup>5</sup>.

En la intoxicación aguda por inhalantes destacan los efectos sobre el SNC. Además, estos compuestos son muy lipofílicos por lo que rápidamente provocan síntomas sugestivos de depresión del SNC como disartria, ataxia, desorientación y alucinaciones visuales. El cuadro clínico puede evolucionar y llegar al coma, convulsiones y depresión respiratoria. También se han descrito efectos secundarios al consumo crónico como son atrofia cortical, daño cerebeloso difuso y neuropatía periférica<sup>6</sup>.

Los efectos somáticos de los inhalantes son potencialmente peligrosos. A bajas dosis provocan hipotensión leve y taquicardia y a dosis altas bajo gasto cardiaco y bradicardia. La toxicidad pulmonar puede ser directa sobre el tejido o mediada por asfixia durante la inhalación. En el



## POSTERS LIBRES

40 riñón pueden causar acidosis renal tubular, cálculos y glomerulonefritis, siendo especialmente tóxico el tolueno. También pueden provocar hepatitis tóxica y afectación de la médula<sup>6</sup>. Por último, no podemos obviar el riesgo de muerte derivado de la intoxicación por inhalantes, que puede darse por múltiples causas como aspiración, traumatismo, asfixia o fallo cardiaco entre otros. En muchas ocasiones la muerte está causada por el "síndrome de muerte súbita por inhalación". Esto ocurre cuando el paciente intoxicado sufre un episodio de agitación, provocando una liberación masiva de catecolaminas que provocan fibrilación ventricular<sup>5</sup>.

En la mayoría de los casos, salvo que la intoxicación sea grave, estos pacientes no solicitan atención médica. En caso de esto no sea así, debemos asegurar la vía aérea, función respiratoria y circulatoria. La monitorización cardiaca es recomendable debido al riesgo de muerte súbita. Así mismo se valorarán los signos vitales, cardiopulmonares y neurológicos. Debido a la importante afectación somática secundaria al uso de inhalantes, es importante realizar una analítica que incluya hematemetría, saturación de oxígeno, glucemia y marcadores de función hepática y renal. Es importante descartar mediante análisis el consumo concomitante de otros tóxicos<sup>6</sup>.

El tratamiento psiquiátrico será sintomático, prestando especial atención a la confusión y a las alteraciones de conducta. En caso de aparecer alteraciones severas de conducta utilizaremos antagonistas dopaminérgicos como haloperidol, con especial precaución dada la disminución del umbral convulsivo que estos pueden provocar. Las benzodiazepinas serán útiles para el control de la ansiedad que generan estos cuadros, especialmente una vez ha cedido la fase aguda, pero seremos especialmente cautos con su utilización, y las evitaremos en caso de existir riesgo de depresión respiratoria<sup>7</sup>. En todo caso, estos pacientes deberán ser derivados a sus centros de Salud Mental de referencia para asegurar un tratamiento a largo plazo del abuso de tóxicos y de la patología psiquiátrica que se asocia en la mayoría de ocasiones.

### Bibliografía

1. National institute On Drug Abuse. Inhalant Abuse. NIH 05-3818. National Institute of Health, 2005.
2. Sakai JT, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Crowley. Inhalant use, abuse, and dependence among adolescent patients: commonly comorbid problems. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*, 43:1080-1088, 2004.
3. Compton WM III, Cottler LB, Dinwiddie SH, Spitznagel EL, Mager DE, Asmus G. Inhalant use: characteristics and predictors. *Am J Addict* 3: 263-272, 1994.
4. American Academy of Pediatrics. Inhalant abuse. *Pediatrics* 97: 420-423, 1996.
5. Anderso CE, Loomis GA. Recognition and prevention of inhalant abuse. *Am Fam Physician* 68: 869-874, 2003.
6. Kurtzman TL, Otsuka KN, Wahl RA. Inhalant abuse by adolescents. *J Adolesc Health* 28: 170-180, 2001.
7. Trastornos relacionados con inhalantes. En: Sadock BJ, Sadock VA, editores. *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Waverly Hispanica S.A; 2004.

## **MUTISMO SELECTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO**

41

**Sánchez M, Guadilla M, Catalán A, Prieto M, Bravo E, García J.**

Hospital de Cruces. Baracaldo.

**Introducción.** El mutismo selectivo es una enfermedad en la cual los niños rechazan hablar en algunas situaciones mientras mantienen un discurso normalizado en otras. Su interés radica en la baja prevalencia de los casos y las dificultades de abordaje.

### **Objetivos.**

- Conocer las manifestaciones clínicas del mutismo selectivo.

- Llamar la atención sobre un cuadro clínico, que a pesar de infrecuente tiene importantes repercusiones funcionales en el paciente.

**Desarrollo.** Paciente de 5 años de edad sin antecedentes médico – quirúrgicos de interés. Desde su escolarización a la edad de 3 años, no habla con ningún adulto salvo con los padres, por lo demás se observa una adecuada integración en el centro escolar con sus compañeros con los que sí mantiene comunicación verbal. Utiliza el lenguaje no verbal para comunicarse con adultos.

Salvo en lo referente al lenguaje oral su desarrollo psicomotor ha sido adecuado a la edad.

Tras ser valorado en la consulta no se aprecian datos que sugieran autismo. No existen problemas de comportamiento u otra sintomatología asociada.

Actualmente sigue tratamiento psicoterapéutico de orientación cognitivo – conductual 2 veces/semana.

**Conclusiones.** Se ha sugerido que la fobia social podría ser un factor etiológico y de mantenimiento en el mutismo selectivo. El escaso número de estudios controlados dificulta la elección de un abordaje terapéutico con garantías de éxito.

### **Bibliografía.**

- Yeganeh, R; Beidel, DC; Turner, SM. Selective mutism: more than social anxiety. *Depression and anxiety* 23:117 – 123. 2006.
- Remschmidt, H; Poller, M; Herpertz – Dahlmann, B; Hennighausen, K; Gutenbrunner, C. A follow up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscien* 251:284 – 296. 2001.