

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

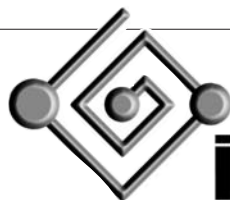
Volumen 23 • Número 2 (especial) • 2006

**S  
U  
M  
A  
R  
I  
O**

**Especial  
X Congreso  
de la Asociación  
Española de  
Psiquiatría  
Infanto-Juvenil**

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2006;23(2)



asociación española de psiquiatría

## infanto-juvenil

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

### COMITÉ DE REDACCIÓN

#### Director

J.R. Gutiérrez Casares (jrgutierrez@aepij.com)

#### Secretario

J. Busto Arenas

#### Vocales

A. Fernández Rivas (Bilbao)

T. Martínez Rey (Badajoz)

M. Martínez Velarte (Zamora)

I. Olza Fernández (Zaragoza)

A. Pérez Rodríguez (Badajoz)

J.A. Mazaira Castro (Santiago de Compostela)

T. Alcaina Prósper (Albacete)

#### Vocales aepij.com

O. Herreros Rodríguez (Sta. Cruz de Tenerife)

T. Cantó Díaz (Barcelona)

M.S. Salcedo Salcedo (Badajoz)

P. Ruiz Lázaro (Teruel)

M.J. Ruiz Lozano (Murcia)

J. Royo Moya (Pamplona)

R. Alonso Cuesta (Sevilla)

### JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPIJ

**Presidenta:** María Jesús Mardomingo Sanz

**Vice-presidente:** José Eugenio de la Fuente Sánchez

**Secretario:** Pedro Manuel Ruiz Lázaro

**Tesorero:** César Soutullo Esperón

**Vocal:** María Dolores Domínguez Santos

### COMISIÓN DE REDACCIÓN Y PROGRAMACIÓN

J.E. de la Fuente Sánchez . . . Exdirector RPIJ

P. Rodríguez Ramos . . . . . Presidente Comisión Científica AEPIJ

M.D. Domínguez . . . . . Vocal AEPIJ

J. Toro i Trallero . . . . . Miembro Electo por la AEPIJ

### PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPIJ

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

J. Tomàs i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

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

#### Secretaría de Redacción

Javier Busto Arenas  
Castillo de Almorchón 17  
06006 Badajoz  
revista@aepij.com

#### Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

**Siglo**  
EDITORIAL

Comunidad de Castilla-La Mancha, 3  
28231 Las Rozas (Madrid)  
Tel.: (91) 636 05 53 Fax: (91) 640 63 29  
E-mail: siglo@infonegocio.com

#### Copyright 2005

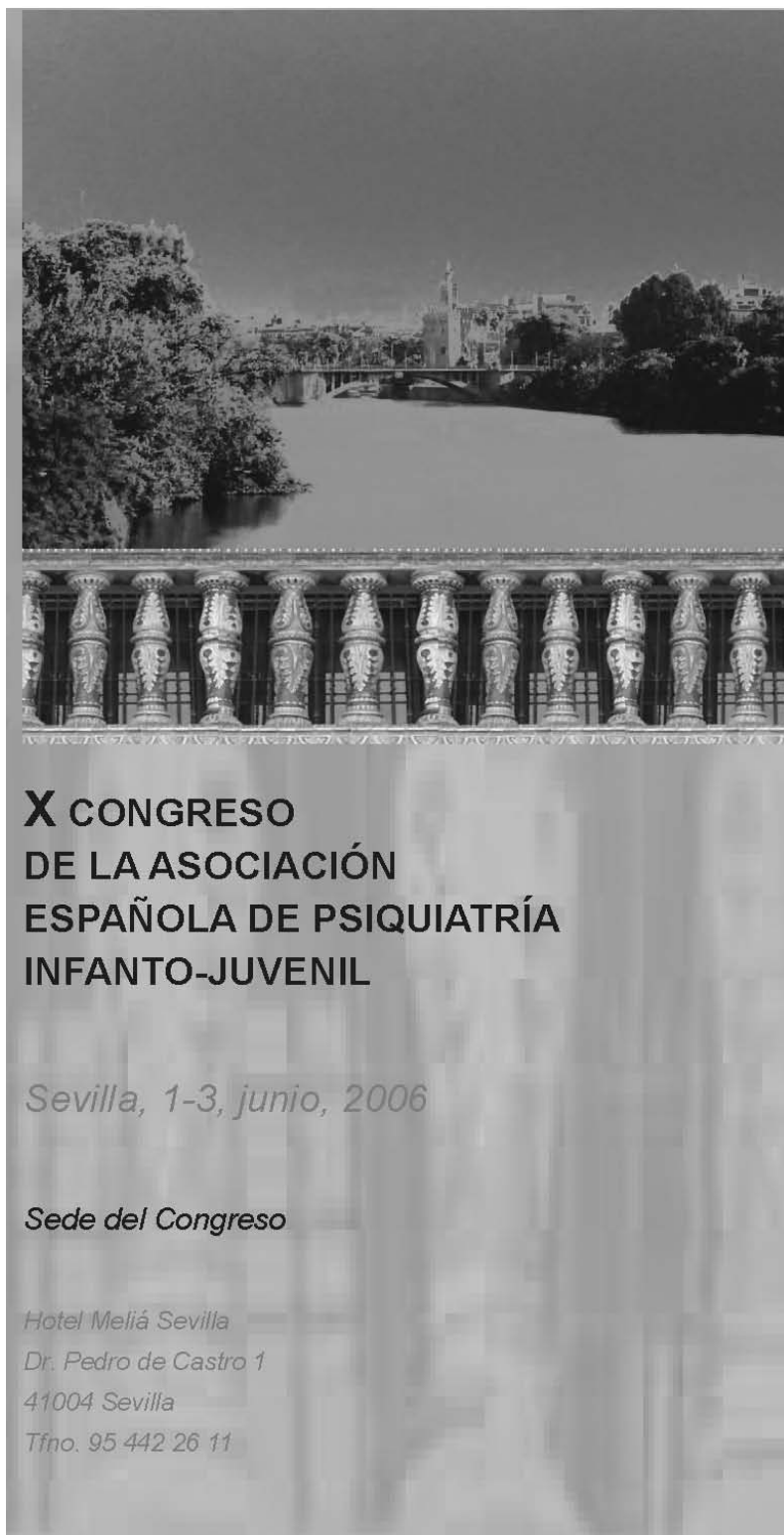
©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Editorial Siglo.

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

Depósito legal: B-41.588-90

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM



**X CONGRESO  
DE LA ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA  
INFANTO-JUVENIL**

*Sevilla, 1-3, junio, 2006*

*Sede del Congreso*

*Hotel Meliá Sevilla  
Dr. Pedro de Castro 1  
41004 Sevilla  
Tfno. 95 442 26 11*

## JUEVES 1 DE JUNIO

- 12:00 h.: **Recogida de documentación y colocación de posters**
- 13:00 - 15:00 h.: **Talleres precongreso**
- **Prevención y tratamiento de la obesidad del niño y adolescente**  
Dr. D. Adolfo de los Santos. USMIU Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla  
Dr. D. Pedro Ruiz Lazaro. USMIU Teruel
- **Protocolos AEPJ**  
Dr. D. Oscar Herreros. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna (Tenerife)  
Dr. D. Jose Eugenio de la Fuente. Hospital Clínico Universitario, Barcelona
- **Trastornos disociales**  
Dr. D. Joaquín Díaz Atienza. USMIU Almería
- **Autismo: Abordaje terapéutico**  
Dra. D.ª Amaya Hervas. Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona  
Dr. D. Jose Ramon Gutiérrez. Complejo Hospitalario Universitario, Badajoz  
Dr. D. Adrian Llerena. Dpto. Farmacología, Universidad de Extremadura.
- 17:00 - 19:00 h.: **1ª SESIÓN "Temperamento, personalidad y trastornos de personalidad"**  
Moderador: Dr. D. Joaquín Díaz Atienza, USMIU Almería.
- **Temperamento y Psicopatología**  
Dr. D. Pedro Benjumea. Departamento Psiquiatría Universidad de Sevilla
- **Inhibición conductual y psicopatología**  
Dr. D. Sergi Ballestri, Dra. D.ª María Claustre. Departamento de Psicología Clínica y de la salud. Universidad Autónoma de Barcelona
- **Factores y facetas de la personalidad en trastornos de la conducta alimentaria**  
Dra. D.ª Teresa Gujjarro. Dra. Yolanda Sanz. USMIU Córdoba
- **Evaluación de los trastornos de la personalidad en la adolescencia: IPDE**  
Dr. D. José Eugenio de la Fuente, Dra. D.ª Gloria Canadía.  
Hospital Clínico Universitario, Barcelona
- 19:00 - 19:30 h.: **Presentación guías de la AEPJ**  
Dra. D.ª C. Ballesteros  
Hospital Clínico Universitario, Valladolid
- 19:30 - 20:00 h.: **Presentación de posters**  
Coordinador: Dr. D. Rafael Burgos, USMIU Córdoba.
- 20:00 h.: **Inauguración Oficial del X Congreso**
- 20:30 h.: **Conferencia inaugural: "Síndromes de transición"**  
Prof. J. Rodríguez Sacristán, Sevilla
- 21:30 h.: **Copa de bienvenida**

## VIERNES 2 DE JUNIO

- 09:00-11:00 h.: **2ª SESIÓN: "Ansiedad"**
- Moderador: Dr. D. Josep Toró, Hospital Clinic y Universidad de Barcelona
- **"Ansiedad: perspectiva etiológica"**. Dr. D. Joaquín Veà, Universidad de Barcelona
- **"Desarrollo de la ansiedad y el estrés"**. Dra. D.ª Josefina Castro, Hospital Clinic, Barcelona
- **"Ansiedad y agresividad"**. Dr. D. Tomás Cantó, CSM de Alicante
- **"Ansiedad en la patología"**. Dra. D.ª Lourdes Ezpeleta, Universidad Autónoma de Barcelona
- 09:00-11:00 h.: **Comunicaciones orales**
- Presidente:** Dr. D. José Luis Pedreira. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid.
- Secretario:** Dr. Francisco Díaz Atienza. USMIU Granada.
- 11:00-11:30 h.: **Café - Presentación de posters**
- Coordinador:** Dr. D. Eusebio Santesteban. USMIU Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
- 11:30-13:30 h.: **Symposium TDAH: Actualidad y controversias**  
Moderador: Dr. D. Josep Toro. Hospital Clínico de Barcelona
- **Más de 50 años de seguridad con melittinato**  
Dr. D. Xavier Gastaminza. Hospital Vall D'Hebrón. Barcelona
- **Prescolares: ¿Diagnosticar y tratar?**  
Dr. D. Oscar Herreros. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Tenerife)
- **El adolescente, el TDAH y el tratamiento optimizado**  
Dr. D. Javier Rojo. Hospital de día Infanto-Juvenil, S. Navarro de Salud (Pamplona)
- 13:30-14:30 h.: **"European training in child psychiatry"**. Dr. D. Ernesto Caffo, Presidente ESCAP, Modena (Italia)
- 14:30 h.: **Comida de trabajo**
- 16:30-17:00 h.: **Presentación de posters**
- Coordinadora:** Dra. D.ª Teresa Guerra. USMIU Algeciras
- 17:00-19:00 h.: **3ª SESIÓN "Continuidad de los trastornos psiquiátricos infante juveniles a los del adulto"**
- Moderador: Dr. D. Francisco Rey. Hospital Universitario de Salamanca
- **Continuidad y estabilidad diagnóstica de las esquizofrenias juveniles**  
Dr. D. Antonio Agüero. Dpto. Psiquiatría, Universidad de Valencia
- **Continuidad en los trastornos afectivos**  
Dr. D. José Ramon Gutiérrez. Complejo Hospitalario Universitario, Badajoz
- **Continuidad de la adolescencia en la edad adulta: Resultado de un estudio de consumo de sustancias en la comunidad gallega**  
Dra. D.ª Angela Torres. Dra. María Dolores Domínguez, Dra. D.ª Eva Fernández. Dpto. de Psiquiatría. Universidad de Santiago de Compostela
- **Continuidad de los trastornos alimentarios**  
Dr. D. Mariano Velilla. Hospital Clínico Universitario, Zaragoza

## SÁBADO 3 DE JUNIO

- 16:00-18:00 h.: **Comunicaciones orales**
- Presidente:** Dra. D.ª Concha de la Rosa. USMIU Cádiz
- Secretaria:** Dra. D.ª Rosario Alonso. USMIU Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla
- 19:00 h.: **Semblanza en memoria del Dr. D. Francisco Javier Mendiguchia**  
Dr. J. San Sebastián. Hospital Ramon y Cajal, Madrid
- 19:15 h.: **Reunión de la Junta de la AEPJ**
- 21:30 h.: **Cena de gala**
- SÁBADO 3 DE JUNIO**
- 09:00 - 11:00 h.: **4ª SESIÓN: "Factores ambientales y neurobiológicos de la violencia: nuevas perspectivas"**
- Moderadora: Dra. D.ª María Jesús Merdomingo. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid
- **Orígenes biológicos de la agresividad humana**  
Dr. D. Tomás Pabno. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid
- **Agresividad y medio familiar**  
Dra. D.ª Carmen Ballesteros. Hospital Clínico Universitario, Valladolid.
- **Jóvenes, violencia y sociedad**  
Dr. D. Alberto Lasa. Universidad del País Vasco
- **Very young delinquent children: Epidemiology and follow-up**  
Dr. D. Theo Doreleijers. President of EFCAP. University of Amsterdam.
- 11:00-11:30 h.: **Café - Presentación de posters**.
- Coordinadora:** Dra. D.ª M.ª Félix Noa. USMIU Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla
- 11:30-13:30 h.: **Symposium Evolución del TDAH: Mitos y retos**  
Moderador: Dr. D. César Soutullo. Dpt. de Psiquiatría y Psicología médica. Clínica Universitaria de Navarra.
- **Evolución e impacto del TDAH**  
Dr. D. Javier San Sebastián. Hospital Ramón y Cajal, Madrid
- **Fundamentos neurobiológicos y de neuroimagen de la evolución del TDAH**  
Dr. D. Xavier Castellanos. University School of Medicine, Nueva York
- **El modelo noradrenergico: Resultados de desarrollo de un plan clinico de investigación en el TDAH**  
Dr. D. Rodrigo Escobar. Consultor médico. Neurociencias. Lilly Europe.
- 13:30-14:30 h.: **Conferencia de clausura: Antisocial behaviour: what we know and what we need to find out**  
Dra. D.ª Emily Simonoff. Department of Psychology and Psychiatry, King's College, Londres.
- 14:30 h.: **Entrega de premios**
- 15:00 h.: **Almuerzo**



## CONTINUIDADES DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO EN LA ADOLESCENCIA HACIA LAS EDADES ADULTAS.

**Antonio Agüero Juan**

Prof. Titular de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantil. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Cristina Agüero Ramón-Llin**

Unidad de Salud Mental Infantil. Castellón.

Me propongo en esta comunicación, reflexionar acerca de las “continuidades” de la esquizofrenia de inicio en el periodo de la adolescencia hacia edades adultas, basándome por una parte en los datos presentes en la literatura que existen sobre el tema y lo que se coincide prácticamente en la elevada estabilidad de este cuadro clínico a lo largo del tiempo y en consecuencia en las elevadas tasas de continuidad. Por otro lado y en paralelo voy a exponer algunos aspectos clínico-evolutivos de una muestra compuesta por 43 adolescentes en edades comprendidas entre 14-18 años, que con el diagnóstico de esquizofrenia, fueron hospitalizados entre los años 2001-2004 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia.

Sobre un total de 47 pacientes seleccionados por el diagnóstico inicial de esquizofrenia y en edades de inicio adolescentes (Edad media de 16.8 años), han sido valorados tras un seguimiento de 9.6 años, quedando una cifra final de diagnósticos estables de 43 casos clínicos, lo cual supone unas cifras de estabilidad diagnóstica del 91.4 %. Estas cifras son muy similares a las descritas en la bibliografía revisada y que en líneas generales ofrecen unos resultados que oscilan entre el 70-97%, siendo la gran mayoría resultados superiores al 80%. Esta elevadísima estabilidad diagnóstica puede estimarse como superior a otras patologías psiquiátricas como serían concretamente los Trastornos afectivos, exceptuando el Trastorno Bipolar que muestra tasas similares, aunque ligeramente inferiores. Con estos datos son destacables, ese 10-20% de esquizofrenias diagnosticadas de inicio por presentar síntomas psicóticos, pero que en la evolución se demuestra que se van a presentar en personas que de adultos no serán enfermos esquizofrénicos, como sería el caso de Trastornos Médicos y Neurológicos (Epilepsia, Lesiones Frontales..), Abuso de sustancias (Anfetaminas, Alucinógenos, Cocaína..), Trastornos Psiquiátricos no Esquizofrénicos (T. Bipolar, T. Depresivo con síntomas psicóticos,

trastornos disociativos, psicosis atípicas, trastornos de personalidad del cluster A (Esquizotípico...).

La elevada estabilidad diagnóstica conduce a su vez a una elevada Continuidad, que vendrá matizada por las diferentes variables presentes en estas formas clínicas de inicio temprano, que ya se diferencian de las de comienzo más tardío por presentar un perfil caracterizado por trastornos formales pensamiento, afecto inapropiado, afecto restringido, pensamiento impuesto, robo de pensamiento, delirios grandiosos, siendo los Delirios y alucinaciones más frecuentes en formas tardías.

En nuestra experiencia, las características que influyen de alguna manera en estas “Continuidades” y que marcan a fin de cuentas un mejor o peor pronóstico a medio plazo (9 años), serían por un lado la edad de inicio, que como se puede apreciar se sitúa en los límites superiores de las edades adolescentes, considerándose un peor pronóstico conforme las edades sean menores y se produzca de forma insidiosa. Se trataría de una peor evolución en varones, que en nuestro caso presentan una proporción V/M de 3/1 y cuando las formas clínicas sean de tipo indiferenciado y desorganizado, cuestión en la cual nuestra muestra es diferente pues dominan los cuadros de tipo Paranoide de una forma notable. Por último influyen de forma importante la existencia de una personalidad premórbida alterada, presente en la mitad de los casos de evolución desfavorable (GAF inferior a 60), mientras que la presencia de una etapa prodrómica larga, que en términos medios se cifran en nuestra muestra en un periodo medio de 4,3 años, origina un plazo elevado de “demora terapéutica” cuya influencia negativa en la evolución a largo plazo se encuentra en discusión en la actualidad. Otras características presentes en una continuidad marcada por la evolución desfavorable serían la existencia de una historia psiquiátrica familiar, de un mal ajuste psicosocial previo, de trastornos neurológicos, una baja capacidad intelectual, comorbilidad con abuso de drogas, la presencia de síntomas negativos y la ausencia de factor precipitante claro.

Llegado a este punto, concluimos que la Esquizofrenia de inicio en la adolescencia, en realidad comienza en la adolescencia tardía y sobre todo en las edades del adulto joven, lo cual significa que estos pacientes apenas acuden a las unidades de psiquiatría infantil, que raramente visitan a niños por encima de los 16 años y que en todo caso en estos adolescentes establecemos un diagnóstico previo, pero posteriormente no seguimos el tratamiento ni el curso evolutivo. Pienso que en esta situación resulta muy importante determinar el papel del Psiquiatra Infantil en



8 el establecimiento de un diagnóstico precoz, pues el periodo prodrómico de esta enfermedad si se encuentra claramente comprendido en edades infantiles. En este sentido, la Psiquiatría Infantil tiene mucho que aportar a la llamada “prevención secundaria” de la Esquizofrenia, que se basaría en una detección y diagnóstico temprano, que condujera a una intervención temprana y que en definitiva ayudara a prevenir o al menos a retrasar el inicio de la esquizofrenia, a reducir la severidad del cuadro clínico y a mitigar sus consecuencias sociales.

## **VERY YOUNG DELINQUENT CHILDREN: EPIDEMIOLOGY AND FOLLOW-UP**

**Prof Theo Doreleijers**

VU University medical centre Amsterdam,  
chairman European Association for Forensic  
Child and Adolescent Psychiatry, Psychology and  
other involved professions EFCAP.

Scientific research on the phenomenon of adolescent delinquency has resulted in the recognition of a large number of environmental and individual risk factors. Until recently, research on psychiatric pathology as risk factor for delinquency has not received much attention. Over the past years, interest in the subject seems to have grown, because several sound prevalence studies have been conducted on psychiatric disorders in juvenile justice populations.

Because current research has consistently shown high rates of disorders, the debate is slowly shifting toward aspects of clinical relevance (ie, for judicial handling and therapeutic intervention). For specific disorders with overall low prevalence, such as autism spectrum disorders and psychosis, research is still on the epidemiologic level.

The presentation will summarize the existing knowledge about the overlap between delinquency and psychiatric pathology, with specific focus on screening and diagnostic assessment of ambulatory and detained justice populations.



## RESULTADOS DE UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO COMUNITARIO SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN POBLACIÓN GALLEGA

Torres A, Domínguez MD, Fernández EM.

Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Santiago de Compostela

**Introducción:** Diversas investigaciones actuales ponen de manifiesto la importancia de estudiar las continuidades y discontinuidades psicológicas y psicopatológicas que se producen entre la adolescencia y la edad adulta.

**Objetivos:** Analizar el impacto del consumo de sustancias en la adolescencia sobre la aparición de problemas psicopatológicos en la edad adulta.

### Metodología:

1. Diseño: Estudio epidemiológico comunitario de tipo longitudinal prospectivo.

a. Fase 1 (Adolescencia): Estudio transversal de fase única, sobre muestra aleatoria y estratificada representativa de la población gallega de 12 a 18 años (N= 2.550).

b. Fases 2 y 3 (Edad adulta): Estudio de doble fase, con muestra aleatoria y estratificada del pool de sujetos recuperados de la fase 1 (71%), diez años después (N= 800).

2. Instrumentos: En las fases 1 y 2, se administran un Cuestionario sociodemográfico y Familiar, una Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, un Cuestionario de percepción de la salud general y psíquica, y el GHQ-60 de Goldberg. En la fase 2 (adultos) se utiliza el GHQ-60 como instrumento de screening ; y en la fase 3 la entrevista DIS (versión III) de Robins como instrumento diagnóstico, a todos los sujetos identificados como “caso epidemiológico” en la fase 2, y al 10% de los “no caso”.

**Resultados y Conclusiones:** Los resultados preliminares de esta investigación sugieren una combinación de estabilidades y cambios entre las dos etapas del ciclo vital a nivel psicopatológico.

### Referencias Bibliográficas

- Ensminger ME, Juan HS, & Fotherhill KE (2002). Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood. *Addiction*, 97: 833-844.
- Hofstra MB, Van Der Ende J, & Verhulst FC (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 179: 203-209.
- Rutter, M (1994). Beyond longitudinal data: causes, consequences, changes, and continuity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62/5: 928-940.

## FACTORES Y FACETAS DE PERSONALIDAD EN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Guijarro Granados T, Sanz López Y.

Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil. Córdoba.  
Mariat.guijarro.sspa@juntadeandalucia.es

### Introducción

La relación entre personalidad (tipos o rasgos) y trastornos de conducta alimentaria (TCA) se analiza mediante dos tipos de diseños:

- Estudios categoriales: Formulan categorías diagnósticas, tipo DSM y se realizan a través de entrevistas estructuradas IPDE (Loranger, 1995), SCID-II (Spitzer et al., 1987).

- Estudios dimensionales: Determinan rasgos personalidad y se realizan a través de cuestionarios: Neo-PIR (Inventario de Personalidad de Neo- revisado , Costa McCrae 1992), TCI (Temperament and character inventory, Cloninger et al., 1993), IPIP (Internacional Personality Item Pool, Goldberg 1999), EPQ (Cuestionario de Personalidad de Eysenk, 1985).

En los estudios categoriales la mayoría de los autores coinciden en que los trastornos de personalidad (TP) varían según tipo de TCA siendo mas frecuentes los del tipo C en Anorexia Nerviosa (AN), fundamentalmente TP por evitación, TP por dependencia y TP obsesivo (Bornstein et al., 2001), y los del tipo B en Bulimia Nerviosa (BN): TP Límite, Histriónico y Narcisista (Mitchell et al., 1991; Skodol et al., 1993; Cassin et al., 2005).

En los estudios dimensionales se describen rasgos de perfeccionismo, carácter obsesivo, neuroticismo, rigidez, convencionalismo, evitación del riesgo y excesivo control en AN y mayor sociabilidad, impulsividad, desorganización, labilidad afectiva y búsqueda de novedad en BN (Cassin et al., 2005).

Entre estos, hay pocos que hayan utilizado el NEO-PIR (Costa Mcrae 1992). Los que lo han hecho, coinciden en señalar tasas significativamente altas en neuroticismo y bajas en extroversión, siendo los resultados contradictorios en la faceta de apertura.

### Objetivos

-Estudiar factores y facetas de la personalidad en una muestra de mujeres adolescentes diagnosticadas de TCA mediante el NEO-PIR y comparar resultados con estudios anteriores realizados con el mismo instrumento.

-Diferenciar subgrupos TCA: ANR, ANP y BN y delimitar perfiles personalidad.



## 10 Material y método

-Muestra: 95 sujetos, todas mujeres, edades comprendidas entre los 17 y 18 años:

- 65 chicas diagnosticadas de TCA, en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (35 Anorexia nerviosa restrictiva(ANR), 23 Anorexia nerviosa purgativa (ANP) y 9 BN).

- 30 chicas (Grupo Control) estudiantes de un Colegio perteneciente a la misma ciudad, y con edades y nivel socio-cultural similares.

### *Instrumentos*

- NEO PI-R. Inventario de Personalidad NEO Revisado, (Costa y McCrae, 1992). Adaptación española de Cordero, Pamos y Seisdedos (1999). Inventario compuesto por 240 elementos que se contestan en una escala de 5 puntos (desde Total desacuerdo a Total acuerdo). Ofrece una medida abreviada de las cinco principales dimensiones o factores de la personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad). Cada uno de los factores del NEO PI-R está representado por seis escalas más específicas que miden facetas o aspectos del factor.

### *Análisis de Datos*

- Los análisis estadísticos se realizaron con el Programa SPSS 11.0 para Windows. Las diferencias entre grupos se analizan a través de un ANOVA o de la prueba "t" de student.

### **Resultados**

Comparando nuestra muestra clínica con controles encontramos diferencias significativas en factor Neuroticismo, más alto en total TCA y en BN que en controles, y en factor apertura, mas bajo en total AN y en ANR que en controles.

Al comparar los subgrupos de TCA se obtienen diferencias significativas en Neuroticismo (las BN puntúan mas alto que las ANR), en apertura (ANR y ANP puntúan mas bajo que BN) y en responsabilidad (Las ANR son mas responsables que las ANP)

En cuanto a las facetas de la personalidad, en las correspondientes al factor Neuroticismo, las BN puntúan significativamente mas alto en ansiedad, hostilidad y depresión y son mas ansiosas e impulsivas que las AN.

En las facetas de extroversión, las ANR y las ANP puntúan significativamente mas bajo que controles en emociones positivas.

En apertura las ANR puntúan más bajo que controles en sentimientos y valores y tienen menos fantasía que las BN.

En factor responsabilidad, las ANR obtienen valores más altos que las ANP en orden y deliberación.

## Conclusiones

- Las pacientes con TCA tienen rasgos personalidad diferentes a controles, y estos resultados se asemejan a los obtenidos en otros estudios: Neuroticismo alto como en los trabajos de Bollen & Wojciechowski (2004); Claes et al., (2004); Podar et al., (1999); Ghaderi & Scott (2000); Brookings & Wilson (1994) y Apertura baja como en los estudios de Podar et al., (1999).

- Existen diferencias al comparar subgrupos de TCA:

Las ANP son menos responsables que las ANR a expensas de las facetas de orden y deliberación. Bollen & Wojciechowski, (2004) también obtienen diferencias en responsabilidad entre ANR/ANP y Funk, R (1999) entre BN y AN

Las Bulímicas son mas impulsivas que las ANR. Altos niveles de impulsividad en BN también se encuentran en los trabajos de Brookings Wilson (1994); Fischer et al., (2002) y Claes et al., (2004) y se han especulado como específicos de este trastorno y con implicaciones claras en tratamiento.

Obtenemos diferencias significativas en fantasía (mas bajo en ANR que en BN) y valores (mas bajo en ANR que controles) que no se encuentran en otros trabajos

- Sería preciso ampliar muestra BN en posteriores trabajos.

- Aunque no era objetivo de este estudio, nos parece interesante realizar estudio de seguimiento y ver si se modifican rasgos de personalidad al mejorar síntomas TCA.

## Bibliografía

- Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH.(1995). Temperament in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (3): 251-61.
- Bollen E, Wojciechowski FL. Anorexia nervosa Subtypes and the Big Five personality Factors. (2004). *Eur. Eat. Disorders Rev.* 12: 177-121.
- Brookings JB, Wilson JF. (1994). Personality and family-environment predictors of self-reported eating attitudes and behaviors. *J Per Assess* 63 (2): 313-26
- Cassin S.E, Von Ranson C.M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 25 (7): 895-916.
- Costa PT Jr, McCrae RR. (1985). *The NEO Personality Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. (2004). Personality traits in eating-disordered patients with and without self-injurious behaviors. *J Personal Disord.* 18(4): 399-404
- Diaz Marsá M, Carrasco JL, López-Ibor JJ, Saiz J. (2000). A Study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders* 14: 352-359
- Fernández Valdés R, Prats Roca M, Sánchez Planell L, Vilchez Valdés M, Díez Quevedo C, Loran Meler, E. (2002). Personalidad en trastornos de la conducta alimentaria. Resultados preliminares. Poster. VI congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona.





- Fichter M.M, Quadflieg N, Rief W. (1994). Course of multi-impulsive bulimia. *Psychological Medicine* 24: 591-604.
- Funk R. (1999). The Revised NEO Personality Inventory and eating disorders: A conceptualization of personality disorders associated with anorexia, bulimia and mixed anorexia and bulimia. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Ghaderi A, Scout B. The Big Five and Eating Disorders. (2000). A prospective Study in the General Population. *Eur. J. Pers.* 14: 311-323.
- Gartner AF, Marcus RN, Halmi K y cols. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 146: 1585-1591.
- Goldberg L.R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower level facets of several five-factor models. In I. Merivielde, I. Deary, F. De Fruyt, & F. Ostendorf (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, Vol. 7: 7-28. Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Gual P, Perez-Gaspar M, Martinez-Gonzalez MA, Lahortiga F, de Irala-Estevez J, Cervera-Enguix S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders* 31: 261-273
- Heaven PCL, Mulligan K, Merrilees R, Woods T, Fairouz Y. (2001). Neuroticism and Conscientiousness as Predictors of Emotional, External, and Restrained Eating Behaviors. *Int J Eat Disor* 30: 161-166.
- Martinsen EW, Hoffart A, Sexton H, Rosenvinge JH. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: a two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disor* 38 (2): 106-11.
- Mitchell JE. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. In recent advances in bulimia nervosa. A.P.A. Symposium. New Orleans.
- Piran N, Lerner P, Garfinkel, P.E, Kennedy S.H, Brouillette C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. *Int J Eating disord* 7 (5): 589-599.
- Podar I, Hannus A, Allik J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: a comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment* 73: 133-141
- Pryor T, Wiederman MW. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. *Journal of Personality Assessment* 67 (2): 414-21.
- Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doidge N, Davies M. (año) Comorbidity of DSM-III-R Eating Disorders and Personality Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 14 (4): 403-16.
- Spitzer RK, Williams JBW, Gibbon M. (1989). *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Revised*. New York, NY: Biometrics Research.

## EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA: IPDE

De la Fuente JE, Canalda G, Blanc M, García R, Gonzalez E, Gonzalez L, Lara A, Roca M, Vallés A\*, Castro J.

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil Hospital Clinic Universitari. Barcelona  
\*Departamento de Salud Pública.  
Universidad de Barcelona

Los Trastornos de la Personalidad (TP) son una de las áreas de la psicopatología más desconocida. A pesar de que en los últimos años han aparecido múltiples trabajos y controversias, no existe una concordancia plena para conceptualizarlos, necesitando afinar los sistemas diagnósticos enriqueciéndolos con las aportaciones dimensionales y definir con mayor precisión las categorías diagnósticas con aspectos etiopatogénicos, fenomenológicos, terapéuticos e instrumentos de valoración, teniendo en cuenta la variante evolutiva de la edad. Son una parte importante de la psicopatología por su propia prevalencia, por su asociación frecuente a patología psiquiátrica y a patología médica en general y por el rol que juegan en la comorbilidad

La patología de la personalidad constituye una importante condición de psicopatología en los adolescentes pues complican la patología original-primaria, influyen negativamente la evaluación, evolución y respuesta al tratamiento, deteriora la relación profesional-paciente y la asistencia médico-social y prolongan las estancias hospitalarias.

La introducción de Entrevistas semi y/o estructuradas, diseñadas a partir de la CIE-10 y DSM-IV, y de Cuestionarios dimensionales son el avance principal en la evaluación de los TP en los últimos 20 años. Una definición mejor de las características de los TP ha permitido que la evaluación formal de las mismas haya mejorado mediante dichos instrumentos, que a pesar de que no muestran la concordancia ni la homogeneidad entre sí que sería deseable, con poca especificidad, tienen muchas ventajas sobre todo en la mejora de la fiabilidad en la que son similares a los que existen respecto a otros trastornos psiquiátricos. Pero queda todavía mucho camino por recorrer, ya que existen variaciones importantes entre el diagnóstico clínico y el obtenido a través de dichos instrumentos.

Con algunas excepciones, la patología de la personalidad en los adolescentes se parece a la de los adultos y es diagnosticable. Los sistemas de clasificación, categorías



12 y criterios, y los instrumentos de valoración, que están normalmente verificados para adultos, también parecen adecuados para usar en los adolescentes aunque pueden no ser el medio óptimo para el diagnóstico de los TP ya que muestran más solapamiento que en los adultos por lo que los futuros estudios deberían focalizarse en criterios, clasificaciones e instrumentos de valoración específicos de la edad adolescente.

El International Personality Disorder Examination (IPDE, OMS, 1996) se desarrolló a partir del Personality Disorder Examination (PDE de Loranger, 1988) que fue modificado e internacionalizado adaptándolo a la CIE-10 y al DSM-IV. La versión actual del IPDE (española y en otros doce idiomas) se ha realizado en dos módulos, uno para los criterios de los trastornos de la personalidad del CIE 10 y otro para el DSM IV. Es una Entrevista Semiestructurada que pretende identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios de TP de la CIE 10 y DSM IV, proporcionando para cada trastorno criterios presentes y ausentes, número de criterios cumplidos, diagnóstico positivo, probable o negativo y una puntuación dimensional. Puede realizarse completa o de forma abreviada si solo interesa un trastorno determinado previa la pasación del Cuestionario de Evaluación autoadministrado (CIE-10 o DSM-IV), pero hay que tener en cuenta que ambas modalidades no son intercambiables.

Estudios previos realizados por los autores en muestras clínicas de adolescentes de 15 a 18 años, a la espera de futuras investigaciones que contemplen mayor N y desarrollo en población general y comunitaria, habían sugerido que el 52,3 % de adolescentes (N=44) con un TCA No Especificado presentaba TP; que 1/3 de pacientes femeninos TCA (N=51) presentaba TP en la Entrevista; que alrededor del 50% de adolescentes femeninas con otros trastornos psiquiátricos (N=23) presentaban al menos un TP; que el Cluster B era el más frecuente; que era frecuente que presentaran más de un trastorno de personalidad, y que la Entrevista mostraba un X porcentaje de acuerdo del 93% entre ambos módulos CIE-10 y DSM IV, pareciendo ser el módulo DSM-IV más estricto en sus criterios para el diagnóstico de TP. Se demostró la necesidad de emplear la Entrevista semiestructurada ya que el Cuestionario detectaba muchos falsos positivos que no se confirmaban con la Entrevista.

El propósito de esta comunicación es presentar los resultados obtenidos con la Entrevista IPDE en adolescentes de 15 a 18 años, pacientes psiquiátricos no TCA que acuden a nuestro servicio, con la condición de ser

evaluados antes de cumplir los tres meses de la 1ª visita.

La Muestra se compone de 54 sujetos con una media de edad de 15.98 (DT.79), de los cuales el 63% son mujeres. Entre los Diagnósticos clínicos principales del total de la muestra destacan en ambos extremos de la misma los de Conductas perturbadoras (16), Afectivos (12) y Sustancias (2).

La Prevalencia de trastornos de personalidad obtenida era del 51.9% y 48.1% respectivamente con los módulos CIE-10 y DSM-IV, presentándose un total de 41 diagnósticos CIE-10 (1 en 19 sujetos, dos en 5 y tres en 4), y 34 diagnósticos en DSM-IV (1 en 19 sujetos, dos en 6 y 3 en 1).

Entre los trastornos de personalidad más frecuentes en la CIE-10 sobresale el impulsivo con el 19.5% de sujetos, mientras que el paranoide, límite, histriónico y disocial se presentan cada uno en el 14.6% de la muestra, obteniendo el menor porcentaje el 3.1% el esquizoide y dependiente. En el DSM-IV destaca el límite en el 21.9% de los sujetos, mientras que el paranoide, antisocial y evitativo se presentan cada uno en el 18.7% de la muestra, siendo los esquizoide, esquizotípico, obsesivo-compulsivo y dependiente los que obtienen el menor porcentaje con el 3.1%.

Si los agrupamos por Clusters, en ambos módulos predomina el B con el 37% (CIE-10) y 29,647% (DSM-IV) del total de la muestra.

Si estudiamos el acuerdo entre CIE-10 y DSM-IV en el diagnóstico de trastornos de personalidad observamos que en los esquizoide y anancástico-obsesivo compulsivo es en los que se aprecia una mayor coincidencia (96.29%), mientras que el menor acuerdo se alcanza en el límite con el 85.18%. La media porcentaje de acuerdo es de 90.73%.

Como **Conclusiones** podemos resaltar que:

- El 50% de la muestra de pacientes adolescentes presentan al menos 1 TP.
- El Clúster B es el más frecuente, destacando el impulsivo en la CIE-10 y el límite en el DSM-IV.
- Existe un acuerdo considerable entre los diagnósticos hallados en ambos módulos.
- La necesidad de realizar estudio prospectivo de seguimiento para confirmar o no la estabilidad del diagnóstico, que podría estar en función de la edad, del trastorno del eje I y de la intervención terapéutica.
- Plantear estudios con muestra psiquiátrica más amplia, así como en población general.



## INHIBICIÓN CONDUCTUAL Y PSICOPATOLOGÍA

Ballespí S, Claustre MA

Universidad de Barcelona

### Introducción

La inhibición conductual (IC) es un rasgo temperamental que predispone a reaccionar con ansiedad ante la novedad. Existe evidencia de la relación entre este rasgo y el riesgo de psicopatología y deterioro a lo largo del desarrollo. La IC predispone especialmente a los trastornos de ansiedad social.

### Objetivo

Revisar la relación entre IC y psicopatología enfatizando la repercusión del rasgo sobre la personalidad y las relaciones sociales.

### Desarrollo

La IC predispone a los trastornos de ansiedad, a la depresión, a ciertas alteraciones del lenguaje y del habla, posiblemente a algunas adicciones, como al alcohol o a la comunicación virtual, al trastorno de personalidad por evitación y a una pérdida de oportunidades en la vida adulta. Si el rasgo se estabiliza durante el desarrollo, puede conllevar timidez y aislamiento social, afectar al autoconcepto, a la autoestima y al estilo atribucional, contribuyendo así a la formación de un perfil de personalidad poco aceptado y poco reforzado en las sociedades occidentales, lo cuál conlleva una pérdida de oportunidades sociales y laborales y un menor bienestar subjetivo.

### Conclusiones

La IC puede resultar deteriorante y psicopatogena si se estabiliza a lo largo del desarrollo. Su detección precoz previene este desenlace.

## HACIA LA COORDINACION INTERPROFESIONAL EN LA DETECCIÓN DEL AUTISMO

Martínez Velarte MJ.<sup>2</sup>, Martín Cilleros MV<sup>3</sup>, García Primo P<sup>3</sup>, Guisuraga Fernández Z<sup>3</sup>, Rey Sánchez F<sup>1</sup>, Santos Burbujo J<sup>1</sup>, Canal Vedia R<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

<sup>2</sup>Complejo Asistencial de Zamora.

<sup>3</sup>Universidad de Salamanca

### Introducción

En el autismo, la detección e intervención precoz conllevan efectos muy positivos sobre el pronóstico de los niños que lo padecen, sin embargo, el mayor peso en el retraso diagnóstico recae sobre el sistema sanitario.

El autismo puede empezar a detectarse con cierta seguridad a los 2 años. Entre los instrumentos más utilizados internacionalmente en los sistemas de detección precoz, destaca el Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT).

En nuestro país no hay tradición en este tipo de estudios y carecemos de información fiable sobre la prevalencia de autismo en edades tempranas.

### Objetivos

General: estudiar la viabilidad de un programa de cribado de los trastornos generalizados del desarrollo en las provincias de Salamanca y Zamora, haciéndolo coincidir con la revisión de los 2 años del programa de control del niño sano.

### Método

El programa que consiste en completar el M-CHAT cuando los niños/as asistan a la vacunación de los 18 meses y la revisión de los 24 meses. Con el fin de detectar los falsos negativos, el programa se mantiene durante 18 meses, desde Octubre de 2005 hasta Abril de 2007.

### Resultados

En los 3 primeros meses del programa la tasa de participación de los pediatras es del 71% y en este período se han evaluado 394 niños con 38 casos sospechosos.

### Conclusiones

La detección del autismo es posible y viable en nuestro entorno; los Pediatras de Atención Primaria muestran una actitud favorable, con una tasa de respuesta positiva; los costes derivados de la detección de niños de riesgo son tolerables; para concluir sobre prevalencia es adecuado esperar hasta completar el programa.



**14 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL A LO LARGO DE UN AÑO**  
**Dolz M, Muñoz D, Corbella B, Trías T, Planella M, Sánchez B, Alda Ja.**

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues,  
Barcelona

**Introducción**

Tanto Bleuler como Kraepelin creían que la esquizofrenia en el niño y en el adolescente tenía una presentación similar, aunque menos frecuente que la esquizofrenia en el adulto. Kraepelin encontró que 3,5 % de los casos de demencia precoz habían empezado antes de los 10 años de edad, y Bleuler (1911) sugirió que aproximadamente el 5 % de los casos de esquizofrenia tenían su inicio antes de los 15 años.

Diversos autores subdividen la esquizofrenia de inicio temprano en: esquizofrenia de inicio muy temprano (< 12 años) y esquizofrenia de inicio en la adolescencia (13-19 años). La esquizofrenia de inicio muy temprano se caracteriza por inicio insidioso de los síntomas, delirios menos estructurados, mayor presencia de alucinaciones visuales y de pensamiento desorganizado.

**Objetivo**

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, sociodemográficas, neuroanatómicas y electroencefalográficas de una muestra de todos los casos diagnosticados de esquizofrenia que ingresaron en la unidad de psiquiatría infantil del Hospital de Sant Joan de Déu durante un año.

**Material y método**

Se revisaron las historias clínicas y las pruebas complementarias realizadas a los pacientes (n= 40) ingresados en la unidad entre marzo de 2.005 y abril de 2.006.

**Resultados**

A nivel clínico se objetivó una mayor presentación de alucinaciones visuales en la esquizofrenia de inicio muy precoz así como una mayor desorganización conductual en este grupo de pacientes. En la esquizofrenia de inicio precoz encontramos un inicio más agudo y una mayor presencia de ideación delirante estructurada. A nivel EEG, analítico y de RNM estructural no se apreciaron diferencias entre ambos grupos de pacientes.

**Conclusiones**

Los resultados refuerzan la diferenciación clínica entre ambos tipos de esquizofrenia infantil en nuestra población. Las exploraciones complementarias realizadas no ayudan a diferenciar entre los dos tipos distintos de esquizofrenia.

**ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA ALIMENTARIA EN NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.**

**Álvarez Arroyo S, Gutiérrez Casares JR, Burdallo Heras F.**  
Complejo Hospitalario Universitario,  
Badajoz.

El objetivo de nuestro estudio consiste en analizar la relaciones de una determinada patología psiquiátrica con la estructura alimentaria en niños/as de 10 a 14 años,.

**Método**

109 casos con diferentes diagnósticos, que acudieron consecutivamente a la Unidad de Psiquiatría Infantil del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, participaron en nuestro estudio. El grupo control fueron niños de 10 a 14 años que acudieron, durante la duración del estudio a consultas de Pediatría y que no tenían ninguna patología psiquiátrica.

**Evaluación**

Las muestras estudiadas fueron evaluadas mediante el EAT-40; STAI-C; “Escala de Impulsividad de Barratt” (adaptada para niños/as menores de 14 años) y CDI. Además se recogieron otras variables como: pérdida de apetito; influencia de las emociones en la comida y percepción de situaciones vitales estresantes.

**Resultados**

Participaron en nuestro estudio 130 sujetos, de los que 21 eran controles. Edad media de 12,25 (intervalo 10-14). El número de diagnósticos por niños osciló entre 1 y 3 con una media de  $1,69 \pm 0,735$ . Las puntuaciones medias de la muestra fueron de  $16,57 \pm 10,34$ . para el EAT-40,  $55,04 \pm 15,97$  en el Barrats,  $32,30 \pm 8,05$  para el STAI-C-Estado y  $35,69 \pm 8,82$  para el STAI-C-Rasgo. La muestra fue categorizada en 5 grupos: TDAH (N=35); TConducta-NOS (N=18); T Emocionales (N= 41), Otros trastornos psiquiátricos (N= 15) y Controles (N=21). Las puntuaciones medias del EAT-40 fueron de  $17,54 \pm 9,72$ ,  $18,94 \pm 9,77$ ,  $16,15 \pm 11,76$ ,  $20,20 \pm 10,54$  y  $11,14 \pm 6,77$ , respectivamente. El análisis de la varianza no muestra diferencias significativa en estos valores del EAT-40 ( $p=0.060$ ,  $F=2.331$ ) aunque sí unas puntuaciones medias más elevadas en el grupo de Otros trastornos y en el los TConducta-NOS

En el estudio se valoran otros parámetros específicos y las relaciones entre la complejidad clínica, los tratamientos y las puntuaciones del EAT-40



## SÍNDROME NEFRÓTICO EN LA INFANCIA. UNA APROXIMACIÓN A LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA ASOCIADA

Rodríguez Hernández PJ<sup>1</sup>, Monge Zamorano M<sup>2</sup>, Hernández González MJ<sup>3</sup>, García Nieto V<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Unidad de nefrología pediátrica

### Introducción

Los niños con patología crónica pueden desarrollar alteraciones psiquiátricas derivadas de su propia enfermedad o de la situación física y/o mental que su patología les ocasiona. Hemos valorado a un grupo de niños afectos de síndrome nefrótico idiopático (SNI) controlados en nuestro hospital, mediante un instrumento de distaje de patología psiquiátrica infantil.

### Pacientes y métodos

Se ha aplicado en todos los pacientes (n=23) y en un grupo control equiparable (n=38), el Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ), que detecta posibles casos de trastornos mentales y del comportamiento. El SDQ consta de 5 escalas, la de síntomas emocionales, la de problemas de conducta, la de hiperactividad, la de problemas con compañeros y la de conducta prosocial. En la valoración de los resultados, se han tenido en cuenta distintas variables generales y relacionadas con el tratamiento y la severidad de la enfermedad. Resultados. En relación con los controles, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de las medias obtenidas con el cuestionario SDQ para la escala de síntomas emocionales ( $p=0,023$ ) y para la escala de problemas con compañeros ( $p=0,02$ ), de tal modo que los niños con SNI muestran un peor estado emocional y una peor relación con sus compañeros. Los resultados de las restantes variables no son significativos. El análisis estadístico muestra que en los resultados obtenidos no existe influencia de las variables edad, sexo, tipo de tratamiento, dosis ni severidad del cuadro. Sin embargo, se observó, una correlación positiva entre los resultados del cuestionario SDQ y el tiempo de evolución de la enfermedad.

### Conclusiones

Según los resultados de nuestra serie, los pacientes afectos de SNI presentan mayores dificultades en las áreas emocional y de relación con los compañeros. De todas las variables estudiadas, la única que influye en los resultados es el tiempo de evolución de la enfermedad. Se plantea la hipótesis de que pudiera existir relación entre los hallazgos obtenidos y las recientes aportaciones bibliográficas que atribuyen un papel importante a las interleucinas en las alteraciones emocionales.

## OMEGA 3: UNA POSIBLE ALTERNATIVA TERAPÉUTICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Gabbay V, Gomez Guerrero L, Domínguez Martín C, Hottinger-blanc P, Perault J, Rabinovitz B, Alonso C.

Child Study Center. New York University.

### Introducción

La etiología de los Trastornos Depresivos (TD) ha sido relacionada con una disfunción monoaminérgica central, alteraciones neuronales y disregulación del sistema inmunitario. Los AGO3 parecen actuar como moduladores de la actividad monoaminérgica central, son componentes estructurales y funcionales esenciales de las neuronas y glía, y poseen un efecto antiinflamatorio. Se presume que las citoquinas serían los principales mediadores de este efecto. A su vez, las citoquinas podrían influir en el sistema serotoninérgico mediante la depleción de triptófano y la regulación de los transportadores de serotonina, considerada uno de los neurotransmisores clásicos implicados en la neurobiología de la depresión.

Evidencias epidemiológicas sugieren que los AGO3 podrían ser eficaces en el tratamiento de los TD, pero ningún estudio clínico ha sido realizado en población Adolescente.

### Objetivos

Evaluar la eficacia de los AGO3 en el Tratamiento de los Trastornos Depresivos en el Adolescente.

### Método

Estudio doble ciego, placebo-control randomizado de 10 semanas de duración en 40 adolescentes, diagnosticados de Episodio Depresivo Mayor (EDM) utilizando AGO3 como único tratamiento.

### Resultados

El estudio permanece actualmente en proceso de desarrollo. Resultados preliminares serán presentados en los próximos meses. La siguiente presentación se centrará en una revisión detallada del estudio, analizando los fundamentos teóricos y datos referentes a ensayos clínicos previos realizados con AGO3 en Trastornos Afectivos.

### Conclusiones/Discusión

Los Trastornos Depresivos en Adolescentes conllevan una limitación funcional seria que alcanza su máximo exponente con el suicidio. La reciente controversia en torno al uso de los ISRS y su potencialidad suicida, sugiere una necesidad imperiosa de explorar nuevas alternativas terapéuticas. Los AGO3 podrían constituir una herramienta futura eficaz en el tratamiento de los TD del Adolescente.



## 16 ALGO MÁS QUE KRAEPELIN Y BLEULER: LA ESQUIZOFRENIA EN LA INFANCIA (EVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO NOSOLÓGICO CONTROVERTIDO).

Romero González S<sup>1</sup>, Benjumea Pino P<sup>2</sup>

Área Hospitalaria Virgen del Rocío. Sevilla<sup>1</sup>,  
Universidad de Sevilla<sup>2</sup>

Distinción entre esquizofrenia en la infancia (EI) y esquizofrenia infantil; diferenciación con la deficiencia mental; equivalencia con el autismo infantil; continuidad con la esquizofrenia en el adulto (EA) y definición nosológica han sido objeto de estudio desde Morel hasta nuestros días. Ello justifica el presente estudio con los siguientes objetivos:

- Análisis pormenorizado de la evolución histórica del concepto de EI.
- Revisión de las aportaciones realizadas sobre etiología, clínica y nosología de las esquizofrenias.

Las principales críticas al concepto de EI son: caos terminológico, exceso de formas clínicas, tajante diferenciación con la EA y posiciones etiológicas estrictamente psicogénicas. Desde la demencia precocísima (De Sanctis); demencia infantil (Heller); reacción parergástica (Kanner), enfermedad procesual del ego (Despert); hasta la lucidez de Bender, se defiende la esquizofrenia infantil diferenciada de deficiencia mental, la patocronia nosológica y el binomio endogeneidad-psicogeneidad. Las psicosis infantiles se distancian del modelo de "entidad nosológica" (unidad etiológica, patogénica, anatomoclínica y evolutiva).

Con Rutter concluimos que el trastorno en el adulto puede aparecer en la infancia y el término "esquizofrenia" es adecuado. Puesto que EI equivale a EA, la investigación en población infantil puede aportar datos importantes sobre su fisiopatogenia.

### Conclusiones

El análisis histórico de la literatura permite:

- 1.- Aclarar un dilema nosológico: esquizofrenia infantil/esquizofrenia en la infancia.
- 2.- Favorecer el conocimiento de las actuales posiciones etiológicas sobre la teoría del neurodesarrollo.
- 3.- Conocer la evidente continuidad psicopatológica de las formas de inicio precoz.

## ESTUDIO DE COMORBILIDAD EN UNA MUESTRA DE PACIENTE DIAGNOSTICADOS DE TDAH

Quintero Gutierrez del Alamo J<sup>2</sup>, Aragón Yustas M<sup>1</sup>, Claver Claver M<sup>3</sup>, García Campos N<sup>3</sup>, Puente García R<sup>3</sup>, Navas M<sup>4</sup>, Quintero Lumberras J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Doctor Quintero, <sup>2</sup>Fundación Jimenez Díaz, Madrid, <sup>3</sup>Instituto Neuroconductual de Madrid, <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos

### Introducción

El TDAH es un trastorno que puede cursar con comorbilidad psiquiátrica o sin ella. Es importante tener en cuenta como la presencia de esta condiciona la presentación clínica, la evolución del trastorno y el pronóstico (Quintero Gutiérrez del Álamo et al. 2006).

Los estudios de comorbilidad del TDAH han encontrado tasas elevadas de concurrencia entre este y muchos otros trastornos psiquiátricos (Pliszka, 2000; Biederman, 1991): trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno del aprendizaje, trastorno de Tourette, abuso de sustancias y otras patologías psiquiátricas.

Las cifras publicadas hacen referencia, según las muestras hasta la presencia de un trastorno negativista desafiante en el 35%; con trastorno disocial 10 -50%; con trastorno de estado de ánimo 15- 75%; con trastorno de ansiedad 25% y con trastorno de aprendizaje 10- 92% (Hudziak, 1993), como vemos cifras variables y de poblaciones no nacionales.

### Objetivo

Con el presente trabajo pretendemos realizar un estudio de la presencia de trastornos comórbidos y su distribución en una muestra clínica de origen es España.

### Material y Método

Se seleccionó muestra de 333 sujetos de entre 5 y 17 años, los cuales 64 son niñas y 269 niños, diagnosticados de TDAH, según los criterios DSM- IVTR.

Además del diagnóstico clínico se complemento la evaluación con las siguientes pruebas:

- Evaluación cognitiva: WISC- R
- Evaluación del aprendizaje: ABC, TALE, BENDER
- Evaluación emocional y de la personalidad:

Proyectivas: dibujo libre con colores, test de la familia de Corman, test de Machover y Desiderativo

No proyectivas: CBCL, CPQ y entrevista semiestructurada.

### Resultados

De los 333 sujetos que conforman la muestra total,



encontramos 90 sin comorbilidad (27%) y un 73% con la presencia de al menos un trastorno asociado, distribuidos de la siguiente manera; Trastornos del aprendizaje y de la comunicación: 132 sujetos (53,6%); Trastorno oposicionista desafiante: 36 sujetos (14,81%); Trastornos Disociales: 6 sujetos (2,5%); Trastornos afectivos: 17 sujetos (6,99%); Trastornos de ansiedad: 6 sujetos (2,5%); Otros diagnósticos no psiquiátricos (Neurológicos): 24 sujetos (9, 87%); Categoría en la que se engloban otro tipo de trastornos: 24 sujetos (7, 2%)

### Conclusiones

A través de los datos obtenidos observamos que la presencia de trastornos asociados al TDAH es muy frecuente, en nuestra muestra el 73% de los paciente tiene otro diagnóstico asociado y dentro de esos los más prevalentes son los trastornos de conductas, incluido el oposicionista desafiante, y los relacionados con el aprendizaje. Esto resalta la importancia de realizar un correcto diagnóstico del TDAH, sino también la necesidad de ahondar en las posibles condiciones comorbidas, que pueden influir en la evolución. Durante el congreso se discutirá la distribución de los trastornos comórbidos en relación a los diferentes subtipos de TDAH.

### BIBLIOGRAFÍA

- Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1215-20. Epub 2004 Dec 18.
- Hudziak JJ, Helzer JE, Wetzel MW, Kessel KB, McGee B, Janca A, Przybeck T. The use of the DSM-III-R Checklist for initial diagnostic assessments. *Compr Psychiatry*. 1993 Nov-Dec;34(6):375-83.
- Quintero Gutiérrez Del Álamo, Correas Lauffer, Quintero Lumbreras. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.

## EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA EFICACIA DEL METILFENIDATO-OROS EN TDAH

Rubio Morell B<sup>1</sup>, Herreros O<sup>1</sup>, Martín R<sup>2</sup>, Izquierdo M<sup>2</sup>, González P<sup>2</sup>, Hernández S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Canarias.

<sup>2</sup>Universidad de la Laguna, facultad de psicología

### Introducción

Existe un amplio consenso en la consideración del déficit dopaminérgico y noradrenérgico en los circuitos frontoestriatales como la base bioquímica del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Dichos déficits explican, además de sus síntomas nucleares (déficit de atención, impulsividad e hiperactividad), parte del conjunto de déficits cognitivos visto en estos pacientes. Entre éstos destaca el bajo rendimiento en las funciones ejecutivas. Una de las funciones clásicamente englobadas bajo el término paraguas de funciones ejecutivas es la Memoria de Trabajo. Ésta se define generalmente como la capacidad de mantener de forma activa distintos tipos de información al mismo tiempo con el fin de ejecutar una tarea determinada. Está relacionada con la atención de tal modo que es posible encontrar déficits en la memoria de trabajo en sujetos que tienen dificultades atencionales. Está ampliamente probada la efectividad del metilfenidato en incrementar la biodisponibilidad dopaminérgica y noradrenérgica en corteza prefrontal y en ganglios basales. Este hecho supone beneficios terapéuticos inmediatos en el incremento de la atención y en el descenso de la impulsividad-hiperactividad. Menos documentado está si el efecto terapéutico del metilfenidato puede observarse, también de forma inmediata, en memoria de trabajo y por lo tanto en funciones ejecutivas.

### Objetivo

El objetivo central del presente trabajo es el estudio de la eficacia del metilfenidato-oros en el incremento de la memoria de trabajo verbal y visual (tanto de mantenimiento como manipulativa), así como en distintas variables atencionales en niños/as diagnosticados de TDAH. Este objetivo se cristaliza en dos momentos temporales específicos. Esto es, tras una única administración del fármaco y tras un mes de administración diaria del mismo fármaco en la misma población.

### Materiales

D2 Test de Atención de Brickenkamp; Tests de Memoria de Trabajo de Siegel y Ryan; Dígitos Directos e Inversos del WISC; Span Memoria Visual directos e



18 inversos de la WMS III; Escala ADHD-RS-IV de DuPaul para padres y para profesores; WISC y Tests de preferencia manual de Harris.

#### **Método**

1.- Identificación de una muestra de 10 sujetos con TDAH con CI normal, diestros y sin enfermedad neurológica y/o psiquiátrica conocida

2.- Valoración neuropsicológica 1 (pretest); administración del metilfenidato-oros y valoración neuropsicológica 2 (postest 1) transcurridas cuatro horas de la primera administración del fármaco; y valoración neuropsicológica 3 (postest 2), transcurrido un mes de la administración diaria del fármaco.

#### **Resultados**

Dado que el protocolo aún se encuentra en fase de recogida datos, aún no se dispone de resultados definitivos. Estos serán interpretados dentro del marco conceptual de las aportaciones neuropsicológicas a la clínica

## **EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGIA DE LA MEMORIA DE TRABAJO Y DEL CONTROL ATENCIONAL EN TDAH VERSUS CONTROLES**

**Martín R, González P, Izquierdo M, Hernández C, Hernández S.**

Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología.

#### **Introducción**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se define como un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (APA, 2000), este patrón debe durar más de seis meses, manifestarse en más de un contexto (familiar, escolar, social, etc.) y ser más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo y/o edad similar. Investigaciones neurobiológicas recientes ponen de manifiesto la disfunción de los sistemas fronto-estriatales dopaminérgicos y noradrenérgicos como característica central del trastorno. Dichas disfunciones dan lugar a un funcionamiento deficiente en un conjunto de funciones clásicamente denominadas como funciones ejecutivas.

#### **Objetivos**

El objetivo central del trabajo que se presenta es la evaluación neuropsicológica de la memoria de trabajo y del control atencional como parte del rendimiento ejecutivo en TDAH.

#### **Materiales**

Pruebas neuropsicológicas que permiten la evaluación de las funciones anteriormente mencionadas; Escala de Conners para padres y para profesores; WISC-R y Tests de preferencia manual de Harris.

#### **Método**

1.- Identificación de una muestra de 10 sujetos con TDAH con CI normal, diestros y sin enfermedad neurológica y/o psiquiátrica conocida. 2.- Identificación de una muestra de 10 sujetos controles. 3.- Valoración neuropsicológica de la memoria de trabajo y del control atencional.

#### **Resultados y Conclusiones**

Los datos obtenidos ponen de manifiesto un peor rendimiento en memoria de trabajo y en las tareas de control atencional en los niños/as con TDAH. Estos resultados son interpretados en el marco conceptual de las aportaciones de la Neuropsicología al estudio del TDAH. Desde esta disciplina científica, se enfatiza la necesidad de profundizar en la evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en estos pacientes para contribuir tanto a una mejor clarificación diagnóstica como a un adecuado abordaje terapéutico farmacológico y cognitivo-conductual.





## EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN TDAH

González P, Martín R, Izquierdo M, Hernández C, Hernández S.

Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología.

frontal y sus conexiones con los ganglios basales. Los resultados son interpretados desde las aportaciones de la Neuropsicología tanto al diagnóstico como a la elección del abordaje farmacológico más adecuado en el tratamiento de estos niños.

### Introducción

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) hace mención a un síndrome caracterizado por inatención, hiperactividad e impulsividad. La investigación actual sugiere que el TDAH puede deberse a alguna forma de disfunción cerebral cuyos mecanismos incluyen factores genéticos, anomalías en la neurotransmisión, anomalías estructurales e inmadurez cerebral. Se han identificado alteraciones estructurales y/o funcionales en el cerebelo, en los ganglios basales y regiones prefrontales, en particular en el hemisferio derecho, tanto en adultos como en niños con TDAH. Este sustrato neural se ha relacionado con el perfil neuropsicológico evidenciado en estos pacientes, generalmente asociado a déficits en el funcionamiento ejecutivo.

### Objetivos

Nuestro objetivo central es la evaluación neuropsicológica de algunas de las funciones clásicamente englobadas dentro del término genérico de Funciones Ejecutivas (planificación, inhibición, fluidez verbal-visual y flexibilidad cognitiva).

### Materiales

Pruebas neuropsicológicas que permiten la evaluación de las funciones anteriormente mencionadas; Escala de Conners para padres y para profesores; WISC-R y Tests de preferencia manual de Harris.

### Método

1.- Identificación de una muestra de 10 sujetos con TDAH con CI normal, diestros y sin enfermedad neurológica y/o psiquiátrica conocida; 2.- Identificación de una muestra de 10 sujetos controles; 3.- Valoración neuropsicológica; identificación del estado de las funciones de planificación, inhibición conductual, fluidez verbal, fluidez de diseño y flexibilidad cognitiva.

### Resultados y Conclusiones

El perfil de resultados encontrados, manifiesta claramente que los TDAH tienen un rendimiento significativamente inferior al evidenciado por controles sanos en las funciones evaluadas. A partir de este trabajo y otros similares de nuestro grupo de investigación podemos concluir que los TDAH presentarían, como característica general, lo que ha venido en denominarse síndrome disejecutivo asociado a disfuncionamiento de la corteza pre-



## 20 ANÁLISIS NEUROPSICOLÓGICO DE LA INTELIGENCIA GENERAL EN TDAH

Hernández S, Martín R, Izquierdo M, González P, Hernández C.

Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología.

subpruebas que evalúan funcionamiento ejecutivo. Los resultados nos posibilitan una utilización de las puntuaciones del WISC-R en términos neuropsicológicos y son interpretados en el sentido de deficiente funcionamiento ejecutivo en esta población.

### Introducción

Numerosas líneas de evidencias convergentes ponen de manifiesto diferencias en Cociente Intelectual (CI), especialmente en los aspectos verbales, de más de 7 puntos entre sujetos TDAH y sujetos controles (Barkley, 2003). Sin embargo, en escasas ocasiones se ha realizado una valoración neuropsicológica de estas diferencias en inteligencia. En efecto, la consideración neuropsicológica de los déficits que muestran los TDAH en los distintos subtests que conforman las escalas de inteligencia más utilizadas (WAIS/WISC) es de suma importancia para el esclarecimiento de la relación cerebro-conducta en estos pacientes. Este acercamiento metodológico, nos permite profundizar en el estudio de las áreas-circuitos que muestran disfuncionales estos niños, lo que sin duda es de enorme valor tanto para la labor diagnóstica como para el abordaje farmacológico en esta población.

### Objetivos

1º Estudio del CI en TDAH y controles mediante el WISC-R; 2º Estudio de diferencias en los distintos subtest del WISC-R entre TDAH y controles; 3º Identificación de las funciones y áreas cerebrales que muestran deficitarias estos niños.

### Materiales

Escala de Conners para padres y profesores; criterios diagnósticos para el TDAH del DSM-IV-TR; WISC-R y Tests de preferencia manual de Harris.

### Método

1.- Identificación de una muestra de 10 sujetos con TDAH con preferencia manual diestra y sin enfermedad neurológica y/o psiquiátrica conocida; 2.- Identificación de un grupo control de 10 niños equiparados en edad, nivel de estudios, género y preferencia manual con el grupo experimental; 3.- Administración a ambos grupos del WISC-R.

### Resultados y conclusiones

El perfil de resultados encontrados, confirma las investigaciones publicadas por otros autores. Se han evidenciado diferencias superiores a los 7 puntos en CI a favor del grupo control. Estas diferencias se acrecientan en el CI-verbal. El análisis pormenorizado de los subtest del WISC-R pone de manifiesto que, de forma significativa, los TDAH tienen mayores dificultades en aquellas



## EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LA MEMORIA EN TDAH

Izquierdo M, Martín R, González P, Hernández C, Hernández S.

Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología.

a largo plazo del AVLT, y en memoria de historias del TOMAL, no observándose diferencias en el resto de funciones evaluadas. Los resultados son interpretados en el contexto de la importancia que adquiere el rendimiento ejecutivo, deficitario en esta población, en la memoria.

### Introducción

La revisión de la literatura respecto al binomio TDAH-Memoria evidencia, de forma consistente, que esta patología se asocia estrechamente a déficits en Memoria de Trabajo (MT). Menor consenso han suscitado otras medidas de memoria en esta población. Si bien es necesario un mayor volumen de investigación, empiezan a publicarse resultados que plantean déficits mnésicos en otros componentes de la memoria. Así, se observa que los niños con TDAH rinden peor en tareas de memoria prospectiva, en memoria visoespacial y en las estrategias de búsqueda de la información almacenada. No obstante, el conjunto de resultados que se ha ido obteniendo vinculan las alteraciones de memoria que presentan estos niños a sus dificultades en funcionamiento ejecutivo, que se expresan en alteraciones en las tareas de búsqueda y evocación del material almacenado. Este último planteamiento ha cobrado fuerza a partir de los resultados que señalan mejorías en la memoria en niños con TDAH con la administración crónica de metilfenidato como abordaje terapéutico de los síntomas nucleares de la patología.

### Objetivo

El propósito central de este trabajo de investigación fue profundizar en el estudio neuropsicológico de las funciones de memoria en TDAH.

### Materiales

Escala de Conners para padres y para profesores; WISC-R; Test de preferencia manual de Harris; Test de Aprendizaje Auditivo Verbal (AVLT); Figura Compleja de Rey (CFT); Memoria de Historias (TOMAL); Test de Recuerdo Selectivo Visual (TOMAL) y Memoria Procedimental (Torre de Hanoi).

### Método

1.- Identificación de una muestra de 10 sujetos con TDAH con CI normal, diestros y sin enfermedad neurológica y/o psiquiátrica conocida; 2.- Identificación de una muestra de 10 sujetos controles equiparados en CI, edad, y preferencia manual; 3.- Valoración neuropsicológica de las capacidades de memoria anteriormente mencionadas.

### Resultados y Conclusiones

El perfil de resultados encontrados manifiesta que los TDAH tienen un rendimiento significativamente inferior al evidenciado por los controles en la tarea de evocación



## 22 CAMBIOS PRE Y POSTRATAMIENTO A LO LARGO DE 3-5 AÑOS DE UNA MUESTRA DE 111 TDAH.

Montañés Rada F<sup>3</sup>, De lucas Taracena, MT<sup>4</sup>, Catalán P<sup>1</sup>,  
Curto Benito M<sup>2</sup>, Sánchez Romero S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Due<sup>2</sup>, Fundación Hospital Alcorcón. Madrid<sup>3</sup>, Centro de salud mental. Usera, Madrid<sup>4</sup>

### Objetivos

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).

Se realizaron comparación con un grupo control de 60 alumnos de un colegio público apareados por edad y sexo.

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

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: Conners 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

La media de seguimiento fue de 4,2 años.

El grupo de TDAH estaba constituido por 28 mujeres y 83 varones. La edad media fue de 11 años.

En las figuras 1 a 5 se muestran los resultados de este seguimiento.

Se comprueba que los pacientes quedan por debajo de los puntos de corte para evaluación en escalas como Conners de Profesores, de padres o Eyberg de conducta.

Respecto al CBCL solo 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.

## CORRELACIONES ENTRE EPQ-J, ESCALAS DE EYBERG DE CONDUCTA, CONNERS DE PROFESORES Y PADRES DE UNA MUESTRA DE 58 PACIENTES CON TDAH + TND

Montañés Rada F<sup>1</sup>, De lucas Taracena MT<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Fundación Hospital Alcorcón. Madrid,

<sup>2</sup>Centro de salud mental. Usera, Madrid.

### Objetivo

En este estudio se muestran las correlaciones para una muestra de 58 pacientes con TDAH asociado a trastorno negativista desafiante para las escalas de Eyberg, Conners de profesores, Conners de padres y EPQ-J.

### Resultados

Vemos que la escala de Eyberg tiene intensas correlaciones con las escalas de Conners tanto la de profesores como de padres.

La escala de Conners para padres se correlaciona bien con la de profesores salvo para la subescala hiperactividad.

Por supuesto las subescalas de Conners se correlacionan bien entre si y lo mismo es cierto para las dos subescalas de Eyberg.

La valoración de EPQ de dureza tiene intensas correlaciones con las subescalas de Conners para profesores.

EPQ neuroticismo y extroversión tienen correlaciones negativas con la escala Conners de profesores y Eyberg.

La conducta antisocial que se valora en el EPQ no correlaciona bien con la escala Conners 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.

Esta es la comunicación que faltaba y que al final se incluye



## AVANCES EN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Abreu de La Torre CL

Institución Hospital Psiquiátrico de La Habana (Cuba)

Hace apenas tres décadas los llamados trastornos de la conducta alimentaria eran prácticamente desconocidos para la mayoría de los médicos e incluso para muchos psiquiatras, de forma tal que constituían un diagnóstico casi excepcional.

Resulta un grave problema sanitario la AN en los países desarrollados pero los países en vías de desarrollo no están excluidos de que la prevalencia se acreciente.

Los múltiples mecanismos que conducen al desarrollo de estos trastornos conducen a perpetuar la enfermedad, además su tratamiento necesariamente multidisciplinario es difícil y comporta un gran consumo de recursos.

De los TCA la A. N. que ha sido tratada con cierta frialdad y sensacionalismo tiene importantes complicaciones médicas que condicionan una mortalidad no despreciable por lo que ha sido considerada una de las enfermedades psiquiátricas más incapacitantes y letales.

Los objetivos de este se basan en la actualización del apasionante tema de los trastornos del comportamiento alimentario en cuanto a su nueva definición y va clasificación, características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, diagnóstico, factores epidemiológicos que son biológicos psicológicos, familiares y socioculturales, diagnóstico diferencial, evaluación, evolución y pronóstico, prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Realizar una revisión de la modulación neuroquímica del comportamiento alimentario de la modulación farmacológica del apetito, mensajeros centrales de la ingesta y polimorfismos de genes candidatos en los trastornos de la conducta alimentaria, evaluación y motivación de los trastornos de la conducta alimentaria.

Comparar resultados de evaluaciones en Cuba.

## AJUSTE PSICOSOCIAL ANTE EL USO DE CALLIPERS EN NIÑOS CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Díaz-Caneja A<sup>2</sup>, Garralda E<sup>1</sup>, Muntoni F<sup>1</sup>, Cunniff A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Imperial College London,

<sup>2</sup>Clínica Universitaria, Universidad de Navarra.

### Objetivos

Explorar las experiencias y el nivel de ajuste en las familias de niños con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) durante la introducción de callipers para prolongar la deambulacion.

### Introducción

El uso de callipers es parte del tratamiento de fisioterapia en niños con DMD que presentan pérdida de deambulacion con el objetivo de prolongar la marcha (Bakker et al, 2000) El uso de estos callipers representa una nueva etapa en la progresión de la enfermedad, lo que puede ser un periodo de riesgo para el desarrollo de problemas de ajuste emocional tanto para los niños como para los padres (Postlethwaite et al, 1996).

### Métodos

Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con niños con DMD y sus cuidadores (normalmente madres) para recoger sus experiencias con los callipers y se administraron cuestionarios para valorar el ajuste psicológico (SDQ en niños y GHQ en padres).

### Resultados

17 padres y 9 niños participaron en el estudio. La mayoría de las familias expresaron actitudes positivas hacia los callipers. Dos tercios (11/17) estaban satisfechos con el uso de los mismos callipers. Su uso fue bien tolerado por casi todos los niños. Sin embargo, un pequeño número de familias (6/17) comentó que habían tenido dificultades durante esta etapa ya que el uso de callipers indicaba un nuevo deterioro en la evolución de la enfermedad. También se encontró un alto riesgo psiquiátrico en 2/17 de los niños (12%) y en 7/17 cuidadores (41%).

### Conclusión

Debido a las demandas que genera el uso de callipers en niños con Distrofia Muscular de Duchenne, sería apropiado aumentar el apoyo psicosocial en la familia durante este periodo crítico de la enfermedad integrándolo como parte del tratamiento médico y de rehabilitación.

### Bibliografía

Bakker JPI, de Groot IJM, Beckerman H, de Jong BA, Lankhorst GJ. (2000)

The effects of knee-ankle-foot orthoses in the treatment of Duchenne



ne muscular dystrophy: review of the literature. *Clinical Rehabilitation* 14: 343-359.

Postlethwaite R, Garralda ME, Reynolds J, Eminson M. (1996) Lessons from the Manchester psychosocial studies of chronic renal failure in children. *Archives of Disease in childhood*, 75: 455-459.

## SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DETERIORO ASOCIADO EN ADOLESCENTES A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hernández Otero I, Kramer T, Garralda E.

Hospital Saint Mary's. Imperial College. Londres.

### Introducción

La depresión en adolescentes se ha convertido en un área de creciente interés clínico. Estudios basados en entrevistas estandarizadas han mostrado que una proporción sustancial de los mismos no cumplen criterios diagnósticos, pero sufren un importante deterioro, encontrándose en riesgo de no recibir tratamiento.

### Objetivo

Examinar el grado de deterioro en un grupo de adolescentes con una puntuación alta en el Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).

### Material y Métodos

Llevamos a cabo un estudio transversal en un Centro Médico de Londres. Seleccionamos aleatoriamente una muestra de 200 adolescentes (edades entre 13 y 17), que rellenaron el MFQ para detectar alteraciones del ánimo, y el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), que posee una subescala para valorar el deterioro.

### Resultados

108 adolescentes (54%) tomaron parte. 44% de los que puntuaron alto y 12% de los que no alcanzaron el punto de corte para depresión en el MFQ refirieron deterioro (Fisher's exact test:  $p < 0.005$ ). Encontramos una correlación medianamente significativa (Spearman's  $R = 0.39$ ,  $P < 0.01$ ) entre puntuaciones en el MFQ y el SDQ. El deterioro en aquellos con altas puntuaciones en el MFQ no parecía estar relacionado con la presencia de síntomas de hiperactividad o conductuales.

### Conclusiones

Alrededor del 50% de adolescentes con altas puntuaciones en el MFQ no informaron de deterioro en áreas conductuales y emocionales. Los síntomas depresivos detectados en el MFQ no valoran el grado de afectación secundario a los síntomas, por lo que una escala de medida del deterioro similar a la existente en el SDQ, debería añadirse a este cuestionario.



## NIÑOS MALTRATADORES DE NIÑOS: EL ACOSO ESCOLAR UN PROBLEMA EMERGENTE

Pedreira Massa JL<sup>1</sup>, Rodríguez Piedra R<sup>2</sup>, Seoane Lago A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid,

<sup>2</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

### Introducción

Desde hace un año aparece, incluso con fuerza mediática, el caso de niños que maltratan y acosan a sus pares. Lo hacen en el colegio.

Aparecen denuncias en varios Juzgados de lo Penal involucrando a las Administraciones educativas por estos casos.

Es decir: Un problema emergente que está comenzando a desbordar a diversas instituciones.

### Material y Métodos

1. Revisión bibliográfica: del concepto de los integrantes del acoso escolar por pares (fenómeno bullying: acosado, acosador, grupo de pares, los padres y los profesores).

2. Aproximación epidemiológica: CBCL de Achenbach & Edelbrock comparando población escolar y población que acude a consulta de pediatría de atención primaria. Estudio de prevalencia puntual a tres meses, investigación en doble fase.

3. Demanda encubierta: somatizaciones crónicas y acoso emocional, la muestra se extrae de consultas de atención primaria y consultas de psiquiatría infantil, estudio de prevalencia puntual a un mes, investigación monofásica.

### Resultados

Prevalencia de un 3% de casos graves.

Casos más benignos: 20-30%.

Forma de presentación SEPT tipos II y III de ETR.

Tarda en explicitarse: al menos dos años al pediatra en forma de somatizaciones y desde pediatría transcurre 3-5 años hasta su derivación a psiquiatría infantil.

### Conclusiones

El acoso escolar por pares (fenómeno bullying) es un problema de salud pública infantil emergente y que revisa riesgos evolutivos.

Como en otros casos de violencia se tiende a culpabilizar a la víctima.

La credibilidad acerca del fenómeno por diversas instituciones es, cuanto menos, ambivalente.

## DEL ACOSO ESCOLAR AL ACOSO LABORAL

Pedreira Massa JL<sup>1</sup>, Rodríguez Piedra R<sup>2</sup>, Seoane Lago A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid,

<sup>2</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias

### Introducción

Dos fenómenos paralelos, complejos, emergentes, pero constatados: el acoso escolar (bullying) y el acoso laboral (moobing).

Un interés creciente: las investigaciones de continuidad o discontinuidad de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

Estos dos puntos han sido suficientes para comprender que hayan aparecido, pocos, pero relevantes trabajos acerca de esta secuencia...

### Material y Métodos

4. Revisar los componentes de ambos conceptos de acoso: escolar y laboral.

5. Revisión de los integrantes de ambos fenómenos de acoso.

6. Formas clínicas de presentación.

7. ¿Existe conexión?

### Resultados

Entre ambos fenómenos de acoso existen coincidencias a nivel de varios parámetros tanto conceptuales como de manifestaciones clínicas.

Las escasas investigaciones existentes señalan hacia una relación evolutiva entre ambos fenómenos

### Conclusiones

¿Son meras coincidencias o más bien son secuencias de un mismo fenómeno?

Se precisan investigaciones longitudinales y multicéntricas para poder comprender este fenómeno en toda su magnitud real y en sus repercusiones clínicas, jurídicas y económicas.



## 26 PARENTALIDAD-FILIACIÓN EN LA HOMOSEXUALIDAD Y LA ADOPCIÓN

Pedreira Massa JL<sup>2</sup>, Rodríguez Piedra R<sup>3</sup>, Seoane Lago, A<sup>3</sup>, Martín Alvarez L<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidad nacional educación a distancia,

<sup>2</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.Madrid,

<sup>3</sup>Hospital universitario príncipe de asturias

### Introducción

En la bibliografía manejada aparecen más opiniones que resultados de investigaciones.

Por ello hay que realizar una investigación serena sobre la información científica existente.

### Material y Métodos

8. Revisar los integrantes conceptuales y la bibliografía con criterios de Psiquiatría Basada en Pruebas (PBP).

9. Revisión bibliográfica de las investigaciones existentes: clasificar por autores, año, items evaluados y resultados.

10. Revisar los financiadores de las investigaciones realizadas.

### Resultados

La capacidad de parentalidad de las parejas homoparentales no reviste desviaciones estadísticas en relación a las parejas convencionales.

Los hijos de parejas homoparentales no muestran diferencias significativas en los items psicosociales más relevantes del desarrollo infantil.

Las organizaciones financiadoras de las investigaciones buscaban, en general, resultados contrarios a los obtenidos.

### Conclusiones

Es necesario proseguir las investigaciones, pero replantearse la metodología de investigación es un objetivo fundamental.

Nuestras referencias bibliográficas actuales acerca de la normalidad tienen más prejuicios que fundamentos científicos suficientemente consistentes.

Reclamamos más humildad investigadora.

## FRECUENCIA DE HIPERINTENSIDADES CEREBRALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, OBSESIVO-COMPULSIVO Y SÍNDROME DE LA TOURETTE, CON O SIN EXPOSICIÓN A DIFERENTES MEDICACIONES PSICOTRÓPICAS.

Amat JA<sup>1</sup>, Bronen R<sup>2</sup>, Saluja S<sup>2</sup>, Sato N<sup>2</sup>, Zhu H<sup>1</sup>, Peterson, B<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Columbia University, <sup>2</sup>Yale university

### Objetivo

Analizar mediante resonancia magnética nuclear (RMN) la posible asociación del uso de medicaciones psicotrópicas a una frecuencia desigual de hiperintensidades cerebrales en los trastornos de atención e hiperactividad (TDAH), obsesivo-compulsivo (TOC) y de la Tourette (TT).

### Método

Comparamos la frecuencia de hiperintensidades cerebrales en niños con TDAH, TOC y TT, en tratamiento o no, con antidepresivos, estimulantes,  $\alpha$ -agonistas o neurolépticos.

### Resultados

La frecuencia de hiperintensidades cerebrales resultó significativamente menor en el grupo tratado con antidepresivos. Aproximadamente el 90% de los individuos en este subgrupo presentaba TOC, únicamente (45%) o asociado a TDAH, TT o ambos (45%). No apreciamos diferencias significativas entre el subgrupo sin medicación y el resto, con o sin la inclusión del subgrupo con medicación antidepresiva.

### Conclusión

El uso de antidepresivos resultó en una reducción significativa de hiperintensidades cerebrales en pacientes con TOC.

La frecuencia similar de hiperintensidades, tanto en pacientes con TOC puro como en los que presentaban TOC asociado a TDAH, TT o ambos (1), apoya la hipótesis de la disregulación serotoninérgica como factor predisponente al desarrollo de hiperintensidades cerebrales en esta población.

Existen otros posibles factores de predisposición al desarrollo de hiperintensidades en estos trastornos neuropsiquiátricos, que serán expuestos en esta presentación.

Los resultados de este análisis deben ser considerados preliminares e interpretados con cautela debido al pequeño tamaño muestral.

### Referencias

1.- J.A. Amat y col.; Increased number of Subcortical Hyperintensidades on MRI in Children and Adolescents with Tourette's Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Am. J. Psych., 2006 in press).





## EVALUACION DE LA PERSONALIDAD EN LOS SUBTIPOS DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION DEL ADOLESCENTE

Graell-Berna M, Villaseñor A, Faya M, Morandé G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.Madrid

### Introducción

Es relevante conocer los rasgos de personalidad que actúan como moduladores de la expresión de síntomas del trastorno de alimentación (TCA) y que pueden influir en el tratamiento y pronóstico de estos trastornos.

### Objetivo

Estudiar las características de personalidad adolescentes durante la fase aguda (hospitalización) de los subtipos de TCA mediante un instrumento psicométrico autoaplicado específico para la edad.

### Metodología

Muestra: 76 pacientes con TCA ingresados consecutivamente. Edad:  $15.31 \pm 1.53$  años 93,4% mujeres. Tiempo evolución:  $19.03 \pm 13.6$  meses y Tiempo tratamiento:  $8.56 \pm 8.25$  meses. Se evalúan variables sociodemográficas, clínicas (entrevista diagnóstica) y psicométricas: EDI-II, BDI, STAI, BSQ y MACI (Inventario Clínico para Adolescentes de Millon). Presentamos la descripción de perfiles personalidad prominentes (Tasa Base > 85) y la comparación de tasa base media (t student) en los subtipos de TCA.

### Resultados

Diagnósticos Eje I : 44 (57.8%) Anorexia nerviosa restrictiva (ANR), 14 (18.4%) Anorexia nerviosa purgativa (ANP), 9 (11.8%) Bulimia nerviosa (BN) y 9 (11.8%) Trastornos de alimentación no especificados (TANE). Diagnóstico comórbido: 45 casos (60%) y Diagnóstico de Trastorno de Personalidad en 34 casos (44.7%). MACI: 34 (79%) ANR presentan perfiles anómalos: 18 (41.8%) conformista (obsesivo-compulsivo); 12 (27.9%) dependiente; 11 (25.5%) histriónico e inhibido; 10 (23.2%) narcisista. 12 (85%) ANP presentan perfiles anómalos, el más frecuente Límite: 10 (71.4%) y Pasivo-agresivo 5 (35.7%). En BN, 7 (77.7%) presentan perfil anómalo, el más frecuente Límite (44.4%) e Histriónico (33.3%). En TANE, 5 (55.5%) perfil anómalo. Puntuaciones medias de tasa base de prototipos de personalidad con significación estadística (t student) en Purgativo: Límite ( $p > 0.01$ ), Pasivo-agresivo ( $p > 0.01$ ), Rebelde-Rudo (Antisocial) ( $p > 0.03$ ). En Restrictivo: Obsesivo-Compulsivo ( $p > 0.00$ ) y Dependiente ( $p > 0.05$ ).

### Conclusiones

Los prototipos de personalidad prominentes (rasgos anómalos) aparecen en 3/4 partes de adolescentes TCA en la fase aguda. Existen claras diferencias entre los subtipos restrictivo y purgativo en cuanto al tipo de funcionamiento desadaptativo medido con el MACI durante esta fase del trastorno



## 28 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL.

Alcalá Partera JA, Romero Mohedano MC, Zurita Gótor P, Guijarro Gran T.

Hospital Reina Sofía. Córdoba

### Introducción

La edad de inicio del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) hasta en la mitad de los casos se puede situar en la infancia o principio de la adolescencia, marcando con frecuencia una evolución crónica a lo largo de la vida adulta.

### Objetivos

Describir las características sociodemográficas y clínicas de una muestra poblacional de pacientes diagnosticados de TOC.

### Material y Métodos

Se revisan las historias clínicas de dichos pacientes, realizadas desde el día 1-1-2000 hasta el día 1-3-2006. Los datos obtenidos sobre 67 sujetos, fueron analizados mediante el programa informático SPSS 11.0.

### Resultados

La edad media se sitúa en  $11,73 \pm 2,36$  años.

El 62,7% se corresponde con varones, frente a un 37,3% de mujeres.

En un 26,9% se objetivaron antecedentes familiares.

Existió comorbilidad asociada en un 68,6% de los casos, siendo la asociación más frecuente con rasgos anancásticos de personalidad (15%).

Con respecto al tratamiento, un 53,7% recibieron psicoterapia y un 94% farmacoterapia.

El fármaco más usado fue Sertralina (32,8%).

En un 10,4% de los casos existió predominio de pensamientos, siendo más frecuente los temores obsesivos (43,7%) con temática de hacer daño a un familiar (16,4%).

Un 32,8% tuvo predominio de actos obsesivos, siendo el más frecuente el de comprobación (23,9%).

### Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en comparación con población no clínica, difieren ligeramente en datos de edad, sexo y comorbilidad.

Parecen cumplirse las recomendaciones generales de tratamiento para este trastorno.

No existen diferencias importantes, respecto al tipo de obsesiones y compulsiones que aparecen en la edad adulta.

## PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS ESCOLARIZADOS.

Faya Barrios M, Villaseñor Montarroso A, Mediano Rodríguez C, Martín Cubo S, Olías E, Encinas R, Ramos Acedo L, Morandé Lavín G

Hospital Reina Sofía. Córdoba

### Introducción

El Hospital de Día para Adolescentes con Trastornos de Alimentación (TCA), comenzó su andadura en Mayo del año 2000. Bajo un modelo integrador bio-psico-social, participa de técnicas específicas bajo un formato grupal y familiar inmerso en el modelo de continuidad de cuidados y asistido por un equipo multidisciplinario.

Como seña de identidad propia cabe destacar la importancia que concedemos al apoyo escolar de los pacientes y al trabajo con las familias.

### Objetivo

Desarrollar el Programa de Hospital de Día para TCA del Hospital Niño Jesús, así como un análisis descriptivo de distintas variables sociodemográficas y clínicas sobre una muestra de 262 adolescentes, diagnosticados TCA, y atendidos en el período comprendido entre el 2002-2005.

### Material y Métodos

Se analizan distintas variables como son la edad, el sexo (89% chicas/11% chicos), diagnóstico (-ANR (60%) ANP (20%) BN (5%)-), comorbilidad (-Tr. Depresivo (30%) Tr. Ansiedad Generalizado (15%) TOC (10%)), procedencia del paciente (46% Hospitalización; 41% Módulos de tratamiento ambulatorio; 3% Hospitalización Domiciliaria; 10% Otros) días de estancia media (8 semanas), derivación al alta (85% Programa Postalta HD), ingresos hospitalarios (7%)..

### Resultados

Tanto los pacientes como sus familias valoran de forma muy positiva no sólo la mejoría clínica y psicológica respecto a su enfermedad, sino también la integración del paciente en su entorno social, académico, y familiar. En términos de gestión supone una reducción de costos, disminuyendo el número de reingresos y la frecuentación en los servicios de Urgencias.



## SEGUIMIENTO A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON TCA, INCLUIDOS EN PROGRAMA TERAPÉUTICO DE HD.

Faya Barrios M, Villaseñor Monterroso A, Iglesias García C, Díaz-Regañón N, Olías E, Martín Cubo S, Mediano Rodríguez C, Tomé Santaolalla I, Morandé Lavín G.

Hospital Reina Sofía. Córdoba

### Introducción

Los Trastornos de Alimentación (TCA) moderados - graves exigen tratamientos intensivos y extensivos específicos, con el fin de prevenir su cronificación; ello en el marco de actividades terapéuticas grupales orientadas al adolescente y sus familias. Este tratamiento bio-psico-social, es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.

### Objetivos

Evaluar la evolución de los pacientes con TCA al año que han seguido un programa de Hospital de Día y de Postalta de Hospital de Día.

### Material y Métodos

Se procedió al estudio sobre una muestra aleatoria de 50 pacientes adolescentes (12-18 años) con diagnóstico de T.C.A +comorbilidad que siguieron el programa de tratamiento del Hospital de día y posteriormente el Programa de Postalta. A través de la evaluación de datos sociodemográficos, variables alimentarias y médicas al ingreso y al año, variables psicométricas (BDI; EDI-2; ABOS...) así como la calidad de vida y las recaídas producidas durante el período estudiado, servirán para realizar un análisis estadístico mediante la comparación de medias pareadas. U Mann-Whitney.

### Resultados

A la espera de tener resultados definitivos y según datos preliminares, se evidencia en la muestra estudiada que la mejoría se incrementa al año de seguimiento tanto en variables físicas (IMC, Menstruación) y de psicopatología alimentaria y general, mejorando notablemente la calidad de vida, disminuyendo el número de reingresos hospitalarios, e incorporándose a sus actividades académicas aproximadamente el 90% de los pacientes. La continuidad de tratamiento mediante un programa ambulatorio de intensidad semanal podría estar en relación con dichos resultados.

## CARACTERÍSTICAS EN LAS FAMILIAS DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Faya Barrios M, Iglesias García C, De sierra Herмосilla MJ, Villaseñor Montarroso A, Díaz-Regañón N, Encinas Encinas R, De la Viuda Valverde T, Prada Vidueira A, Morandé Lavín G.

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

### Introducción

Los Trastornos de Alimentación son enfermedades que pueden aparecer a lo largo de todo el ciclo vital, aunque se dan mayoritariamente en la etapa de la adolescencia cuestionando la organización familiar. La terapia familiar es una de las indicaciones más eficientes. A través de los Grupos Psicoeducativos semanales así como de intervenciones familiares puntuales que realizamos tanto en Hospital de Día como en el Programa de Postalta se trabaja la reestructuración de las relaciones familiares intentando eliminar tanto los conflictos que indujeron a la enfermedad como aquellos factores que contribuyen a su mantenimiento.

### Objetivo

Realizar un análisis descriptivo de los padres de 50 adolescentes con trastornos de alimentación intentando establecer si existe una tipología familiar característica en estos trastornos.

### Material y Métodos

Se realiza recogida de datos a través de ficha epidemiológica familiar diseñada para tal fin, recogiendo la organización, tipología, adaptabilidad y cohesión familiar, así como datos socioeconómicos. A través de pruebas psicométricas (SCL-90 Golberg, Millon...) establecemos la psicopatología prevalente en los padres de adolescentes con Trastornos de Alimentación en comparación con los padres de adolescentes con otras patologías mentales. El análisis de datos se realizará mediante la herramienta estadística SPSS11.0.

### Resultados

La pretensión de identificar una «familia de los Trastornos Alimentarios» que se repita de un caso a otro es del todo imposible ya que este trastorno responde a una multidimensionalidad de factores, incluyendo una fuerte presión social y cultural.

### Resultados

La pretensión de identificar una “familia de los Trastornos Alimentarios” que se repita de un caso a otro es del todo imposible ya que este trastorno responde a una multidimensionalidad de factores, incluyendo una fuerte presión social y cultural.



## 30 CURSO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR EN 38 NIÑOS Y ADOLESCENTES MEDIANTE EL MÉTODO MOOD CHART DEL NIMH

Escamilla Canales I, Soutullo Esperon C, Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Gamazo Garrán P.

Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra. Pamplona

### Introducción

La Enfermedad Bipolar (BP) en niños genera una importante incapacidad. Se precisa de estudios descriptivos que favorezcan la detección e intervención temprana.

### Objetivo

Evaluar los patrones de ciclación en niños con BP.

### Método

Representamos el número, duración y polaridad de los episodios con el Método Mood Chart-NIMH y la respuesta al tratamiento con la escala Impresión Clínica Global(CGI-S).

### Resultados

17(44,7%) tenían BP-1, 2(5,3%) BP-2, 13(34,2%) BP-NES, 5(13%) BP-3 y 1(2,63%) BP-4. 8(21%) eran niñas y 30(79%) niños. El tiempo de seguimiento fue: 28,34(DE=16; Rango(R)=1-53) meses. La edad media de los primeros síntomas fue: 11,35(DE=3,3; R= 3,8-17) años, de la primera consulta: 12,94(SD=3,17; R=5,8-18), y la edad de diagnóstico: 13,48(SD=3,20; R=5,8-18,5). El número medio de episodios en el primer año fue: 1,58(SD=1,02; R=0-4) y en el segundo: 0,54(SD=0,8; R=0-3) ( $p<0.001$ ). El tiempo medio durante el que presentaron algún episodio fue: 11,7(SD=9,4; R=1-37) meses, y el que pasaron sin episodios: 16,7(SD=13,3; R=0-43). El tiempo medio durante el que tuvieron síntomas de manía/hipomanía fue: 6,3(SD=8,8; R=0-37) meses, depresión mayor/menor: 4,2(SD=5,8; R= 0-28) y síntomas mixtos: 0,9(SD=1,2; R=0-5). 15(39,5%) consiguieron una remisión parcial 11(28,9%) una remisión 7(18,4%) se recuperaron y 5(13,2%) no se recuperaron.

### Conclusión

El tiempo medio de retraso en el diagnóstico fue: 1,98 años. El número medio de episodios en el primer año (1,58) fue mayor que en el segundo año (0,54). Los pacientes, pasaron 41,3% de tiempo con algún episodio, mostrando una disfunción considerable. La polaridad más frecuente fue: manía/hipomanía (55,3%), sólo 47,3% tuvieron una remisión o una recuperación completa.

## PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PADRES DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Gamazo Garran P, Díaz-Caneja A, Rapado M, Díez A, Soutullo C.

Clinica Universitaria, Universidad de Navarra.Pamplona

### Introducción

El 50 al 66% de los niños y adolescentes referidos a los servicios de salud mental presentan problemas de comportamiento (Audit Commission, 1999). Diversos estudios han mostrado que el tratamiento conductual está indicado en estas situaciones (Herbert, 1987; Scott et al, 2001). Es necesaria la implicación de los padres y cuidadores para que este tipo de tratamiento pueda ser eficaz. La primera estrategia para trabajar con los padres es la formación de éstos. En nuestra unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente hemos puesto en marcha un programa de formación en técnicas de manejo de conducta para padres con hijos que tienen problemas de comportamiento.

### Métodos

Se aplica un programa de entrenamiento en estrategias de manejo de conducta para padres de niños entre 3 y 8 años que presentan problemas de comportamiento. El objetivo es aumentar comportamientos deseados, disminuir comportamientos no deseados y resolución de problemas (Webster-Stratton, 1992). Para valorar los cambios en el comportamiento se aplican los cuestionarios; FES (Escala de funcionamiento familiar), SDQ (Cuestionarios de Capacidades y Dificultades), Escala de Déficit de Atención e Hiperactividad (EDAH) y satisfacción de los padres.

### Resultados

Se muestran los resultados de los dos primeros grupos que se han llevado a cabo hasta la fecha.

### Conclusiones

El manejo conductual de niños con problemas de comportamiento puede ser eficaz a la hora de mejorar su comportamiento y la relación padres e hijos.

### Bibliografía

- Audit Commission (1999) Child in mind. London: Audit Commission.
- Herbert, M (1987) Conduct Disorders of Childhood and Adolescence: A Social Learning Perspective, 2nd Edn. Chichester: Wiley.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., Aspland, H. (2001). Multi-centre controlled trial of parenting groups for child antisocial behaviour in clinical practice. British Medical Journal, 323(28), 1-7.



## HIPERACTIVIDAD: LA NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO ¿PARA QUIÉN? ¿PARA QUÉ?

Orgaz Barnier P<sup>1</sup>, Soto López MP, Fernández Sánchez A<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid,

<sup>2</sup>Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Fuencarral, Madrid.

### Introducción

La hiperactividad cobra un protagonismo creciente en psiquiatría infantil. Su etiología es controvertida. Se discute si es un síndrome orgánico o un síntoma expresión de un malestar psíquico.

### Objetivos

Cuantificar el aumento de diagnóstico de hiperactividad y analizar las causas.

### Material y Métodos

Estudio retrospectivo sobre pacientes cuyo motivo de consulta es hiperactividad en los últimos 5 años (n=360). Revisión de historias clínicas en los últimos 18 meses (n=222) para cualificar los conflictos latentes que subyacen al comportamiento hiperactivo y analizar los diagnósticos emitidos de acuerdo con los criterios de la C.I.E. 10.

### Resultados

Aumento progresivo de derivaciones por hiperactividad. En 5 años se dobla el número de consultas (10% en 2000, 19% entre 2004 y 2005)

Relación niños/niñas: 2/1. Padres que relatan dificultades en la adquisición del lenguaje 35% y exceso de dependencia 31%. Insomnio 30% Enuresis 38,2%. Embarazo, parto, lactancia y psicomotricidad sin hallazgos significativos

Se confirma el diagnóstico en el 20% de los pacientes. Del 80% restante: 25% reacción al estrés y trastorno de adaptación (F 43). 16 % trastornos del comportamiento social de comienzo en infancia (F94). 14% trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (F93). 52,3% cumplen criterios para el eje V

### Discusión

Problemas de los sistemas clasificatorios. Aumento del diagnóstico sintomático. El diagnóstico podría eximir de responsabilidad al niño y su entorno.

### Conclusiones

Aumento de consultas por hiperactividad. Aumento del diagnóstico sintomático (70% de los pacientes cuyo motivo de consulta es hiperactividad cumplen criterios para otros diagnósticos) Alto grado de comorbilidad.

## ANOREXIA EN EL VARÓN ADOLESCENTE

Oviedo De lucas O<sup>1</sup>, Martín Recuero L<sup>2</sup>, Gutiérrez Casa- res JR<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Psiquiatría Infanto- Juvenil, Badajoz.

<sup>2</sup>Unidad de Salud Mental de Navalmoral de la Mata, Cáceres.

La anorexia nerviosa en el varón ha sido un tema muy controvertido, principalmente por su escasa proporción (1:10 hombre/mujer).

La presencia de la enfermedad en el mismo, ha sido cuestionada por muchos autores dada la importancia otorgada al rol social de la mujer como factor etiológico. Autores como Morton (1689) o Gull (1874) describieron casos de varones que presentaban clara sintomatología de anorexia nerviosa, hasta entonces únicamente considerada como femenina.

En general, todos los autores que han tratado el tema concluyen que este cuadro en el varón es muy similar al del sexo femenino, siendo una de las principales diferencias encontradas las prácticas voluntarias llevadas a cabo para perder peso, ejercicio físico excesivo para el hombre frente al cumplimiento de dietas restrictivas entre las mujeres que padecen este trastorno.

Se han realizado múltiples estudios y ensayos clínicos con diversos tratamientos psicofarmacológicos, obteniéndose diferentes respuestas y sin que se hayan obtenido resultados concluyentes.

Nuestro propósito es dar a conocer el caso de un varón adolescente de 15 años de edad diagnosticado de Anorexia Nerviosa y trastorno depresivo mayor asociado, así como la respuesta al tratamiento psicofarmacológico prescrito (paroxetina + olanzapina) y su evolución.

Tras un año de seguimiento, se pudo evidenciar una mejoría clínica global en función de los parámetros estudiados: índice de masa corporal (IMC), peso y puntuación en la Children Depression Inventory (CDI).



## 32 APEGO Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

López Patón N, Catalán González S, Ventura Codina M, Lana Moliner F.

Centres Assistencials Emili Mira i López.  
Santa Coloma de Gramanet

### Introducción

Actualmente asistimos a una etapa de auge de las teorías del desarrollo enmarcadas en un modelo biopsicosocial, donde el entorno y las experiencias tempranas del niño, en interacción con una base temperamental biológica, juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad.

### Objetivos

Revisar la relación existente entre el tipo de apego establecido en la infancia con el posible desarrollo de una personalidad límite.

Identificar qué factores de estas relaciones tempranas podrían estar contribuyendo al desarrollo de ciertos rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

### Método

Se realiza una revisión bibliográfica a partir de la base de datos Medline. Se seleccionaron 40 artículos que hacen referencia a la Teoría del Apego, a los mecanismos de transmisión y persistencia de éste en la vida adulta y a la relación entre el tipo de apego y la presencia de TLP.

### Resultados

Numerosos estudios sostienen que la existencia de un apego inseguro desorganizado tipo ambivalente, en combinación con factores genéticos y ambientales, pueden contribuir a dificultades en la regulación afectiva, cognitiva y conductual como sucede en el TLP. Se definen qué características de este tipo de apego se asocian con diferentes rasgos del TLP (inestabilidad afectiva e interpersonal, intolerancia a la soledad, sentimientos crónicos de vacío y alteración de la identidad).

### Discusión

Se discuten las posibles implicaciones de la continuidad de la calidad de las relaciones de apego en la vida adulta tanto a nivel de prevención como de intervención.

## «SOY UN TOC»: UNA MIRADA RETROSPECTIVA

Catalán González S, López Patón N, Ventura Codina M, Junquero Valle J.

Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López.  
Santa Coloma de Gramanet

### Introducción

Se presenta el caso de un paciente de 18 años diagnosticado de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) con ingresos previos en diferentes recursos asistenciales desde los 15 años por sintomatología progresivamente invalidante, alteraciones comportamentales de tipo negativista desafiante (TND) con episodios de heteroagresividad, así como escasa respuesta a los abordajes terapéuticos.

### Objetivo

Analizar desde un punto de vista evolutivo el desarrollo y la relación entre los dos trastornos (TOC Y TND) y evaluar las implicaciones de cara al tratamiento.

### Metodología

Se realizaron entrevistas familiares orientadas a obtener la historia evolutiva del paciente, entrevistas individuales y una exploración psicopatológica mediante diferentes instrumentos diagnósticos. También se realizó una revisión bibliográfica respecto a la relación entre TOC y TND.

### Resultados

Destacan la presencia de dificultades conductuales desde la primera infancia previas a los síntomas obsesivos-compulsivos -que se iniciaron a los 9 años- eclosionando ambos trastornos (TOC y TND) en la adolescencia. El análisis evolutivo también muestra la presencia de problemas de atención, concentración y aprendizaje, así como síntomas de la esfera afectiva.

### Conclusiones

Planteamos la relación entre los dos trastornos (TOC y TND) desde tres hipótesis diferentes:

1ª. Trastornos comórbidos (es decir, simple asociación entre dos trastornos clínicamente diferentes)

2ª. Trastornos afines o del espectro TOC (dimensión compulsión-impulsión)

3ª. Desde una orientación psicodinámica, donde se entendería la sintomatología obsesiva-compulsiva como defensa hacia lo pulsional.

Se aportan las contribuciones de la investigación respecto a las diferentes hipótesis y sus implicaciones diferenciales respecto al tratamiento.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUROPSICOLOGÍA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Ventura Codina M, López Patón N, Catalán González S, Junquero Valle J.

Centres Assistencials Emili Mira i López.  
Santa Coloma de Gramanet

### Introducción

La investigación neuropsicológica en el campo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) corresponde a un área de estudio relativamente joven. Los hallazgos científicos existentes indican la presencia de un déficit en el procesamiento de la información que afecta con mayor frecuencia a las aptitudes visoespaciales, la memoria no verbal y las capacidades ejecutivas.

### Objetivos

Testar estos resultados en un paciente de 18 años diagnosticado de TOC de intensidad grave, con la finalidad de comprobar si concuerdan con la investigación previa.

### Metodología

Estudio de caso único. Se ha administrado una batería de pruebas neuropsicológicas para evaluar las diferentes funciones cognitivas que han sido relacionadas con el TOC. Estas pruebas han sido: WAIS III (Escala de Inteligencia de Wechsler), Test de la Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Wisconsin Card Sorting Test, Test de Stroop y Trail Making Test.

### Resultados

Los resultados obtenidos mediante la batería neuropsicológica aplicada corroboran parcialmente el perfil neuropsicológico informado en la investigación existente. Por una parte, se confirma un déficit de intensidad moderada respecto a las aptitudes visoespaciales, visoespaciales y de la memoria visual diferida y, por otra parte, se observan déficits leves en funciones ejecutivas.

### Conclusión

Los déficits expuestos sugieren una mayor implicación de los circuitos neuronales del hemisferio derecho.

## COMPONENTES DEL PROCESO ATENCIONAL AFECTADOS EN EL TDAH

Clavel Claver M<sup>3</sup>, García Campos N<sup>3</sup>, Aragón Yustas M<sup>2</sup>, Corredoira P<sup>2</sup>, Riaza Bermudo C<sup>1</sup>, Navas M<sup>3</sup>, Quintero Lumbreras FJ<sup>3</sup>, Quintero Gutiérrez del Alamo FJ<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Virgen de las Nieves, <sup>2</sup>Clínica Doctor Quintero,

<sup>3</sup>Instituto Neuroconductual. Madrid,

<sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz.

### Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde un punto de vista evolutivo (Barkley, 1990). Se trata de una población muy heterogénea, de alta prevalencia (entre el 3% y 7% de los niños en edad escolar (APA, 2000) y con grandes diferencias en su sintomatología.

### Objetivo

La Neuropsicología como ciencia de la relación cerebro-conducta, juega un importante papel en la comprensión de los procesos y funciones cerebrales que se encuentran alterados en el TDAH. Plantea y trata de dar respuesta a cuestiones tales como, qué componentes del proceso atencional se encuentran afectados en el TDAH, lo que parte como objetivo de nuestra investigación; determinar el perfil atencional del TDAH, con el fin de elaborar programas más específicos y eficaces de intervención.

### Método

Para ello, se selecciona una muestra de 40 niños diagnosticados de TDAH (DSM-IV-TR), de entre 8 y 15 años de edad y se procedió a la evaluación de la atención, de acuerdo al modelo de filtros de Mirsky (1996). La evaluación se lleva a cabo en una sesión, mediante la administración de las siguientes pruebas:

- CPT de Conner; con relación con la Atención Sostenida
- Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin; para la Capacidad Adaptativa de la atención
- Stroop (Prueba de Nominación de Colores); para la Capacidad de Focalizar la atención.

### Resultados

Existen déficits en diferentes subprocesos de la atención, incluyendo la capacidad para enfocar y ejecutar eficientemente, para sostenerla y cambiarla adaptativamente, así como trastornos en funciones ejecutivas tales como la capacidad para inhibir respuestas y resistir la impulsividad o la perseveración (Seidman, 2001, Bar-



34 kley, 2001; Glosen, 2003). Durante el congreso se discutirán los resultados más significativos.

#### **Conclusiones**

Las pruebas neuropsicológicas son una herramienta válida para la evaluación del TDAH, aunque no presentan una fiabilidad diagnóstica clara. La normalidad en ellas no descarta un diagnóstico.

#### **Bibliografía**

- Barkley, R.A., Gwentyth, E., Laneri, M., et al, (2001). Executive function, temporal discounting, and sense of time in adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 541-56.
- Biederman, J., Monuteaux, M.D., Seidman, L.J., et al, (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 757-66.
- Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., et al, (2003). Learning disability and executive dysfunction in boys with ADHD. *Neuropsychology*, 15 (4), 544-56.
- Mirsky, A.F., (1996). Disorders of attention: A neuropsychological perspective. In R.G. Lyon, N.A. Krasnegor (Comps.) *Attention, memory, and executive function*. Baltimore, MD: Paul H. Bookers.

## **ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DEL AREA 3 DE MADRID**

**Izquierdo Elizo A, Valdivia Martín MF, Pelaz Antolín A.**

CSM de Alcalá de Henares. Área 3. Madrid

#### **Introducción**

En relación a los cambios sociales de las últimas décadas, como el incremento de la inmigración y los cambios en la estructura familiar, hay estudios que pronostican un aumento de la demanda de atención de niños y adolescentes en salud mental.

#### **Objetivo**

Estudio descriptivo sobre el análisis de variables sociodemográficas, la demanda de atención y la patología emergente en un centro de salud mental infanto-juvenil del Área 3 de Madrid.

#### **Material y métodos**

Se revisaron historias clínicas de 309 pacientes derivados durante los seis primeros meses de 2005 a una unidad de salud mental de infanto-juvenil, recogiendo datos sociodemográficos, de estructura familiar, origen de la derivación y motivo de consulta, antecedentes de violencia familiar y acoso escolar.

#### **Resultados**

Se obtuvieron datos de 251 pacientes. El 12.9% era población inmigrante. La demanda partió de los padres en un 29.4%, un 13.9% del pediatra y por recomendación escolar un 13.3%. Los motivos de consulta fueron diversos, siendo más frecuente el trastorno de conducta en un 22%, seguido de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en un 10%. Se encontró un 4.2% de bajo rendimiento escolar (excluyendo el TDAH), un 3.9% de acoso escolar, un 7.8% de antecedentes de violencia en ámbito familiar y un 15.9% en relación a conflictos parentales. El 26.9% continuaban en seguimiento pasado un año.

#### **Conclusiones**

En concordancia con otros estudios observamos que los conflictos en el ámbito familiar, la violencia y los problemas escolares son fuente importante de demanda en salud mental infanto-juvenil.





## ¿DEBEN CREARSE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ANDALUCÍA?

Díaz Atienza F<sup>2</sup>, Pena Andreu, Jm<sup>1</sup>, Rodríguez Idígoras, MI<sup>1</sup>, Fontalba Navas A<sup>1</sup>, Paniagua Gómez Im<sup>1</sup>, Martínez González JI<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Delegación Provincial de Salud. Málaga,

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

### Introducción

El incremento de los ingresos de niños y adolescentes en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica observado en nuestro estudio (I) "INCREMENTO DE ADMISIONES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ANDALUCÍA" y el escenario descrito por la OMS sobre la posición relativa en que se encuentra la salud mental en nuestro país<sup>1,2</sup> sugiere la implementación de programas de hospitalización específicos para este colectivo<sup>3</sup>, para lo que es necesario estudiar la magnitud del problema a través de los pacientes que usan este servicio.

### Objetivo

Determinar la evolución comparativa -a lo largo de una serie temporal definida- de los pacientes niños y adolescentes usuarios de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Andalucía en relación con el total de admisiones producidas en el mismo período.

### Método

Los datos son aportados por el CMBD<sup>4</sup>, en el período índice (1995-2006), registrando el número total de pacientes, así como el de los menores de 18 años, y clasificándolos según el número de ingresos.

### Resultados

El rango de niños y adolescentes admitidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales de Andalucía va de 143 (año 2000) hasta 225 (año 2005).

La proporción de niños y adolescentes admitidos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica respecto al total, en la serie temporal analizada, es la siguiente: 2.9% (1995) 3.1% (1996) 3.02% (1997) 2.6% (1998) 2.15% (1999) 2.1% (2000) 3.02% (2001) 2.7% (2002) 2.8% (2003) y 3.09% (2004).

Que han generado las siguientes admisiones:

Rango: 188 (1999) - 333 (2004)

Serie temporal: 2.8% (1995) 2.9% (1996) 2.6% (1997) 2.37% (1998) 1.7% (1999) 1.7% (2000) 2.9% (2001) 2.5% (2002) 2.8% (2003) y 3.06% (2004).

### Conclusiones

1. El número de pacientes niños y adolescentes y los ingresos que generan en las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de Andalucía es relativamente bajo: un máximo de 225 y 333 respectivamente, para las 21 Unidades analizadas.

2. A pesar de que el número global de pacientes e ingresos de niños y adolescentes en las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de Andalucía ha aumentado, y por tanto las necesidades de atención -véase nuestro póster anterior (I) "INCREMENTO DE ADMISIONES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ANDALUCÍA"-, la proporción respecto al global de pacientes e ingresos que generan no lo ha hecho.

3. En líneas generales, se puede afirmar que no serían precisas Unidades de Hospitalización Infanto-Juveniles. Sin embargo a dicho aumento hay que sumar los ingresos producidos en las Unidades de Pediatría por causas psiquiátricas y los ingresos en las Unidades de Ingreso Específicas infanto-juveniles disponibles (Jaén y Almería) y cuyos datos no están incluidos en el CMBD. Por tanto, es imprescindible perfilar mediante un estudio adicional más amplio la demanda concreta de cada Área de Salud para una correcta planificación.

### Bibliografía

1. World Health Organization World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001  
<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter5/005c.htm>
2. World Health Organization. Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Geneva: WHO, 2001  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/244.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf)
3. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185: 283-290, 2004
4. CMBD. Dirección General Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz Salud; Sevilla: 2004.



## 36 INCREMENTO DE ADMISIONES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ANDALUCÍA

Díaz Atienza F<sup>2</sup>, Pena Andreu JM<sup>1</sup>, Rodríguez Idígoras MI<sup>1</sup>, Fontalba Navas A<sup>1</sup>, Paniagua Gómez Im<sup>1</sup>, Martínez González J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Delegación provincial de salud. Málaga,

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

### Introducción

En los países desarrollados se está implementando una gran transformación del sistema de cuidados para la salud mental hacia la comunidad<sup>1</sup>, y en Andalucía en particular desde hace más de 20 años se ha iniciado una reforma psiquiátrica basada en este planteamiento<sup>2</sup>. Los programas de tratamiento hospitalario se están enfocando hacia la estabilización de los pacientes agudos, dejando la mayor parte de los cuidados terapéuticos a proveedores de servicios sanitarios y sociosanitarios situados en la comunidad, lo cual incluye a la población infantil y adolescente a través de las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil, sin establecer dispositivos hospitalarios específicos para esta población<sup>3</sup>.

### Objetivo

Evaluar la evolución de los ingresos de niños y adolescentes en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Andalucía a lo largo de los últimos años.

### Método

A través de los datos proporcionados por el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) (4) se extrae el global de los ingresos en las Unidades de Psiquiatría existentes en los hospitales generales del S.A.S. en toda la Comunidad Autónoma durante el período índice de 10 años (1995-2004). Planteamos un estudio observacional de los ingresos (< 18 a.) registrados en estos años.

### Resultados

El análisis descriptivo de los datos evidencia que el uso por parte de niños y adolescentes de las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de Andalucía está aumentando de forma lenta y progresiva: Desde 218 admisiones (164 pacientes) en 1995, hasta 333 (225 pacientes) en 2004.

### Conclusiones

1. El número global de ingresos de niños y adolescentes en las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de Andalucía ha aumentado en un 52.75% a lo largo de los últimos 10 años.

2. El número de pacientes (niños y adolescentes)

usuarios de las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de Andalucía ha aumentado en un 37.19% en los últimos 10 años.

### Bibliografía

1. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America: Final Report. Rockville, Md, New Freedom Commission on Mental Health, 2003
2. IASAM. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Series Monográficas de Salud Mental nº 2 1988
3. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla, 2004
4. CMBD. Dirección General Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz Salud; Sevilla: 2004.



## VARIABLES PSICOLÓGICAS Y VIDEOJUEGOS EN LA INFANCIA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO (1966-2004)

Llorca Ramón G, Llorca Díez MA, Álvarez Rodríguez MD, Redondo Vega MV.

Facultad de Medicina. Salamanca,

### Introducción

En la actualidad, ante la vertiginosa producción de trabajos es prácticamente imposible acceder a todas las publicaciones existentes sobre un determinado tema. Los soportes de la información se diversifican y multiplican sin cesar, por lo que resulta esencial conocer cómo obtener y utilizar la documentación. Este es precisamente el motivo principal por el que surge la Bibliometría.

### Objetivo

Analizar el volumen y crecimiento de trabajos publicados en el tema objeto de estudio.

### Material

La búsqueda se ha efectuado en la base de datos The ERIC Database. The Educational Resources Information Center (ERIC).

### Método

El periodo de búsqueda se ha realizado desde 1966 hasta el 2004, desde sus inicios, extendiéndose a un total de 38 años.

### Resultado y discusión

Se han tenido acceso a 106 referencias bibliográficas, que siguen una progresión ascendente anual en las investigaciones, la mayor parte son artículos en revistas especializadas (65%). Se han contabilizado un total de 158 autores, siendo la más prolífica Jeanne Funk.

El 18,4% de las publicaciones se centraban en aspectos relacionados con la repercusión de los videojuegos en el desarrollo infantil. Concretamente en la salud (2,5%), Desarrollo cognitivo (2,4%), Aprendizaje (3%), Agresividad (3) y otras variables psicológicas (7%).

### Conclusiones

1.- En la literatura científica son frecuentes los estudios que se preocupan por los posibles efectos que los programas interactivos pueden causar sobre los procesos cognitivos de los niños y las actitudes ante ellos de padres y educadores.

2.- Existe una controversia entre los efectos negativos (género, racismo, agresividad) y los positivos que favorecen la adquisición y retención de datos, es decir, el Procesamiento de la Información

## RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACION EN UN CASO DE ESQUIZOFRENIA DE INICIO MUY TEMPRANO

Oliván Roldán C, Álvarez Fernández A.

CSM Infantil Área III. Avilés. Asturias

### Introducción

La esquizofrenia de inicio muy temprano (VEOS - Very Early Onset Schizophrenia) es un cuadro infrecuente que aparece antes de los 13 años de edad y que supone un enorme reto diagnóstico, terapéutico y pronóstico. La práctica ausencia de estudios contribuye a su relativo desconocimiento.

### Objetivos

Describir el papel de risperidona inyectable de larga duración dentro de un abordaje terapéutico multidisciplinar en un caso de VEOS y analizar su efectividad y tolerabilidad a largo plazo (6 meses).

### Desarrollo

Se presenta el caso de una VEOS en un niño de etnia gitana, con una precaria adaptación premórbida y un entorno sociofamiliar desfavorable. Dada la gravedad del cuadro se diseña un plan de tratamiento multidisciplinar (Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales, Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica) con una pobre evolución inicial. Son precisos dos ingresos hospitalarios y diversas pautas orales de antipsicóticos con una mínima adherencia. Finalmente se instaura un antipsicótico atípico inyectable (risperidona de larga duración) hasta una dosis de mantenimiento de 50 mg cada 2 semanas. Tras 6 meses de tratamiento, el fármaco se ha mostrado efectivo a la hora de reducir la sintomatología (Escala PANSS y CGI) y facilitar la aplicación del plan terapéutico, reduciendo la gravedad exhibida en las esferas sociofamiliar y escolar. El inyectable es bien aceptado por el paciente, demostrando una adecuada tolerabilidad (Escala SAS, monitorización de parámetros metabólicos, peso, intervalo QTc y prolactinemia).

### Conclusiones

Garantizar una adecuada adherencia es un requisito previo fundamental para aplicar el abordaje multidisciplinar que precisa la VEOS.



## 38 DISCREPANCIAS ENTRE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS EN LOS SUBTIPOS DE TADH

Ruiz Sanz FC<sup>2</sup>, Lopez Villalobos JA<sup>2</sup>, Cancho R<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Pediatría, <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Río Carrión. Palencia

### Introducción

Los estudios epidemiológicos de prevalencia de TDAH en distintos países muestran cifras similares entre sí y que difieren de los estudios basados en muestras clínicas. Esta circunstancia implica que existen muchos casos no diagnosticados. Por otra parte tras la reintroducción por parte de la DSM IV de los subtipos de TADH se han planteado dudas sobre si las variantes tipo combinado e inatento serían formas clínicas de un mismo trastorno o entidades diferentes.

### Objetivo

Pretendemos estudiar las diferencias entre los estudios epidemiológicos y nuestros datos respecto a los subtipos de TADH.

### Material y métodos

Se recogen datos clínicos de nuestra muestra de 214 menores que cumplían criterios de TADH según el DSM IV, y que solicitaron consulta en la USM sin haber sido tratados ni diagnosticados por este problema con anterioridad. Se analizaron estadísticamente los resultados en función de los subtipos

### Resultados

En nuestra serie, el subtipo combinado acudía con más frecuencia que el de predominio de déficit de atención. La proporción de varones era muy superior y la edad media de la muestra era significativamente superior 10,37. vs 8,56 en el subtipo combinado ( $p = 0,0015$ ).

### Discusión

Los estudios epidemiológicos muestran consistentemente un mayor número de TADH con predominio de déficit de atención, así como una proporción comparativamente más favorable al sexo femenino. La demanda de consulta de mujeres con TADH es muy inferior a la esperable. La diferencia de edad en el diagnóstico no podía explicarse por la mera evolución del subtipo combinado

### Conclusiones

Los pacientes con TADH con predominio de déficit de atención solicitan consulta en psiquiatría infantojuvenil con menor proporción y más tarde que el subtipo combinado a pesar de que existe evidencias de que precisan un tratamiento más complejo por responder peor a los estimulantes.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (CSMIJ)

Tabuenca Vicen P, Espezel Olivella I, López Patón N, Gavalda Vinzia X, Portabella Atrián R.

Centro de Salud Mental Infanto Juvenil Granollers

### Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud cuya prevalencia parece ir en aumento, requieren una gran cantidad de recursos sanitarios y tienen una repercusión importante en las diferentes áreas de funcionamiento de las personas que los padecen.

### Objetivo

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de TCA que fueron atendidos en el CSMIJ de Granollers durante el año 2005.

Estimar la prevalencia e incidencia de TCA atendidos en nuestro centro, cuya población de referencia son 57.000 habitantes menores de 18 años.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo de los pacientes TCA atendidos en el CSMIJ de Granollers durante el año 2005. Los pacientes incluidos en el estudio cumplen criterios DSM-IV-TR de TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o TCA no especificado). A través de la revisión de historias clínicas se recogen variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel sociocultural, ocupación, rendimiento académico) y clínicas (edad de inicio, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, índice de masa corporal, tipo de abordaje terapéutico y comorbilidad).

### Resultados y Discusión

Se presentan y discuten los datos obtenidos

### Conclusiones

Algunos de los resultados obtenidos, como la prevalencia, no coinciden con la literatura existente. Una posible hipótesis es que los casos más graves precisan una intervención más intensiva de lo que se puede ofrecer en un CSMIJ y acuden directamente a servicios más especializados.

De cara a la prevención secundaria sería necesario aumentar los recursos en los centros de salud mental ya que son los dispositivos más accesibles para la población general y que ofrecen una mayor continuidad asistencial.



## VALIDEZ CONCURRENTE DEL PAIC 3-6, UN NUEVO INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA INHIBICIÓN EN LA ETAPA PREESCOLAR.

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

El PAIC 3-6 (Protocolo de Evaluación de la Inhibición Conductual para niños de 3 a 6 años) es una escala heteroinformada por padres y maestros para evaluar la inhibición conductual (IC) en niños de edad preescolar. Su validez depende del grado en el que sus puntuaciones puedan ser interpretadas como indicadores del constructo que pretenden medir.

### Objetivos

Comparar las puntuaciones del PAIC 3-6 con indicadores observacionales de IC derivados de una adaptación del Paradigma de Inhibición Conductual ideado por el grupo de Harvard.

### Material y Métodos

72 niños son expuestos a un conjunto de situaciones ideadas para elicitación de IC. Se utilizan juguetes extraños, adultos disfrazados y tareas poco familiares. Se filman las sesiones para su microanálisis posterior y se calculan indicadores objetivos de IC, como las latencias de R a los estímulos novedosos o el porcentaje de tiempo de habla.

### Resultados

Se obtienen correlaciones alrededor de .50 entre las puntuaciones del PAIC 3-6 y las medidas de observación. **Discusión y conclusiones:** Las correlaciones halladas son del orden de las referidas en la literatura y siguen siempre el sentido esperado, con lo que pueden ser consideradas como una prueba de la validez de las puntuaciones del PAIC 3-6.

## VALIDEZ CONVERGENTE DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL PARA NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS (PAIC 3-6)

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

La inhibición conductual (IC) es un rasgo temperamental que puede evolucionar hacia la timidez intensa y la fobia social. Su detección precoz permite prevenir el deterioro de las habilidades sociales y la aparición de psicopatología interiorizada. El PAIC 3-6 es uno de los pocos instrumentos existentes en España para detectar este rasgo en edad preescolar mediante la información de padres y maestros.

### Objetivos

Aportar evidencia de la validez convergente del PAIC 3-6 comparando sus puntuaciones con indicadores externos de ansiedad y depresión.

### Material y Métodos

Se aplica el PAIC 3-6, el CBCL, el Early Child Inventory 4, la ESAP y la ESDM a los padres y maestros de 365 preescolares matriculados en 5 escuelas de Barcelona ciudad.

### Resultados

Se obtienen correlaciones de 0.5 para la escala de maestros y de 0.3 para la de padres, por término medio.

### Discusión y conclusiones

Las correlaciones encontradas, comparables a las existentes en la literatura, indican una validez convergente aceptable en ambas formas del protocolo.



## 40 DETECCIÓN PRECOZ DE LA ANSIEDAD SOCIAL EN LA ETAPA PREESCOLAR

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

El espectro de la ansiedad social abarca alteraciones de arduo tratamiento debido a su frecuente carácter estructural. Dada esta dificultad, la detección precoz de este tipo de ansiedad puede ser de gran ayuda. La inhibición conductual es un rasgo temperamental, detectable en edad preescolar, que a menudo evoluciona hacia formas graves de ansiedad social. Su detección puede ayudar a prevenir trastornos como la fobia social o el trastorno de personalidad por evitación.

### Objetivos

Construir un nuevo instrumento para detectar la inhibición conductual en niños de 3 a 6 años. Analizar su estructura factorial y su fiabilidad.

### Material y métodos

Se aplica el instrumento a los padres y maestros de 365 preescolares matriculados en 5 escuelas de Barcelona.

### Resultados

La primera dimensión del análisis factorial resume bien casi todos los ítems, con saturaciones entorno de 0.50 y un 40% de variancia explicada. Las otras dimensiones son redundantes y poco explicativas. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach es superior a 0.95 y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) muestra valores cercanos a 0.90 en el retest a 30 días.

### Discusión y conclusiones

El nuevo instrumento se estructura en una sola dimensión, muestra una consistencia excelente y una buena fiabilidad test-retest, lo cual evidencia la fiabilidad de sus puntuaciones.

## ESTUDIO PILOTO DE LA CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA INHIBICIÓN CONDUCTUAL PARA NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS (PAIC 3-6).

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

El PAIC 3-6 es una herramienta de nueva creación basada en el trabajo previo con la EICP (Escala de Inhibición Conductual para Preescolares). Su capacidad para discriminar grados de inhibición conductual (IC) puede ser de gran ayuda en la investigación, en la evaluación, en el tratamiento y en la detección precoz de la ansiedad social en preescolares.

### Objetivos

Analizar la capacidad del PAIC 3-6 para distinguir niños clasificados como inhibidos o no inhibidos según indicadores derivados de la observación.

### Material y Métodos

Se aplica el PAIC 3-6 a los padres y maestros de 365 preescolares de Barcelona, 72 de los cuáles, seleccionados al azar, son expuestos a un paradigma de observación de 20 minutos. Se construyen dos grupos de 11 niños (inhibidos y no inhibidos) a partir de los indicadores observacionales. Se someten las puntuaciones del PAIC 3-6 a un análisis discriminante con respecto a los grupos creados.

### Resultados

La versión de maestros clasifica correctamente más del 80% de los 22 niños seleccionados mientras que la versión para padres sólo lo logra con el 65%.

### Discusión y conclusiones

Los datos sugieren una potencia discriminativa moderada del PAIC 3-6, inferior en su versión para padres, probablemente debido a que la observación se lleva a cabo en la escuela y a que los padres responden la escala en base a una idea estereotipada sobre el niño, más que a la observación renovada de su comportamiento.



## DE LA INHIBICIÓN A LA DEPRESIÓN: UN MODELO EXPLICATIVO.

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

La evidencia acumulada sugiere que la inhibición conductual (IC), un rasgo temperamental que predispone a la ansiedad ante la novedad y el cambio, es un factor de riesgo de psicopatología interiorizada. Se ha descrito el mecanismo por el cual la IC predispone a la ansiedad, pero no existe una idea tan clara con respecto a la depresión.

### Objetivo

Realizar una propuesta explicativa del mecanismo por el cual la IC predispone a la depresión.

### Desarrollo

La IC es un rasgo que impulsa hacia el bloqueo conductual en situaciones nuevas, inciertas o cambiantes. Este tipo de situaciones son muy abundantes durante el desarrollo, lo cual convierte a la IC en un rasgo desadaptativo. Cuando estas situaciones tienen carácter social, el niño inhibido experimenta un conflicto aproximación-evitación por el cual su sociabilidad le impulsa a relacionarse pero su predisposición a la ansiedad se lo impide y le conduce a la evitación. Esta evitación, al principio desapercibida, acaba cobrando saliencia, lo cual puede generar rechazo o indiferencia por parte de los iguales. Esta indiferencia dificulta todavía más la interacción del niño inhibido, que a partir de los 6 años adquiere conciencia de sus dificultades y desarrolla expectativas negativas de autoeficacia y de resultados. Estas expectativas cerrarán un espiral de miedo ante la interacción que promoverá la evitación de situaciones sociales, dando lugar a un estilo atribucional depresivo y a una baja probabilidad de refuerzo social, ambos factores depresógenos.

### Conclusiones

La IC predispone a la depresión mediante variables intermedias de origen cognitivo y social.

## INHIBICIÓN CONDUCTUAL Y ANSIEDAD SOCIAL: UNA TEORÍA INTEGRADORA.

Ballespí S, Jané MC, Riba MD, González-Alonso M.

Unitat de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència. Cerdanyola

### Introducción

Bajo nombres como timidez, fobia social (FS), retraimiento o inhibición conductual (IC), la ansiedad social se define como una condición deteriorante. Existe todavía confusión conceptual acerca de qué constructos refieren a la ansiedad social y cuáles de ellos indican psicopatología.

### Objetivo

Proponer una teoría integradora de los fenómenos de ansiedad social que relaciona IC, timidez y fobia social.

### Desarrollo

Inhibición (IC) es un concepto con varios significados históricos que actualmente define a la tendencia a reaccionar con ansiedad ante la novedad y la incertidumbre. Este constructo se ha confundido con el aislamiento y el rechazo social, por una parte, y con la timidez y la fobia social por la otra, dando lugar a un desconcierto terminológico que confunde la investigación. La IC se distingue de la timidez por su énfasis en los aspectos biológicos o temperamentales, porque refiere a estímulos sociales y no sociales -pero siempre novedosos- y porque define un problema de alta intensidad. La timidez refiere a estímulos nuevos y familiares -pero siempre sociales-, incluye la ansiedad evaluativa, enfatiza los aspectos ambientales y distingue un problema de gravedad moderada, ya que cuando es grave cruza el umbral de la psicopatología y recibe el nombre de fobia social.

### Conclusiones

Aunque existen diferencias entre los distintos constructos es posible englobarlos en un único espectro regido fundamentalmente por tres ejes: cronología, gravedad y biología-ambiente.



## 42 EFICACIA DEL OMEGA 3 Y FUNCIÓN DE LAS CITOQUINAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE TOURETTE

Gomez Guerrero L, Gabbay V, Perault J, Hottinger-Blanc P, Domínguez Martín C, Coffey B.

Child Study Center. New York University.

### Introducción

Los Ácidos Grasos Omega 3 (AGO3) podrían representar un tratamiento alternativo en el Trastorno de Tourette (TT) en base a posibles efectos anti-inflamatorios y pro-serotoninérgicos.

### Objetivos

Examinar la eficacia de los AGO3 en el TT y su mecanismo de actuación a través de las citoquinas.

### Método

Estudio doble ciego, placebo-control, randomizado de 20 semanas en sujetos con TT o Trastorno de Tics Motores Crónico. Como medidas de seguimiento se utilizaron YGTSS y CGI. La determinación de niveles de citoquinas (ELISA y citometría de flujo) se realizó al inicio, a las 10 y 20 semanas.

### Resultados

Actualmente, 34 sujetos (82% varones, edad media:  $10.5 \pm 3.8$ ) han sido reclutados. De los 30 que completaron el estudio, 13 mostraron gran mejoría, 13 mínima y 4 no mejoraron. El nivel de citoquinas determinado al final del estudio, en 16 sujetos, mostró una diferencia estadísticamente significativa en CD4 TNF ( $p=0.03$ ) en el grupo tratado con AGO3. Se observó una tendencia hacia una diferencia significativa en términos de variación intra-individual en CD4 IL-2 ( $p=0.08$ ). CD IL-6 y CD8 IL-4 también mostraron diferencias ( $p=0.16$ ) que podría alcanzar significación estadística tras un análisis adicional con más sujetos. Se prevee disponer de un mayor número de datos una vez sea completado el estudio en mayo de 2006.

### Conclusión

Los datos preliminares sugieren que el AGO3 modifica el nivel de citoquinas en niños y adolescentes con TT.

### Discusión

Los AGO3 podrían ser un tratamiento alternativo beneficioso en el TT. Se presume que su administración oral reduciría los tics a través de un cambio en los niveles y actividad de las citoquinas.

## CONTROVERSIA EN EL USO DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) Y SU IMPLICACIÓN EN LOS FENÓMENOS SUICIDAS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Domínguez Martín C, Gómez Guerrero L, Minami H, Teitel E, Gabbay V, Silva R.

Bellevue Hospital Center. Child Study Center. New York University.

### Introducción

Según Olfson, por cada incremento del 1% en el uso de antidepresivos en adolescentes, habrá un descenso de 0.23 suicidios por 100.000 adolescentes al año.

No obstante varias agencias reguladoras a lo largo del mundo han asociado los ISRS con un aumento en ideación y gestos suicidas.

### Objetivos

Analizar la literatura existente en el uso de ISRS a través de diferentes entidades diagnósticas.

### Métodos

Revisión online sobre el uso de ISRS en menores de 18 años.

### Resultados

Se identificaron 23 estudios doble ciego (1991-2004) con un total de 3732 sujetos (47.6% varones), entre 5-18 años (media  $14.7 \pm 3.59$ ). Solo el 21% de los estudios incluyeron pacientes depresivos. El mayor porcentaje se corresponde con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) (27%), y el tercero con Trastornos de Ansiedad (TA) (17%). ISRS empleados: fluoxetina (47.8%), sertralina (26.1%), paroxetina y fluvoxamina (13% cada uno). De los 3732 sujetos, 18 registraron ideación suicida y 7 gestos suicidas en el grupo de los ISRS versus 9 ideaciones y 5 gestos suicidas en el grupo placebo.

Únicamente 1 de los 5 estudios sobre Depresión y 2 de los 4 estudios sobre TA detectaron fenómenos suicidas, pero sólo los estudios de TA mostraron una correlación significativa ( $p=0.012$ ) con el uso de ISRS. Solamente los estudios sobre Depresión demostraron una correlación significativa ( $p=0.037$ ) entre fenómenos suicidas y el tratamiento con placebo.

### Conclusiones

Los pacientes con TA tratados con ISRS son más susceptibles de desarrollar fenómenos suicidas. La aparición de fenómenos suicidas en niños deprimidos está más vinculada al tratamiento con placebo o a una ausencia del mismo.

### Discusión

No hacer uso de los ISRS para tratar la Depresión en la población Infanto-juvenil podría suponer un mayor riesgo de suicidio.





## INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA TRAS TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

González P, Martín R, Hernández S.

Universidad de La Laguna, Facultad de Psicología.

### Introducción

Se presenta el caso de un varón de ocho años que a los seis años sufre un TCE severo con fractura parietal izquierda, hematoma subdural izquierdo y contusiones cerebrales. TAC de cráneo inicial (02.07.2003), con imágenes compatibles con contusión hemisférica izquierda y pequeñas sufusiones hemáticas. El EEG (04.02.2003), muestra asimetría interhemisférica; actividad focal lenta frontotemporal derecha, con afectación difusa de la actividad eléctrica, así como depresión difusa de la actividad eléctrica cerebral del hemisferio izquierdo. El TAC de cráneo de seguimiento (25.05.2005) reflejó una imagen de menor atenuación que el parénquima cerebral, de localización cortico-subcortical frontal bilateral, así como temporal izquierda, con retracción y dilatación del sistema ventricular, sin desplazamiento significativo de la línea media y sin anomalías de la fosa posterior. El juicio diagnóstico: imágenes compatibles con lesiones isquémicas cortico-subcorticales en las regiones indicadas, con moderada dilatación ventricular. El nivel premórbido informado, establece que tiene un rendimiento cognitivo ajustado a su edad y nivel de desarrollo. Al año y medio del TCE se instaura un cuadro epiléptico, remitiendo los avances cognitivos alcanzados hasta ese momento. El tratamiento farmacológico consigue controlar las crisis. A los dos años del TCE, se realiza la exploración neuropsicológica (línea base), evidenciándose déficits cognitivos en las siguientes funciones y/o capacidades: Cociente intelectual, Atención, Velocidad de procesamiento, Memoria verbal y visual, Funciones premotoras, Funciones ejecutivas, Denominación de objetos por confrontación visual, Lectura, Escritura, Cálculo, Capacidades Visoconstructivas y Praxias Visoconstructivas. Quedó preservado el Lenguaje espontáneo, Repetición de sílabas y palabras, Comprensión oral, las Capacidades visoperceptivas, Nogsias visuales y Praxias ideomotoras e ideacionales. Un mes después de la valoración neuropsicológica, se comienza con el programa de rehabilitación neuropsicológica de la mayor parte de las funciones alteradas.

### Objetivos

Incrementar de forma significativa el rendimiento del paciente en las funciones deficitarias.

### Materiales y procedimiento

La lectura como estimulación cognitiva (LECTO); Material para la rehabilitación de las afasias y otras alteraciones del lenguaje (LOGOS); Memory; Macro puzzle (Abecedario + Objetos y Números) y Material de elaboración propia. Se articularon bloques de tratamiento por funciones. Los bloques se entrenaban en distintas sesiones de 60 minutos de duración, cinco veces por semana.

### Resultados y Conclusiones

En términos generales se evidencian tras seis meses de rehabilitación mejoras significativas en las distintas funciones intervenidas, así como en áreas no tratadas de forma directa. A su vez, se ha objetivado una evolución favorable de las variables emocionales. El conjunto de resultados obtenidos pone de manifiesto la viabilidad de la intervención neuropsicológica en el traumatismo craneoencefálico, dado que se potencian las funciones neuropsicológicas complejas que están a la base de un adecuado rendimiento académico, social y personal



## 44 UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE ADOLESCENTES ¿NEW BEGINNING?. UN MODELO PARA EL CAMBIO

Hernández Otero I<sup>1</sup>, Kaplan T<sup>1</sup>, Fernández García de las Heras V<sup>3</sup>, Moya Querejeta J<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>New Beginning adolescent Crisis Recovery Unit. Edgware Community Hospital. London (UK), <sup>2</sup>Hospital Maudsley. Londres (2), Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry. St. Mary's hospital. Imperial College. London. (UK) (3), Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry. St. Mary's Hospital. Imperial College. London. (UK) (4)

### Introducción

En la última década hemos asistido a una evolución y mejora en la provisión de servicios en salud mental en muchos países europeos. Las unidades de hospitalización han sido consideradas como un lugar que proporciona experiencia emocional correctiva, altos niveles de comunicación y calidez y límites claros a nivel conductual (Cotton 1993).

### Objetivos

Describimos a continuación nuestra experiencia en la Unidad Psiquiátrica de adolescentes New Beginning, en el área Noroeste de Londres.

### Desarrollo

New Beginning es una Unidad con 12 camas, diseñada para proporcionar atención psiquiátrica en situación de crisis a jóvenes de edades comprendidas entre 13 y 18. Tras el ingreso realizamos un análisis funcional de las principales razones que han motivado el mismo, poniendo un especial énfasis en que el motivo es el comportamiento del adolescente, y no la enfermedad mental en sí misma. Promovemos motivación para el cambio y “cambios mínimos” previos al alta que delimitamos de forma clara desde el punto de vista conductual y que se negocian con la persona que tiene responsabilidad legal sobre el paciente. Nos reunimos en diversas ocasiones con los profesionales que realizarán el seguimiento en la comunidad, y conjuntamente diseñamos un plan de cuidados que favorezca un apropiado seguimiento del paciente.

### Conclusiones

La evidencia actual sugiere que este dispositivo es particularmente útil para estabilizar y reducir la sintomatología de riesgo. Nuestra experiencia corrobora estos resultados. Proponemos como investigación futura un mayor número de estudios que comparen estos dispositivos con hospitales de día y con asistencia ambulatoria en equipos de salud mental. De esta forma, obtendremos evidencia más clara de cual es el valor específico de esta alternativa terapéutica.

## PREDICTORES DE DIMENSIONES DEPRESIVAS EN TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

López Villalobos JA, Ruiz Sanz F.

Hospital San Telmo, Valencia

### Resumen

Aunque trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y depresión representan una forma frecuente de comorbilidad, pocos estudios se centran en esta presentación clínica.

### Objetivo

Descripción de dimensiones depresivas en casos clínicos de TDAH, buscando variables predictoras y considerando el efecto individual de cada variable.

### Material y Métodos

Muestra clínica con 109 casos de TDAH, entre 8 y 16 años. Casos definidos según DSMIV y dimensiones depresivas según cuestionario de depresión para niños (CDS). La intensidad de síntomas de inatención (TDAH-I) e hiperactividad (TDAH-H) valorada mediante cuestionario EDAAH. Consideramos coeficiente intelectual total (CIT) y la escala de evaluación de actividad social y laboral. Utilizamos estadísticos descriptivos y exploratorios. La comparación entre medias mediante pruebas t ( $\alpha \cdot 0.05$ , IC media 95%). Implementamos un método de regresión lineal ( $\alpha \cdot 0.05$ , “Odds ratio” e IC95% para variables predictoras).

### Resultados

El promedio total depresivo (TD) en TDAH es significativamente inferior a baremos de CDS [mejor autoestima, menor sentimiento de culpa, menor preocupación por la salud, menor aislamiento] y total positivo (TP) significativamente superior [mayor insatisfacción en relación con los demás, con la propia actuación y menor sensación de valoración externa]. Según criterios epidemiológicos 14,6% de los casos pudieran tener depresión.

Ninguna de las variables propuestas en nuestro modelo predice significativamente la varianza de TD; mientras que las variables TDAH-H, TDAH-I, CIT y edad predicen significativamente la varianza de TP.

### Conclusiones

Es necesario evaluar posibilidad de depresión en TDAH y considerar en la intervención terapéutica el posible déficit de dimensiones positivas.



## LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DEL ADOLESCENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

Ochoa Linares S<sup>1</sup>, Linares Velilla MD<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro,

<sup>2</sup>Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil Actur Sur.Zaragoza

### Introducción

En la práctica clínica se observan conductas disruptivas en adolescentes que no siempre obedecen a cuadros psicopatológicos definidos y se podrían catalogar como perturbaciones del desarrollo.

### Objetivo

Establecer diferencias entre trastornos psicopatológicos y conductas alteradas propias del desarrollo en adolescentes.

### Material y Métodos

- Revisión de 75 Historias Clínicas de pacientes de 14 a 17 años inclusive que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario por diversos trastornos psicopatológicos (periodo 1 de Octubre 2004- 31 de Diciembre 2005).

- Análisis descriptivo de variables: número de urgencias, edad y sexo, motivo de consulta, derivante a urgencias, diagnóstico clínico, facultativo que lo realiza, intervenciones terapéuticas y derivación de destino.

### Resultados

El 0,12% de las urgencias hospitalarias corresponden a trastornos psiquiátricos en adolescentes. Claro predominio de mujeres (65%). El 74,6% acude voluntariamente/ con familia. Los principales motivos de consulta: intoxicaciones etílicas (29,3%), quejas psicósomáticas (26,7%) y síntomas de angustia (12%). El 72% son atendidos por el médico general. Diagnósticos más destacados: crisis de ansiedad y abuso de alcohol. Sólo el 41,3% precisaron tratamiento farmacológico. El 62,8% se derivaron a domicilio/ Atención Primaria, 2,6% requirió ingreso psiquiátrico, 30,7% se remitieron a Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. En su seguimiento en dicha Unidad, el 50% son trastornos de ansiedad.

### Discusión

La confusión entre las perturbaciones del desarrollo y cuadros psiquiátricos definidos genera excesiva demanda en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

### Conclusiones

La incidencia de urgencias psiquiátricas en adolescentes fue del 0,12%. Sólo el 26,7% presentaba cuadro psicopatológico definido.

Son necesarios programas preventivos en Atención Primaria para adolescentes y su entorno.

## GRUPO PARA PADRES BASADO EN EL MODELO WEBSTER-STRATTON. UN ESTUDIO CUALITATIVO.

Hernandez Otero I, Kramer T, Dixon E.

Imperial College Londres.

### Introducción

Ser padres es uno de los trabajos mas duros en nuestra sociedad, y para los que existe menor preparación. La importancia del papel que los padres tienen en promover las capacidades sociales, emocionales y académicas de sus hijos es sobradamente conocida, no obstante la evidencia científica sugiere que muchos padres no están bien preparados para desempeñar sus funciones de la forma mas positiva para sus hijos.

### Objetivos

Determinar la utilidad de un programa de modificación de conducta para padres basado en el modelo "Webster-Stratton".

### Material y Métodos

El programa consistía en 8 sesiones de 2 horas de duración en las que se cubrieron la siguientes áreas: Juego, recompensas, límites y normas, tiempo fuera, y solución de problemas. Un total de siete madres con hijos de entre 3-6 años y diversas patologías participaron en las sesiones. Se administro un cuestionario (Strengths and difficulties questionnaire, SDQ) y se diseño una entrevista semiestructurada que se administro seis meses después de la finalización del grupo, incluyendo preguntas sobre estrategias preventivas, manejo de conductas inapropiadas y recaídas, mejoría de la autoestima en los padres, aceptación del problema de sus hijos e ideas sobre el futuro.

### Resultado

Seis meses después, el 60% de las madres seguían aplicando las técnicas aprendidas en el grupo, y señalaban una clara mejoría en la conducta de sus hijos, constatada con los resultados del cuestionario aplicado (SDQ). Todas las participantes señalaron que el grupo había sido útil para "normalizar" los problemas con sus hijos, disminuir el rechazo de otros padres, anticipar y manejar problemas y organizar mejor las actividades cotidianas.

### Conclusiones

Nuestros resultados confirman la evidencia científica disponible por lo que, junto con la buena relación coste-efectividad, sugerimos la incorporación de estos programas en los Centros de Salud Mental Infantil.



## 46 EXPERIENCIA DE LOS PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DIA EN LA USMI-J

García Salguero MJ, Blanco -Morales Limones MJ, Molina Durán T.

Unidad de Salud Infanto Juvenil H.U. Virgen Macarena

### Definición

Actividades terapéuticas que como mínimo sean realizadas 3 horas semanales, de índole preferentemente grupal de carácter heterogéneo y dividido por tramos de edad (5-7 años, 8-11 años, 12-18 años).

La mayor parte de las actividades se realizan por la tarde para facilitar la integración escolar.

### Modalidades terapéuticas

Entrenamiento en Habilidades Sociales.  
Técnicas de Relajación.  
Técnicas de Psicomotricidad.  
Terapia grupal-relacional para padres-hijos.  
Técnicas de Resolución de Problemas.  
Técnicas de Comunicación-relación.  
Técnicas de Expresión Corporal.  
Terapia grupal para padres.

### Criterio de inclusión

Primeros brotes psicóticos  
Trastornos Generalizados del Desarrollo  
Trastornos de la Conducta Alimentaria  
Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad  
Trastornos Disociales  
Trastornos Afectivos  
Mutismos  
Trastornos de la Personalidad Inicial  
Cualquier patología grave que comprometa el desarrollo del menor.

### Criterios de exclusión

Retrasos mentales graves a moderados  
T. Orgánicos-cerebrales  
Conductas muy disruptivas  
Consumo de tóxicos

### Características de los pacientes. Nº total: 102.

Edades: 5-7 años: 13.72%  
8-11 años: 40.20%  
12-17 años: 46.08%

Diagnósticos: Trastorno del Espectro Autista: 28.43%  
T. Externalizantes: 49.02%  
T. Internalizantes: 22.55%

### Nivel de Consecución

- En Habilidades Sociales Básicas: alto 47.06%  
- En Habilidades Sociales Complejas: alto 43.14%  
- En Relajación: medio 41.18%

## GRUPO HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES: UTILIDAD TERAPEUTICA REAL

García Salguero M, Blanco -Morales Limones MJ, Molina Durán T.

Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil. H.U. Virgen Macarena

### Definición

Actividades terapéuticas de índole grupal basadas en las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, de resolución de problemas, de relajación, de expresión corporal y de comunicación-relación, aplicados a pacientes entre 12 y 18 años y complementadas con terapia grupal para sus padres.

Los diagnósticos que presentan estos chicos los hemos agrupado en: trastornos del espectro autista, trastornos externalizantes y trastornos internalizantes.

### Objetivo

Valoración de la utilidad terapéutica de las técnicas grupales arriba indicadas.

### Material y Método

Se valoran 47 individuos de 13.3 años de edad media. Se valora a través de entrevista semiestructurada y observadores independientes.

Se han medido Habilidades Sociales Básicas, HHSS Complejas y Relajación.

Se establecen tres niveles de consecución de los objetivos (bajo, medio y alto).

### Resultados

Espectro autista: 27.6%  
T. Externalizantes: 34.1%  
T. Internalizantes: 38.2%

### Nivel de consecución

- En Habilidades Sociales Básicas: medio 45.5%  
- En Habilidades Sociales Complejas: alto 44.6%  
- En Relajación: medio 44.6%



## SINTOMAS DEPRESIVOS Y AUTOESTIMA EN ADULTOS HIPERACTIVOS

Moyá Querejeta J<sup>1</sup>, McLoughlin L<sup>1</sup>, Hawkins A<sup>1</sup>, Hernández Otero I<sup>2</sup>, Fernández García de las Heras V<sup>2</sup>, Taylor E<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Institute of Psychiatry, King's College (London),

<sup>2</sup>Imperial college

### Introducción

La hiperactividad es una alteración conductual conocida que puede asociarse a otros problemas psiquiátricos (Taylor et al., 1994). Sin embargo, su asociación a síntomas depresivos, baja autoestima y su efecto sobre el funcionamiento general no ha sido examinado detenidamente en adultos.

### Métodos

Los participantes fueron reclutados inicialmente cuando tenían siete años para el estudio Newham, una encuesta dirigida por Taylor et al. (1991). Aproximadamente 20 años más tarde, 40 hombres con niveles elevados de comportamiento hiperactivo, 16 de ellos con problemas conductuales, y 25 controles sanos contestaron, entre otros, el Cuestionario Rosenberg para la Autoestima, los síntomas depresivos de la escala SADS y valoraron su vida laboral y sus relaciones personales.

### Resultados

En general, los adultos hiperactivos (Mdn=4) no difirieron de los controles (Mdn=5),  $U = 0.51$ , ns,  $r = -.66$  en el grado de síntomas depresivos. Además, el nivel de autoestima fue casi idéntico en ambos grupos (Hyp=30.0 vs 31.0). El grado de problemas en el trabajo,  $r=0.37$ ,  $p<.001$ , y de desacuerdo en la relación matrimonial/cohabitación,  $r=0.26$ ,  $p<.01$ , durante los años previos, estuvieron significativamente relacionados al nivel depresivo. Sin embargo, los adultos hiperactivos no parecieron diferir en ninguno de estos aspectos de los controles.

### Discusión

El grado de síntomas depresivos no estuvo significativamente elevado y pareció estar asociado a aspectos en los que no se diferenciaban los adultos hiperactivos de los controles sanos. Esto permite asumir que las personas hiperactivas podrían tener en la edad adulta un buen funcionamiento en áreas importantes de su vida y podrían estar menos afectadas de lo que se ha afirmado (Faraone, 2005).

## TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN EDAD PREESCOLAR

García Calvo R<sup>1</sup>, Blanc M<sup>2</sup>, Canalda, G<sup>1</sup>, De la Fuente JE<sup>1</sup>, Castro J.

<sup>1</sup>Hospital Clinic. Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Santa María. Lleida

### Introducción y Objetivos

Existen controversias sobre el uso de metilfenidato en menores de seis años. Exponemos caso de varón de 4a 11m con buena respuesta terapéutica.

### Desarrollo

Escuela solicita consulta por dificultad aprendizajes, impulsividad, falta concentración, inquietud excesiva, conductas oposicionistas, baja tolerancia a frustraciones y dificultad en adquisición de hábitos. Clínica presente desde P3, en diversos contextos. Padre se identifica con dicha clínica en su infancia. Parto gemelar 37 semanas, desarrollo precoz motricidad grosera, dificultades motricidad fina, lenguaje diferido.

### Exploración

CBC, SDQ y Conners padres y profesores. Entrevistas padres ADHD-RS IV y SNAP-IV pre y con cada tratamiento. WPPSI, BOEHM y FROSTIG.

### Diagnóstico

TDAH tipo combinado(314.01). Trastorno del desarrollo específico, aplazado.

### Evolución

Positiva desde Metilfenidato Liberación Instantánea (MFLI) 15 mg/d; paso posterior a Liberación Prolongada 18 mg/d, requiriendo MFLI 2.5 mg por conflictos conductuales matinales, y Ciproheptadina 2 mg nocturna por sueño diferido. Tratamiento cognitivo-conductual individual, grupal familiar y escolar. Cambios significativos escolares y familiares confirmados en consultas clínicas y por descenso puntuaciones en entrevistas y cuestionarios.

### Conclusiones

Necesario revisar planteamiento de no tratamiento inicial con psicoestimulantes en TDAH menores de 6 años, dada la evidencia de respuesta positiva en este caso hasta estos momentos. Proponemos valorar individualmente cada paciente.



## 48 NUEVAS TECNOLOGÍAS Y PSIQUIATRÍA INFANTIL: EL FUTURO YA ESTA AQUÍ.

Fernández García de las Heras V<sup>2</sup>, Moya Querejeta J<sup>1</sup>,  
Hernández Otero P.

<sup>1</sup>Maudsley hospital, <sup>2</sup>Imperial College Londres

### Introducción

La incesante aparición de nuevas tecnologías ha pasado a formar parte de la vida diaria incorporándose en la actividad cotidiana de niños y adolescentes. La utilización de internet y de correos electrónicos para facilitar la comunicación, así como el uso de videoconferencia han abierto multitud de posibilidades y retos en el campo de la prevención y de la intervención en Salud Mental Infanto-juvenil.

### Objetivos

Revisar las nuevas tecnologías que se están empleando en Psiquiatría Infantil, los distintos ámbitos de las mismas y que resultados han obtenido los estudios que han valorado su eficacia.

### Desarrollo

Se llevo a cabo una búsqueda bibliográfica del uso de estos recursos en el tratamiento de patología psiquiátrica en población infanto-juvenil, consultando PubMed, Google y Yahoo!.

### Conclusiones

Las intervenciones a través de Internet o con programas basados en el uso del ordenador están ofreciendo prometedores resultados a nivel terapéutico, de acceso de recursos y de coste-efectividad en un amplio rango de trastornos, tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, retraso mental, mutismo selectivo o autismo.

### Bibliografía

1. Ybarra ML, Eaton WW. Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research* 2005; 7(2): 75-87.
2. Wade SL. Commentary: computer-based interventions in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology* 2004; 29(4): 269-272.

## EXPERIENCIA GRUPAL DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO SOBRE EL VÍNCULO MADRE - HIJO EN NIÑOS CON RASGOS AUTISTAS.

Lillo Moreno, C<sup>2</sup>, Alcamí, M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Niño Jesús, Madrid,  
<sup>2</sup>Área de Salud Mental. Jerez de la Frontera

### Introducción

Partiendo de la revisión de lo investigado en relación con el vínculo madre-hijo, su patología y abordaje específico, parece relevante la reflexión sobre el tratamiento del vínculo en niños que presentan rasgos autistas.

### Objetivo

Se pretende hacer hincapié en la importancia del tratamiento específico sobre vínculo madre-hijo en la terapia de niños con diferentes patologías que presentan como característica común el desarrollo de rasgos autistas.

### Desarrollo

Presentamos la experiencia de un grupo de cuatro niños menores de 3 años, afectos de diferentes patologías (Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) tipo autista, TGD no especificado, retraso psicomotor leve con rasgos autistas y Distrofia Muscular de Duchenne) que tienen como características comunes la existencia de retraso en el lenguaje, tendencia al aislamiento y una relación muy dependiente con una exclusiva figura de apego, sus madres. Dado que a partir de nuestra experiencia clínica, el trabajo exclusivamente con los niños resulta insuficiente, paralelamente al trabajo con ellos, se instaura una labor grupal de tratamiento vincular con sus madres. Se realizan sesiones de una hora con una frecuencia semanal, en salas separadas y de forma simultánea, durante tres meses.

### Conclusiones

La elaboración de los patrones vinculares de las madres ayuda a la mejoría de sus hijos, mejorando la capacidad de aquellas para comprender las necesidades reales de los niños que presentan dificultades para su individuación y desinterés por las relaciones con figuras diferentes a su madre. Paralelamente, se consigue disminuir el nivel de ansiedad de las madres, potenciando su seguridad para asumir la maternidad.



## PSICOFARMACOLOGIA DE LA ADICCIÓN

Llusent Guillamet A, Cornellà Canals J.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

### Introducción

El consumo de drogas de abuso supone un serio problema y un reto para el paidopsiquiatra que atiende adolescentes. El actual desarrollo de la psicofarmacología abre nuevas vías para la investigación y el apoyo terapéutico.

### Objetivos

Evaluar la utilidad de los psicofármacos en el tratamiento integral de los adolescentes que consumen sustancias.

### Material y métodos

Revisión de las historias de cinco adolescentes y jóvenes consumidores de sustancias (cannabis y cocaína), tratados con Topiramato y/o con Risperidona.

### Resultados

No siempre se ha acertado con el fármaco a la primera. En ocasiones, han sido necesarios cambios y ajustes en la medicación. En general, el resultado ha sido positivo, siempre que se ha asociado a medidas de psicoterapia y apoyo.

### Discusión

Existe poca experiencia en la utilización de los psicofármacos para el tratamiento de las adicciones. No se han establecido pautas ni protocolos. Es necesario ir recogiendo los resultados de los estudios experimentales a fin de tener un mejor conocimiento de las posibilidades terapéuticas. Ya que la impulsividad está en la base de muchos trastornos adictivos, el topiramato ha demostrado un especial interés. Algo semejante ha pasado con la risperidona, siendo este un fármaco al que hace falta definir mejor su perfil.

### Conclusiones

La utilización de psicofármacos en el tratamiento de los adolescentes y jóvenes que presentan algún tipo de adicción supone un importante avance terapéutico que merece un mejor estudio y profundización en los resultados.

## DE LA PAIDOPSIQUIATRIA DE TRINCHERA AL PROGRAMA SALUD Y ESCUELA

Llusent Guillamet A, Cornellà Canals J.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

### Introducción

Hace cuatro años se presentó en el Congreso de Madrid el Programa "Paidopsiquiatría de Trinchera". En la actualidad este programa está en fase de implantación en todos los Institutos de Enseñanza Secundaria públicos y privados de Cataluña.

### Objetivos

Presentar los resultados preliminares de la implementación e implantación del Programa Salud y Escuela en Cataluña, con un análisis de los resultados concretos de la provincia de Girona.

### Material y métodos

Se han recogido los contenidos de las consultas que han tenido lugar de forma espontánea, confidencial y gratuita, en los Centros de Enseñanza Secundaria de nuestra provincia donde se encuentra ya funcionando el Programa Salud y Escuela.

### Resultados

Desde septiembre de 2004 hasta la actualidad, el programa ha llegado a 48 centros de Enseñanza Secundaria, cubriendo un total de 12048 alumnos de tercer y cuarto cursos de ESO, en la provincia de Girona. Los principales motivos de consulta son: salud afectivo sexual, trastornos en la conducta alimentaria, consumo de drogas, consumo de alcohol y tabaco.

### Discusión

La consulta abierta en los propios centros de Enseñanza Secundaria representa una oportunidad para que los adolescentes se acerquen al profesional sanitario, como ya se ha demostrado en otras experiencias semejantes.

### Conclusiones

Consideramos importante este programa para fomentar la prevención primaria y secundaria en la salud mental de los adolescentes.



## 50 USO DE QUETIAPINA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL: NUESTRA EXPERIENCIA

León Quintana C, Gutiérrez Casares JR, Pino F, Martín Luna, MT, Salcedo M, Burdallo F.

Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Quetiapina, es un antipsicótico de segunda generación con eficacia probada en el tratamiento de pacientes adultos con esquizofrenia. Se ha utilizado en niños y adolescentes con trastorno bipolar especialmente cuando presentan alucinaciones o se necesita un rápido control del episodio maníaco. Sin embargo, los estudios recientes sugieren que los antipsicóticos de segunda generación también pueden ser eficaces en el tratamiento las psicosis, trastornos del desarrollo y síndrome de Gilles de la Tourette de niños y adolescentes. Además, presentan un uso potencial en los trastornos de conducta asociados o no, al retraso mental y en algunos grupos específicos de trastorno por déficit de atención-hiperactividad severos.

### Objetivo

Analizar la seguridad, tolerancia y las posibles indicaciones de quetiapina en una unidad de psiquiatría infantil ambulatoria, en Badajoz, durante en los últimos cuatro años.

### Método

La muestra total resultante se componía de 35 pacientes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con edades inferiores a 18 años y que habían recibido tratamiento con quetiapina. Las variables analizadas fueron edad, sexo, capacidad intelectual, diagnóstico clínico (según DSM-IV), puntuación en escalas de depresión (CDI) e impresión clínica global (CGI), dosis máxima de quetiapina utilizada, número y fármacos utilizados en combinación con quetiapina, efectos secundarios, adversos o tóxicos observados y los motivos de suspensión del tratamiento.

### Resultados

Los pacientes de la muestra presentaban los diagnósticos de trastorno de la conducta no especificado (CDNOS)(34,3%), TDAH (22,8%), trastorno del control de los impulsos (ICD-TCI) (14%), trastorno múltiple y complejo del desarrollo con retraso mental (MCDD-MR) (17%) y trastorno bipolar (BPD)(11,4) con una media de 1,9 diagnósticos al inicio del tratamiento. Un 68,5% (n=24) eran chicos y un 31,4% (n=11) chicas con una edad media de 11,6 años (rango entre 6 y 18 años). Todos los pacientes se encontraban escolarizados. La dosis media máxima de quetiapina fue de 314,29 mg/día, sin diferencias significativas entre sexos ni correlación entre la

dosis máxima y la edad. La quetiapina se empleó como único fármaco en un 42,8% de los casos ó combinación con otros psicofármacos (media 1,71, 20% con fármacos antiepilépticos, 14,3% con metilfenidato y 25,7% con otros (ISRS, benzodicepinas, antipsicóticos atípicos). Aparecieron efectos secundarios, cefalea, irritabilidad y enuresis, en un 8,5% (n= 3) que obligaron a suspender el fármaco en 1 caso y a disminuir la dosis en 2 pacientes con desaparición de los mismos. Se observa relación estadísticamente significativa ( $p=0,04$ ) entre una alta puntuación en el CDI y la impresión clínica global (CGI) de mayor gravedad.

### Conclusiones

Los resultados preliminares de nuestra serie sugieren que la utilización de quetiapina como fármaco de segunda elección en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de conducta, TDAH complicado, trastorno del control de los impulsos y trastorno bipolar presenta una buena tolerancia y seguridad con escasos efectos secundarios. Es necesario interpretar los resultados con cautela dado que los datos a partir de ensayos controlados de los que disponemos actualmente sobre el uso de antipsicóticos en niños y adolescentes es muy limitada sobre todo por la dificultad para la aplicación de los mismos en series amplias de pacientes que permitan obtener resultados que ofrezcan suficientes garantías.





## RISPERIDONA Y TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS AUTOINMUNES, EFICACIA EN UN CASO DE PITAND

Pino Calderón FJ, Martín Recuero L, Álvarez Arroyo S, Gutiérrez Casares JR, Gutiérrez Casares J.

Complejo Hospitalario Universitario. Badajoz.

Allen y Swedo introdujeron a finales de los 90 la premisa de que ciertas enfermedades mentales podían estar causadas directamente por agentes infecciosos comunes o ser el resultado de reacciones autoinmunes tras procesos producidos por los mismos, surgiendo los acrónimos PANDAS y PITAND.

Informamos del caso de un varón de 12 de años, con un desarrollo psicomotor normal; de carácter perfeccionista, responsable y ordenado, con historia previa de tics, enuresis y alteraciones emocionales tras la separación de sus padres. A la semana de padecer un cuadro gripal, experimenta acentuación de dicho estilo emocional, con crisis de angustia y llanto, rituales obsesivos, tics y temores específicos, con comportamiento regresivo.

Se inició un tratamiento estándar presentando un cuadro de desinhibición conductual decidiéndose pautar risperidona 7.5 mg/día. Tras dos meses de tratamiento recuperó su modelo de comportamiento habitual, desapareciendo la psicopatología previa, regresando a un funcionamiento global óptimo, sin registrarse efectos adversos.

No existen tratamientos específicos de estos cuadros recomendándose en su manejo seguir una terapéutica standard, reservándose la plasmaféresis como opción de segunda línea y la terapia inmunomoduladora para casos agudos y severos.

En la literatura sólo hemos encontrado un caso de eficacia de risperidona en PANDAS para movimientos coreiformes y agresividad. Por ello realizamos esta comunicación para que sea tenido en cuenta en casos similares. Evidentemente se necesitan más estudios específicos para mejorar nuestros conocimientos de estos síndromes y disponer de un arsenal terapéutico apropiado.

## TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (TGD) Y RETRASO MENTAL (RM) EN POBLACION CLINICA

Barrios M, Engo R, Fernández J, Sanz Y, Guijarro T.

Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil. Córdoba

### Introducción

La literatura científica aporta datos controvertidos sobre la proporción de RM en TGD; El cambio que la definición de autismo ha experimentado a lo largo de la historia, la diversidad de criterios diagnósticos y definiciones propuestas por los autores han intervenido en esa controversia.

### Objetivos

Valorar porcentaje de RM en TGD en niños diagnosticados de TGD.

### Material y Métodos

Muestra: 98 pacientes evaluados en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Córdoba, con edades comprendidas entre 19 meses y 16 años.

Instrumentos: Inventario Desarrollo Battelle, Escala Manipulativa Internacional Leiter, Escala Inteligencia Weschler para Niños Revisada.

Variables: edad, diagnóstico (Autismo típico, Síndrome de Asperger y TGD inespecífico) y Cociente Intelectual (CI).

Se compararon los sujetos en las variables estudiadas y se analizaron los resultados.

### Resultados

Los datos indican que el porcentaje de RM en TGD es del 67 %, y este resultado aumenta a un 84% al considerar el diagnóstico de autismo típico.

### Discusión y Conclusiones

El porcentaje de RM en autismo típico y TGD de nuestra muestra es superior que el obtenido en otros estudios. Es posible que sea debido a que la población atendida padezca una mayor gravedad.

La comparación entre diferentes estudios debe ser tomada con cautela debido a la variedad de criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación utilizados, así como a la heterogeneidad de las muestras.



## 52 USO DEL M-CHAT EN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Osorio Ramos JP, De Luxan De la lastra A, Guijarro Granados T, Sánchez Vázquez V, Burgos Marín R.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

### Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de patologías caracterizadas por una alteración del neurodesarrollo precoz y que cursan con afectación cognitiva, conductual, de la comunicación y de la interacción social. Su detección precoz permite un abordaje adecuado que mejora el pronóstico y la calidad de vida de pacientes y familia.

### Objetivo

Describir la introducción en nuestro medio de un programa de detección precoz de TEA, y en particular la prueba de cribaje de dicho programa, el M-CHAT, así como sus características fundamentales.

### Material y Método

Hemos realizado una revisión de la literatura científica actual en lo concerniente a detección precoz de autismo y M-CHAT. También se describe la implantación del programa de detección precoz de TEA en Córdoba.

### Discusión

Actualmente es bien conocido el beneficio de los programas de estimulación precoz en el pronóstico a largo plazo de los TEA. Para poder instaurarlos es precisa una detección precoz de los casos. En nuestra área hemos introducido un programa de detección precoz con el M-CHAT como prueba de cribaje inicial en población general. En caso de que sea positiva el paciente será derivado de forma preferente desde pediatría a nuestra USMI-J, donde será atendido en 48 horas para realización de una evaluación global, diagnóstico y orientación terapéutica correspondiente.

### Conclusiones

Con este trabajo querríamos resaltar la necesidad de introducción de programas de detección precoz de TEA. El MCHAT nos parece un adecuado medio de cribaje, siendo precisa la confirmación posterior del diagnóstico en unidades específicas.

## AJUSTE PSICOSOCIAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON AUDÍFONOS E IMPLANTES COCLEARES

Díaz-Caneja A, Gamazo P, Molero P, Díez A, Soutullo C.

Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona

### Introducción

Los niños y adolescentes con hipoacusia se benefician de los audífonos y sobre todo de los implantes cocleares. Algunos estudios han demostrado que los niños con hipoacusia tienen mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento o trastornos psiquiátricos debido entre otros factores al aislamiento social y la falta de habilidades sociales (Hindley et al, 1994). Por lo tanto, el implante coclear o el audífono reducen este riesgo al permitir que estos niños sean capaces de comunicarse y desarrollar habilidades sociales y cognitivas adecuadas. Sin embargo, esta competencia social dependerá de la edad de diagnóstico de la hipoacusia, el desarrollo previo de lenguaje prelingual y el tiempo de rehabilitación posterior. El apoyo familiar también es importante en el pronóstico.

### Objetivos y Métodos

1. Comentar el caso clínico de un niño con hipoacusia y uso de audífonos referido a nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente para valoración de un posible diagnóstico de síndrome de Asperger.

2. Revisión de la bibliografía del ajuste psicosocial de niños y adolescentes con implante coclear o audífonos

### Conclusiones

Niños y adolescentes con implante coclear y audífonos pueden presentar problemas emocionales y de comportamiento. Esto puede estar relacionado con menor ajuste psicosocial después del implante o uso de audífonos. El apoyo y valoración psicológica y psiquiátrica puede estar indicada en algunos casos. Más estudios son necesarios para valorar las causas de estos problemas o dificultades.



## TRATAMIENTO COADYUVANTE CON ARIPI- PRAZOL EN ADOLESCENTES CON TRASTOR- NOS DEL HUMOR.

Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, De Castro Mangla-  
no P, Soutullo Esperón C, Gamazo Garrán P.

Clínica Universitaria, Universidad de Navarra.

### Objetivo

Valorar la efectividad, seguridad y tolerancia del trata-  
miento coadyuvante con aripiprazol en adolescentes con  
diversas patologías psiquiátricas.

### Métodos

Revisión retrospectiva de todos los adolescentes trata-  
dos con aripiprazol en la Unidad de Psiquiatría Infantil y  
Adolescente, Clínica Universitaria, Universidad de  
Navarra. Para valorar la severidad empleamos la escala  
Clinical Global Impresión-Severity (CGI-S) al inicio y  
final del tratamiento.

### Resultados

Incluimos 10 pacientes (5 varones y 5 mujeres) con  
una edad media 16,1 + 1,27 años. Nueve presentaban un  
trastorno afectivo (seis trastorno bipolar, uno depresión  
reactiva, uno depresión grave con síntomas psicóticos y  
uno trastorno del humor no especificado) y uno presenta-  
ba TDAH con trastorno somatomorfo asociado (DSM-  
IV). Se indicó aripiprazol por falta de respuesta o efectos  
adversos de otros neurolepticos. En todos los casos se  
indicó como coadyuvante a otros psicofármacos (100%  
normotímico, 40% otro neuroleptico, 50% benzodiazepi-  
nas y 20% antidepresivo). La dosis inicial fue 0,15 + 0,08  
mg/kg/día y la definitiva 4,9 + 3,07 mg/kg/día, que se  
alcanzó en 3,53 + 3,67 meses. Los efectos adversos más  
frecuentes fueron sedación (50%), síntomas gastrointesti-  
nales (40%), insomnio (30%) y temblor de manos  
(10%), todos de intensidad leve. Tras 8,33 + 3,61 meses  
de tratamiento 60% continuaban el tratamiento en el  
momento de la revisión. La severidad de los síntomas  
disminuyó según la escala CGI-S de 4,5 + 0,85 a 3,3 +  
0,95.

### Conclusión

Este estudio sugiere que el aripiprazol es efectivo  
como tratamiento coadyuvante en adolescentes, aunque  
se necesitan ensayos controlados que demuestren su efec-  
tividad y tolerancia.

## CONSUMO DE ALCOHOL, IDEACION AUTOLI- TICA Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADO- LESCENTES Y ADULTOS JOVENES EVALUA- DOS EN ATENCION PRIMARIA

Carballo JJ<sup>2</sup>, Bird H<sup>2</sup>, Giner L<sup>3</sup>, Moreno M<sup>2</sup>, García-para-  
jua P<sup>3</sup>), Iglesias J<sup>1</sup>, Shaffer D<sup>2</sup>).

<sup>1</sup>Centro de Atención Primaria Las Rozas,

<sup>2</sup>Columbia University, <sup>3</sup>Universidad autónoma de Madrid

### Introducción

El consumo perjudicial de alcohol (CPA) se ha aso-  
ciado a la presencia de una elevada comorbilidad psi-  
quiátrica en muestras poblacionales. Algunos trabajos  
han examinado la prevalencia de CPA en Atención Pri-  
maria (AP), pero la presencia de trastornos psiquiátricos  
comórbidos no ha sido aún suficientemente estudiada en  
la población adolescente y adulta joven.

### Objetivo

Evaluar las características clínicas y demográficas de  
adolescentes y adultos jóvenes adultos con CPA en AP.

### Métodos

Es un estudio de casos-controles. 81 adolescentes y  
adultos jóvenes atendidos en un centro de AP fueron eva-  
luados mediante los siguientes cuestionarios: CAGE,  
PRIME-MD y el cuestionario de screening IPDE. Aquel-  
los sujetos con CPA (n=21) fueron comparados con un  
grupo control emparejado por edad y género (n=21).

### Resultados

El 71.9% de los sujetos con CPA presentaba un diag-  
nóstico psiquiátrico comórbido. Los trastornos depresi-  
vos y ansiosos fueron más frecuentes en el grupo con  
CPA. El 22.5% de los sujetos con CPA y algún trastorno  
depresivo o ansioso manifestó ideación autolítica, mien-  
tras que ningún sujeto del grupo control con estos tras-  
tornos la manifestó. El 69.1% de los sujetos con CPA pre-  
sentaban un trastorno de personalidad comórbido. Los  
sujetos con CPA presentaron más rasgos borderline de  
personalidad (p=0.03) y tendieron a presentar más rasgos  
histriónicos (p=0.07).

### Conclusiones

Los adolescentes y adultos jóvenes con CPA evalua-  
dos en AP presentan una elevada prevalencia de comor-  
bilidad psiquiátrica y de rasgos patológicos de personali-  
dad, así como podrían representar un grupo de riesgo de  
conducta autolítica cuando padecen trastornos depresivos  
o ansiosos. Se requieren futuros estudios que evalúen y  
amplíen estos resultados.



## 54 CARACTERÍSTICAS DE SUICIDIO CONSUMADOS EN ADOLESCENTES FRENTE A ADULTOS JÓVENES

Giner L<sup>3</sup>, Guija J<sup>3</sup>, Carballo JJ<sup>1</sup>, Luna MA<sup>2</sup>, Blanco M<sup>2</sup>, Miguel L<sup>3</sup>, Barrero E<sup>2</sup>, Lucena J<sup>2</sup>, Marín, R<sup>2</sup>, Heredia F<sup>2</sup>, Rico A<sup>2</sup>, Andrés N<sup>2</sup>, Giner J<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Universidad de Columbia, Nueva York, EE.UU, <sup>2</sup>Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla, <sup>3</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla.

### Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo. El suicidio fue la segunda causa de muerte entre los 20 y 24 años tras los accidentes de tráfico. Es la tercera entre los 15 y 19 años, tras los accidentes de tráfico y los tumores. En España mueren por suicidios unas 250 personas menores de 25 años al año.

### Objetivos

Conocer los datos demográficos de los suicidios de la población adolescente y adulta joven. Describir el método de suicidio empleado según la edad y sexo.

### Población

Todos los sujetos menores de 26 años cuya causa oficial de muerte fue suicidio en la provincia de Sevilla desde el 1 Enero de 2004 al 31 de Diciembre de 2005.

### Método

Se analizaron de forma retrospectiva todos los informes de autopsias en que se clasificaba la muerte como suicida y se incluyeron aquellos que tenían en el momento de la muerte 25 años o menos. Mediante el informe de autopsias se identificaron los datos sociodemográficos así como el método de suicidio en todos los casos.

### Resultados

Hubo 21 suicidios, 19 varones (H)(90.5%) y 2 mujeres (M)(9.5%). La edad media fue de 21.09 años (Rango: 17-25; DE: 2.70). Por sexos H: 21.10 (R: 17-25; DE: 2.76) M: 21 (R: 19-23; DE: 2.82). Ratio H:M 9.5:1. En cuanto al método de suicidio: ahorcadura 13 (61.9%), precipitación 5 (23.8%), arma de fuego 1 (4.8%), Sobreingesta medicamentosa 1 (4.8%) y atropello por tren 1 (4.8%).

Entre los suicidios de mujeres, uno fue por ahorcadura y el otro por precipitación. Los métodos más empleados fueron la ahorcadura (61.9%) y la precipitación (23.8%). Se analizó el método según la edad, adolescentes (<20 años, n=7) frente a los adultos jóvenes (20-25 años, n=14) y se comprobó que la precipitación fue el

principal método de suicidio para los adolescentes (57.1% se suicidó por precipitación), mientras que en los adultos jóvenes fue la ahorcadura (71.4%). Se observó que los adolescentes se suicidaban más por precipitación que los adultos jóvenes ( $\chi^2=6.43$ ; gl: 1;  $p=0.011$ ; test de Fisher:  $p=0.025$ ), mientras que elegían con la misma frecuencia la ahorcadura ( $\chi^2=0.65$ ; gl: 1;  $p=0.419$ ).

### Conclusiones

De acuerdo con la mayoría de estudios internacionales, se observa una mayor proporción de varones que consuman el suicidio frente a las mujeres. Los métodos elegidos con más frecuencia eran la ahorcadura y la precipitación. El método de suicidio por ahorcadura es igualmente elegido por adolescentes que por adultos jóvenes, mientras que la precipitación es el principal método de suicidio en adolescentes. La implicación de estos hallazgos en la prevención de suicidios de adolescentes merece futuras investigaciones.



## INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA EN SUICIDIO CONSUMADO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

Giner L<sup>1</sup>, Luna, MA<sup>1</sup>, Carballo JJ<sup>2</sup>, Guija JA<sup>1</sup>, Blanco M<sup>3</sup>, Barrero E<sup>3</sup>, Rico A<sup>3</sup>, Marín R<sup>3</sup>, Miguel L<sup>3</sup>, Moreno E<sup>4</sup>, Jurado C<sup>4</sup>, Giner J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla, <sup>2</sup>Dpto. Psiquiatría Infanto Juvenil. Universidad de Columbia, <sup>3</sup>Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla, <sup>4</sup>Servicio de Química. Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Departamento de Sevilla.

### Introducción

Desde el comienzo del uso de los antidepresivos, se advirtió del riesgo de suicidio en las primeras etapas del tratamiento con antidepresivos. En los 90s se empezó a discutir sobre el posible efecto de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) sobre la conducta suicida. En Octubre de 2005 la gran mayoría de los nuevos antidepresivos han sido etiquetados con el "black box" por la FDA americana, advirtiendo del riesgo de suicidio en sujetos menores de 18 años. Sólo queda indicada la fluoxetina para la depresión infantil y la sertralina además, para el TOC infantil.

### Objetivos

Comprobar la existencia o no de restos de cualquier ISRS en la sangre de los suicidios en adolescentes y adultos jóvenes.

### Población

Todos los sujetos menores de 26 años cuya causa oficial de muerte fue suicidio en la provincia de Sevilla desde el 1 Enero de 2004 al 31 de Diciembre de 2005.

### Método

Se analizaron de forma retrospectiva todos los informes de toxicología sanguínea por sistemática toxicológica general para compuestos orgánicos que complementan las autopsias judiciales de aquellos sujetos cuya muerte fue clasificada como suicida. Se incluyeron aquellos que tenían en el momento de la muerte 25 años o menos.

### Resultados

No se encontraron restos de antidepresivos en ninguno de los suicidios de adolescentes (menores de 20 años). Entre los adultos jóvenes se hallaron dos suicidios con rastros de antidepresivos, sertralina en uno y clomipramina en otro, ambos sujetos utilizaron la ahorcadura como método suicida. Además, se encontraron rastros de tóxicos, tanto legales como ilegales. Entre los primeros

destaca el alcohol y entre los segundos principalmente metabolitos de cocaína y cannabis.

### Conclusiones

El papel de los ISRS en la conducta suicida, principalmente la ideación suicida, es un tema controvertido. En nuestra población no se encontró ninguna relación entre el consumo de ISRS y el suicidio consumado. La posible relación entre los ISRS y el suicidio consumado podría tratarse de una relación distinta de la que existiera entre los ISRS y la ideación autolítica o incluso el intento de suicidio. Se requiere un estudio más profundo entre esta posible relación, especialmente en población con suicidios consumados.



## 56 CONSUMO DE ALCOHOL PREVIO AL SUICIDIO CONSUMADO DE ADOLESCENTES Y ADULTOS JOVENES

Luna MA<sup>2</sup>, Lucena J<sup>2</sup>, Guija J<sup>1</sup>, Marín R<sup>2</sup>, Rico A<sup>2</sup>, Blanco M<sup>2</sup>, Barrero E<sup>2</sup>, Heredia F<sup>2</sup>, Andrés N<sup>2</sup>, García S<sup>2</sup>, Soria ML<sup>2</sup>, Giner L<sup>2</sup>, Carballo JJ<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla,

<sup>2</sup>Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal. Sevilla

### Introducción

En 2004, murieron por esta causa 243 personas menores de 25 años y 254 con edad comprendida entre los 25 y 29 años. El alcohol es un factor que está muy relacionado con la conducta suicida. Su consumo, tanto crónico como agudo parece favorecer las tentativas de suicidio y el suicidio consumado.

### Objetivos

Conocer si existe mayor prevalencia de consumo de alcohol y cocaína en las últimas 24 horas superior a la de otras muertes en suicidios de menores de 26 años.

### Población

Todos los sujetos menores de 26 años cuya causa oficial de muerte fue suicidio en la provincia de Sevilla desde el 1 enero de 2004 al 31 de diciembre de 2005.

### Método

Se analizaron de forma retrospectiva todos los informes de alcoholemia por cromatografía de gases que complementan las autopsias judiciales de aquellos sujetos cuya muerte fue clasificada como suicida. Se incluyeron aquellos que tenían en el momento de la muerte 25 años o menos. El grupo control se obtuvo seleccionando de forma retrospectiva pareada aquellos sujetos de 25 años o menores que fallecieron por causa distinta de suicidio. Se excluyeron aquellos accidentes de tráfico en que el fallecido era conductor.

### Resultados

Se analizó los resultados toxicológicos en 15 de los 21 suicidios y se compararon con 17 controles. Se observó que no había diferencia entre ambos grupos en cuanto a la positividad para alcohol (3 suicidas 20% and six controls 35.3%;  $\chi^2=9.22$ ;  $gl=1$ ; test de Fisher=0.287). Tampoco se diferenciaban cuando se dividía la muestra en adolescentes (<20 años)( $\chi^2=0.36$ ;  $gl=1$ ; test de Fisher=0.714) o en jóvenes adultos (20-25 años)( $\chi^2=0.89$ ;  $gl=1$ ; test de Fisher=0.320). Sin embargo, si que se observó un mayor número de suicidas con toxicología positiva para cocaína comparado con el grupo control ( $\chi^2=4.49$ ;  $gl=1$ ; test de Fisher =0.043). Esta diferencia solo se

observaba en relación al grupo de adultos jóvenes ( $\chi^2=5.42$ ;  $gl=1$ ; test de Fisher =0.034).

### Conclusiones

El consumo de alcohol representa un factor de riesgo tanto para los suicidios como para las muertes accidentales en adolescentes y adultos jóvenes. El consumo de cocaína está asociado a la expresión de conducta agresiva y/o impulsiva, lo que favorece la realización de suicidios. Ambos tóxicos pueden favorecer el suicidio consumado por desinhibición del comportamiento o por sintomatología afectiva asociada. Se requieren estudios prospectivos con objeto de identificar el riesgo de consumo de alcohol en población infanto-juvenil.



## ANÁLISIS DEL TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR EN RELACIÓN A LA DEMANDA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL DEL ÁREA 3 DE MADRID.

Valdivia Martín MF, Izquierdo A, Pelaz Antolín A.  
CSM Alcalá de Henares Área 3. Madrid

### Introducción

Recientes estudios describen la relación entre el tipo de estructura familiar y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como trastornos adaptativos, trastornos afectivos y alteraciones conductuales entre otros, en niños y adolescentes.

### Objetivo

Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas, tipo de estructura familiar y distribución de las categorías diagnósticas encontradas en salud mental infanto-juvenil del Área 3 de Madrid.

### Material y Métodos

Se revisaron historias clínicas de 309 pacientes derivados durante los seis primeros meses de 2005 a una unidad de salud mental de infanto-juvenil. Se recogieron datos sociodemográficos, tipo de estructura familiar, origen de la derivación y motivo de consulta, diagnóstico final y su posible relación con conflictiva familiar entre otros. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

### Resultados

Se encontró una distribución no homogénea de la estructura familiar, tipificándose 12 categorías englobadas en un 50.5% de familias tradicionales, un 13.9 % de monoparentales, 10% de familias reconstituidas y 1.9% en proceso de separación. Un 15.9 % de la demanda se relacionó directamente con la existencia de conflictos familiares, principalmente en familias desestructuradas. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos adaptativos (22.2%), problemas no psiquiátricos (14.6%) y alteraciones de las emociones en infancia y adolescencia (9.1%), incrementándose el primer porcentaje en familias desestructuradas.

### Conclusiones

Nuestra muestra es representativa de la diversificación de la estructura familiar en las últimas décadas, pudiendo existir relación con el incremento de patología y demanda específica derivada de conflictiva familiar, siendo estos datos concordantes con la literatura científica existente.

## TRASTORNO DE PICA EN UNA NIÑA DE 18 MESES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hermosín Carpio N, Montoliu L, García Pérez P, Boluda C, Yáñez N, Vila C, Cepeda S.

Unidad Salud Mental Infantil de Diputación de Valencia Padre Jofre.

### Introducción

El DSM-IV-TR define la pica como un trastorno de la alimentación en la infancia caracterizado por la ingesta inapropiada y persistente de sustancias no nutritivas durante un mínimo de un mes. Esta conducta debe ser, además, inadecuada en relación al grado de desarrollo del niño. Son muy escasos los datos epidemiológicos sobre este trastorno y en general se observa que no suele diagnosticarse, a pesar de no ser raro entre niños preescolares.

### Objetivos

Describir un caso clínico de una niña de 15 meses que acude a nuestra Unidad de Salud Mental Infantil con una conducta de ingesta disfuncional de todo tipo de sustancias no nutritivas, mantenida durante varios meses. También nos proponemos plantear, a su vez, el diagnóstico diferencial y la importancia de un abordaje multi-componente del trastorno.

### Desarrollo

La paciente presenta desde hace varios meses una conducta mantenida en casa y en ambientes familiares de ingesta de sustancias tales como: pelusas, plásticos, juguetes, etc. Se realiza una evaluación clínica y se plantea el seguimiento basándonos en la hipótesis de la instrumentalización de la ingesta en este caso como elemento de comunicación en una niña en edad pre-verbal.

### Conclusiones

Es fundamental tener en cuenta el diagnóstico diferencial del trastorno de pica con una conducta de ingesta inapropiada pero que es adecuada en relación al nivel evolutivo del niño, así como hacer un abordaje que permita contemplar el caso desde distintas orientaciones y hacer un enfoque terapéutico integrador



## 58 TRASTORNOS DE ANIEDAD EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

Díaz-Caneja A, Gamazo P, Escamilla I, Soutullo C.

Clínica Universitaria, Universidad de Navarra.

### Introducción

Los miedos y ansiedad son frecuentes en la infancia y adolescencia. La ansiedad se considera patológica cuando es desproporcionada respecto a la situación, y en la infancia cuando da lugar a un comportamiento no adecuado para el nivel de desarrollo del niño. Algunos estudios han mostrado que la prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes puede alcanzar hasta un 13%. También es frecuente que se presente junto a otros diagnósticos como depresión o TDAH.

El diagnóstico y manejo temprano de estos cuadros puede ayudar a reducir las dificultades y problemas a los que se enfrentan estos niños.

En nuestra unidad, un número importante de niños presenta estos síntomas y son diagnosticados de trastornos de ansiedad.

### Métodos

Revisión de las historias de los niños que han sido atendidos en la unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la CUN entre el periodo de 2000-2005 y han sido diagnosticado de trastorno de ansiedad.

### Resultados

Se presentan características demográficas, presentación clínica y tratamiento recibido.

### Conclusiones

Los trastornos de ansiedad ocurren muy frecuentemente en este grupo de edad. Es importante un diagnóstico y manejo temprano de los síntomas.

## PSICOEDUCACIÓN EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: PROGRAMA PARA EL MANEJO DE CONDUCTA EN PADRES DE NIÑOS CON TDAH

Rapado Castro M, Díez Martínez de Morentín A, Machinena Gracia C, Incera Torre S, Soutullo Esperón C.

Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona

### Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad constituye más del 50% de las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en España.

Diversos estudios han señalado la eficacia del tratamiento combinado en pacientes con TDAH. Eficacia mayor si el tratamiento psicoeducativo se aplica con los padres.

Por ello la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universitaria de Navarra propone la puesta en marcha de un programa dirigido al manejo de conducta en TDAH.

### Objetivos

1. Ofrecer información sobre el TDAH y su tratamiento
2. Dotar a los padres de estrategias de manejo de conducta a través de las variables que definen el comportamiento en TDAH

### Material y Método

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica se diseñó un programa psicoeducativo estructurado en dos partes; 1) Información sobre el TDAH (Soutullo, 2004) 2) Manejo de conducta (Labrador et al, 1993, Olivares y Macía, 2003) que comprende técnicas de intervención cognitivo-conductuales para incrementar y reducir conductas, economía de fichas y solución de problemas. La evaluación cualitativa de los resultados del programa se realiza mediante un cuestionario de valoración general evaluado con una escala tipo Lickert de 1 a 5.

### Conclusiones

La psicoeducación en padres de niños con TDAH permite un abordaje completo y efectivo de los problemas de conducta característicos del TDAH.

Son los padres los que pueden ejercer mayor control sobre la conducta de los niños, así como sobre los reforzadores más eficaces. A través de los padres es posible generalizar los comportamientos aprendidos de manera estable.





## ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN: TÉCNICAS DE MANEJO DE ANSIEDAD Y ESTRÉS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. DISEÑO DE UN PROTOCOLO

Rapado Castro M, Díez Martínez de Morentin A, Incera Torre S, Machinena Gracia C, Ibarbuen Rey E, Soutullo Esperón C.

Clínica Universitaria, Universidad de Navarra. Pamplona

### Introducción

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Una forma rápida y efectiva de abordar estos cuadros la constituyen las técnicas de relajación o de manejo de estrés. Estas técnicas pueden ser utilizadas de forma aislada o en combinación con otras técnicas.

La Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universitaria de Navarra propone el diseño de un protocolo para abordar de manera completa y eficaz los casos que se presentan.

### Objetivos

Diseñar un protocolo de entrenamiento en relajación que permita

3. Enseñar a niños y adolescentes a identificar y discriminar sensaciones de tensión y relajación
4. Aprender a reinterpretar sensaciones de tensión como llamada a la relajación

### Material y Método

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica se diseñó un protocolo según el modelo de “efectos específicos” de Lang y col (Lang, 1968 y 1971; Lang y Lazovik, 1963). Se seleccionaron las técnicas de Relajación de Koeppen para niños y Relajación muscular progresiva de Jacobson y Técnicas de Hipnosis o Imaginación Dirigida para adolescentes. El protocolo incluye: Entrevista y evaluación inicial con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) y el STAI (Spielberger, 1968) y dos módulos de abordaje según las distintas edades.

### Conclusiones

El entrenamiento de relajación puede ser útil no sólo en la reducción de ansiedad, depresión e ira, sino también para incrementar actitudes psicológicas positivas. Es importante que estas técnicas sean aplicadas de manera protocolizada teniendo en cuenta factores individuales y predominio de respuesta de ansiedad.

## EXPERIENCIA DE GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH

Martínez Sáez, ML., Martínez Díaz, I., Simo Guerrero, M.  
Hospital de La Ribera

### Introducción

En nuestra USMI-A, los niños con TDA-H ocupan el 50-60% de la demanda y es previsible que aumente debido diversos factores. El TDA-H supone un importante desgaste del profesional debido a su carácter crónico, a las características del trastorno y a su frecuente comorbilidad. También desgasta la labor psicoeducativa que debemos realizar que es repetitiva, ardua pero necesaria. Se realizan intervenciones centradas en el paciente (incluida la farmacoterapia), en los padres y en la escuela. La psicoeducación y formación de los padres se ha demostrado eficaz a corto y largo plazo.

### Objetivos

Presentamos la experiencia de un programa psicoeducativo para padres diseñado por los miembros de nuestra Unidad y los resultados de la evaluación posterior sobre la satisfacción de los participantes y la utilidad del programa.

### Desarrollo

Seleccionamos 18 niños diagnosticados de TDA-H de larga evolución con padres interesados en mejorar sus conocimientos del trastorno y/o necesitados de refuerzo social para sobrellevar las tareas educativas. El curso incluye 4 sesiones psicoeducativas sobre el TDA-H, técnicas de modificación de conducta, estilos educativos y relaciones con la escuela, en un contexto de coparticipación y puesta en común de experiencias y alivio de ansiedades.

### Conclusiones

La labor psicoeducativa debe acompañar sistemáticamente al diagnóstico de TDA-H. Los grupos de padres forman parte fundamental del tratamiento de estos niños debido a que una mejor comprensión del trastorno mejora los factores ambientales y fortalece una relación más positiva con el hijo. En nuestra experiencia, los padres informaron de una visión subjetiva de utilidad, satisfacción y ayuda en la convivencia familiar.



## 60 CONTEXTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DISOCIALES EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

León Maqueda A. Blanco-Morales Limones MJ, Lara Vázquez L.

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil H.U.  
Virgen Macarena

- Padres desautorizados.
- “Deslizamiento de contexto” de tratamientos.

### Conclusiones

El pronóstico mejora si descartamos en C.C. y sólo se usa el C.T. Necesidad de tratamiento en los padres para conseguir una aceptación del hijo.

### Introducción

Localizar modelo asistencial idóneo para demandas de atención en adolescentes con diagnóstico CIE 10 F. 91. en Unidad Salud Mental Infanto-juvenil

### Objetivos

Diferenciar estilos de atención y aplicar modelo de actuación que mejore el pronóstico.

Posibilidad de combinar contexto terapéutico: familiar y/o individual (C.T.) y/o contexto control (C.C.) (uso de recursos legales para menores). (Tratamiento Mixto: T.M.= C.T. + C.C.).

### Material y método

- Cuestionario propia elaboración.
- Entrevistas.
- Grupo estudio: 39 adolescentes, (12 - 18 años) que solicitaron asistencia entre marzo 2005 - marzo 2006.
- Estudio descriptivo naturalístico.
- Análisis de tablas de contingencia, prueba Chi-cuadrado mediante programa estadístico SPSS.

### Resultados

#### Modalidades de demanda:

a) Paciente “acepta” tratamiento por presión de padres. Buen pronóstico.

- C.T. : 55,6% .
- T.M. : 11,1%.

b) Paciente con rivalidad con uno de los progenitores.

Buena relación con el otro. Buen pronóstico.

- Las diferencias no significativas en T.T y T.M.

c) Paciente acepta intervención.

- T.T. (90% ). Mejor resultado.

#### Resultados generales:

- Aplicación T.T. mejor pronóstico que con T.M.:

- T.T. : 70,4%
- T.M. : 9,1%

- Cambios en pronóstico: Buen pronóstico.

- Paciente acepta terapia: 75%.

- Imposición padres 56,6% .

### Discusión

Dificultades en T.M. :

- Negativa del paciente a tratarse.



## ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DISOCIALES EN FUNCIÓN DE LA DEMANDA FAMILIAR.

Blanco-Morales Limones MJ, León Maqueda A, Lara Vázquez L.

Unidad de Salud Infanto Juvenil H.U.  
Virgen Macarena

### Introducción

La oferta terapéutica no supone que la demanda se adecue a ésta. Se requieren actuaciones contextuales para crear cambios estructurales.

### Desarrollo

Ser portador de un síntoma no es suficiente para el adolescente se plantee su eliminación.

Una estrategia terapéutica centrada sólo en el portador del síntoma, tiende al fracaso.

Se requiere: Lectura relacional que conecte la conducta del adolescente con la de sus padres.

### Hipótesis:

1. Los síntomas del hijo reflejan disfunción conyugal.
2. Mientras más grave es el síntoma del hijo, mayor es el conyugal.
3. Mientras más encubierto esté el conflicto conyugal, mayor resistencia al cambio.

### Conclusiones

Adecuación de la intervención en función del estilo de demanda y la situación presentada.

A. El adolescente se niega a participar.

A.1 Padres con autoridad.

Objetivo: Los padres se apoyen mutuamente y abandonen sus dificultades relacionales.

El adolescente visualice la autoridad de los padres y lo innecesario de su síntoma.

A.2. Padres impotentes. Para activar el subsistema parental se cuestiona la conveniencia de su capacidad para de la educación de su hijo. Mensaje implícito de uso de medidas de control.

B. El adolescente, acepta participar (persiste la conducta opositora - desafiante). Los padres mantienen autoridad.

Objetivo: Descubrir función del síntoma. Evaluar que relaciones lo mantienen.

C. El adolescente acepta participar. Relación de rivalidad con uno de los progenitores y "preferente" con el otro.

Objetivo: Librar al adolescente de la relación de coacción.

D. El adolescente acepta propuesta de tratamiento. Tratamiento conjunto: Individual-Familiar.

Objetivo: Trabajo de desvinculación.

## MUTISMO SELECTIVO EN LA INFANCIA

Castro Arias E, Oca L, Avellanosa Caro I.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

### Introducción

El mutismo selectivo en la infancia es un síntoma poco estudiado, de escasa prevalencia (0,18-0,69%), encontrado más frecuentemente en torno a los 5 años de edad, en niñas. En ocasiones es precipitado por situaciones vitales estresantes como el inicio de la escolarización. Si bien otros factores, hereditarios y traumas psíquicos y físicos, pueden influir.

### Objetivos

La aproximación a este síntoma a propósito del caso de una niña de 5 años que padece un silencio selectivo, en el marco escolar y extrafamiliar de dos años de evolución, coincidiendo con la incorporación de su madre al mundo laboral y el inicio de la escolarización, sin otras manifestaciones de rechazo de la misma.

Estudiaremos el síntoma desde el punto de vista biológico, como expresión de una fobia social, que genera una inhibición en el plano relacional, pudiendo afectar a la socialización. Así como desde el punto de vista psicodinámico, como reflejo de un conflicto del vínculo madre-hija.

### Desarrollo

En ocasiones las familias, hablan de "timidez" y contribuyen, de forma no intencionada, a su perpetuación, adoptando una postura de sobreprotección, hablando en lugar del niño quien, de este modo, obtiene beneficios secundarios que convertirán el silencio en su forma de relación con el mundo, aunque a veces sea evidente su deseo de acercamiento y asertividad.

### Conclusiones

Existe diversidad en las estrategias terapéuticas. Hay autores que prefieren la no intervención; otros, basándose en un conflicto que puede perdurar en el adulto con conductas inhibidas y evitativas, optan por tratamientos biológicos (ISRS). Así mismo las intervenciones psicoterápicas de índole conductual y sistémica se han mostrado eficaces.



## 62 EFICACIA Y TOLERABILIDAD A LARGO PLAZO DE ZIPRASIDONA EN UN CASO DE SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Álvarez Fernández A., Oliván Roldán C.

CSM-Infantil Área III (Avilés) Asturias.

### Introducción

El Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por múltiples tics motores y uno o más tics vocales. El limitado beneficio de los antipsicóticos clásicos y la necesidad de mantener tratamientos a largo plazo está motivando un incremento en el uso de los antipsicóticos atípicos.

### Objetivos

Describir la eficacia y tolerabilidad a largo plazo de ziprasidona, un antipsicótico atípico antagonista del receptor D2 y 5-HT<sub>2A</sub> y agonista 5-HT<sub>1A</sub>, en un caso de SGT.

### Desarrollo

Se describe el caso de un niño de 9 años diagnosticado de SGT, que presentaba múltiples tics motores simples (parpadeo, gesticulación hemifacial izquierda) y complejos (en ocasiones con agresividad), además de tics vocales simples (gruñidos) y más raramente complejos (coprolalia). Destacaba una actitud desafiante con dificultades sociales y evidente retraso escolar. El único hallazgo significativo fue una asimetría en la perfusión de ambos lóbulos temporales en el SPECT. Se instauró tratamiento con ziprasidona a una dosis inicial de 20 mg al día titulada posteriormente hasta una dosis de mantenimiento de 60 mg. Tras 36 meses de tratamiento, el fármaco ha demostrado una excelente efectividad, evaluada con la Escala de Gravedad del Síndrome de Tourette (TSSS) y la Escala de Impresión Clínica Global (CGI) y una óptima tolerabilidad, evaluada con la Escala de Acatisia de Simpson-Angus y la monitorización de parámetros metabólicos, peso, intervalo QTc y prolactinemia.

### Conclusiones

La ziprasidona muestra una excelente efectividad y tolerancia en el SGT, siendo una opción de tratamiento válida y segura a largo plazo.

## ESCALA OAS COMO INDICADOR DE EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO HOSPITALARIO ADOLESCENTES CON ALTERACIONES DE CONDUCTA.

Múgica Eizmendi A, Fernández Rivas A, Vivanco González E, Ibarra Arregui L, Centeno Peñalba ME.

Hospital de Basurto. Bilbao

### Introducción

Los adolescentes que presentan problemas de conducta son una causa frecuente de ingreso psiquiátrico. En la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto (Bilbao) éste representa el primer motivo de ingreso (44,1% de los pacientes en el 2005).

### Objetivo

Dada la frecuencia de patología de la conducta en los pacientes que atendemos y la meta reflejada en la Misión de la Unidad de proveer tratamientos y cuidados seguros y efectivos surge la necesidad de medir el grado de agresividad de nuestros pacientes, como indicador centinela de la efectividad de nuestro proceso asistencial.

### Material y método

Estudiamos el total de pacientes ingresados por presentar alteración de conducta en la Unidad durante el año 2005 (49 casos) y analizamos los resultados obtenidos de la aplicación de la escala OAS (Overt Aggression Scale) al ingreso y al 5º día de hospitalización.

Resultados: se constata un notable descenso en la agresividad de los pacientes (ambos sexos) al 5º día de ingreso, afectando este descenso a las cuatro subescalas de la OAS.

### Discusión

Se discuten los resultados desde dos perspectivas, Clínico-asistencial y Calidad (gestión por procesos), ambas consideradas básicas en nuestra Unidad. Además se comparan los datos con la literatura nacional e internacional al respecto.

### Conclusiones

La escala OAS

1- Es un instrumento útil en la valoración de la agresividad de los menores ingresados en una Unidad de hospitalización psiquiátrica.

2- Es un indicador adecuado de la efectividad del proceso asistencial de tratamiento hospitalario a adolescentes con alteraciones de conducta.



## NIVELES PLASMÁTICOS DE PROLACTINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN TRATAMIENTOS CON FÁRMACOS ANTIPSIÓTICOS.

Dolz M, Sánchez B, Planella M, Trías T, Muñoz D.

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues, Barcelona

### Introducción

El bloqueo de los receptores dopaminérgicos en el tracto tuberoinfundibular produce un aumento de la secreción de prolactina que puede provocar ginecomastia, galactorrea, amenorrea, impotencia en el hombre y anorgasmia en la mujer. En pacientes que sufren dichos efectos adversos, es necesario plantearse la posibilidad de retirar el tratamiento, cambiarlo a un antipsicótico de distinto perfil -son varios los de muy reciente aparición en nuestra farmacopea- y, en ocasiones, plantearnos el tratamiento con bromocriptina.

### Objetivo

El presente estudio pretende describir las variaciones en los niveles de prolactina en niños y adolescentes en tratamiento con fármacos antipsicóticos así como las diferencias en los mismos en función del fármaco antipsicótico administrado.

### Material y métodos

Se revisaron las historias clínicas y las exploraciones complementarias de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría infantil y juvenil del Hospital Sant Joan de Déu que hayan iniciado tratamiento antipsicótico recientemente ( $n = 15$ ).

### Resultados

Los niveles de prolactina se hayan claramente aumentados en los pacientes que siguen tratamiento con fármacos antipsicóticos. Existen diferencias significativas entre los valores de prolactina en función del fármaco antipsicótico prescrito. Los incrementos de los niveles de prolactina no dependen de la edad del paciente. Los niveles de prolactina se normalizan con rapidez tras cambiar de fármaco antipsicótico.

### Conclusiones

Los niveles de prolactina deberían ser medidos en aquellos pacientes que inicien un tratamiento con fármacos antipsicóticos, independientemente de la edad del niño. Ante aumentos de la prolactina el cambio de tratamiento antipsicótico resulta un método eficaz.

## ACEPTACIÓN DE PSICOESTIMULANTES POR PROGENITORES DE PACIENTES CON TDAH.

Quintero Gutiérrez del Alamo J<sup>5</sup>, Gracia Campos N<sup>6</sup>, Aragón Yustas M<sup>4</sup>, Clavel Clave M<sup>1</sup>, Puente García R<sup>1</sup>, Quintero Lumbreras FJ<sup>3</sup>, Navas M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Neuroconductual, Madrid, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>3</sup>Clínica Dr. Quintero, Madrid, <sup>4</sup>Clínica Doctor. Quintero, Madrid, <sup>5</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid, <sup>6</sup>Instituto Neuroconductual, Madrid.

### Introducción

El TDAH, al margen del campo de las discapacidades, es uno de los trastornos en psiquiatría infantil más importantes en EE.UU y de mayor prevalencia en Europa, no solo desde un punto de vista profesional o de investigación, sino también social. (Castellanos y Acosta, 2002).

El TDAH es un trastorno caracterizado por falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. (Barkley, 1990). Debido a la heterogeneidad de la sintomatología que puede estar presente en este tipo de trastornos, el tratamiento de elección es el multimodal, siendo el más efectivo de manera aislada, el farmacológico (MTA Cooperative Group, 1999).

Como en otros trastornos de la pediatría en general y de la psiquiatría infantil en particular, es de crucial importancia el ofrecer a los padres y/o tutores de los pacientes una cuidadosa información sobre el tratamiento que les permita conocerlo y sentirse seguros a la hora de administrárselo a sus hijos, es decir una planificación psicoeducativa (Quintero Gutiérrez del Alamo et al. 2006).

### Objetivo

El presente trabajo estudia las actitudes y percepciones ante el tratamiento con metilfenidato de los padres de niños en tratamiento con alguna de las presentaciones de este fármaco.

### Material y Método

Se elaboró un cuestionario al uso con el objetivo de valorar las percepciones y valoraciones ante los tratamientos. Se evaluó la opinión de los padres y/o tutores acerca de los resultados obtenidos por el metilfenidato de liberación inmediata o liberación prolongada. El cuestionario, consta de 25 ítems, con una respuesta en una escala tipo Likert de 5 alternativas y 5 ítems adicionales en los casos de cambio de tratamiento.

Se administró el cuestionario a los padres de 98 pacientes de entre 5 y 16 años, diagnosticados de TDAH según el DSM- IVTR. De estos, 37 estaban en tratamien-



64 to con Metilfenidato de liberación inmediata y 61 en liberación sostenida.

### Resultados

A través del cuestionario de valoración y aceptación del metilfenidato y aceptación del metilfenidato de liberación prolongada, encontramos en primer lugar un porcentaje de cumplimiento superior al que encontramos con fórmulas de liberación inmediata. Manifestando en un 25% estar muy de acuerdo y en un 75% bastante de acuerdo con el ítem: “Toma la medicación todos los días”, frente a un 62% y 21% respectivamente, en la encuesta realizada durante el tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata.

En cuanto a los ítems que comparaban ambos tratamientos, encontramos en el ítem “estoy satisfecho con la nueva medicación” el 21% estaba muy de acuerdo y el 46% bastante de acuerdo, en el de “ha mejorado con este tratamiento” y en el de “es más cómodo de tomar” encontramos en ambos un 64% y un 36% respectivamente, y por último en el ítem que hace referencia a si se tolera mejor el nuevo tratamiento, el 11% está muy de acuerdo y el 25% bastante de acuerdo.

Durante el congreso se amplían los datos y se discuten los resultados.

### Bibliografía

- Castellanos y Acosta. Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Neurol 2004; 38 (Suppl)
- Barkley, Fischer, Edelbrock, Smallish. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1990
- Quintero Gutiérrez Del Álamo, Correas Lauffer, Quintero Lumbreras. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006

## ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PROBANDOS PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Calvo Escalona R, Lázaro García L, Vila Nieto M, Morer Liñan A, Castro Fornieles J, Toro Trallero J.

Hospital Clinic. Barcelona.

### Introducción

La agregación familiar del TOC se ha demostrado, tanto en pacientes adultos como pediátricos. La relación entre el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo y el TOC aún no se ha clarificado y la información acerca de los trastornos de personalidad en los familiares de los probandos con TOC es muy escasa. El estudio de los trastornos de personalidad y las dimensiones de personalidad en familiares de niños con TOC puede contribuir al conocimiento de la agregación familiar de este trastorno y de su comorbilidad.

### Métodos

Los familiares adultos de primer grado de 32 niños y adolescentes (edad: 13,3±2,4) con TOC (CY-BOCS: 26,84±5,8) fueron evaluados y comparados con los familiares de primer grado de 32 niños sanos pareados por sexo y edad. Para valorar trastornos de personalidad se empleó la entrevista semi-estructurada SCID-II y el TCI (Temperament and Character Inventory, Cloninger 1994) para valorar las dimensiones de personalidad en estos familiares

Resultados: Los padres y madres de los pacientes presentaron una prevalencia superior de trastornos de personalidad ( $p=0,01$ ), al ser comparados con los padres y madres de los niños sanos. Los trastornos de la personalidad más frecuentes fueron el Evitativo ( $p<0,055$ ) y el Obsesivo-Compulsivo ( $p=0,016$ ). Las puntuaciones de Evitación del Daño (TCI) fueron superiores en los padres y madres de los niños con TOC. Los padres de los probandos presentaron puntuaciones inferiores en Direccionalidad y las madres de los niños con TOC tenían menores puntuaciones en Cooperación y Dependencia de la Recompensa.

### Conclusiones

La prevalencia de trastornos de personalidad en los padres y madres de los probandos pediátricos con TOC es superior a la encontrada en los familiares de los niños sanos. Las dimensiones de personalidad de padres y madres de niños con TOC son equivalentes a las descritas como perfiles de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión



## COLESTEROL Y CONDUCTA SUICIDA ENTRE ADOLESCENTES

Plana Turró T, Valentí M, Calvo R, Morer A, Lázaro L, Castro J.

Hospital Clínic. Barcelona.

### Introducción

Estudios en población psiquiátrica adulta orientan que niveles bajos de colesterol incrementan el riesgo de conductas suicidas, con algunos resultados contradictorios. En psiquiatría infantil disponemos de pocos estudios controlados entre pacientes suicidas y no suicidas que evalúen esta relación 1,2.

### Objetivo

Evaluar si hay diferencias en los niveles de colesterol entre pacientes con autolesiones o conductas suicidas de los pacientes no suicidas.

### Métodos

Se incluyeron en el estudio los pacientes ingresados por tentativa suicida o autolesiones en Psiquiatría Infantil durante el año 2005. Para controlar los factores de confusión, se aparearon según diagnóstico psiquiátrico, edad y sexo con pacientes que también hubieran estado ingresados a lo largo de este año sin antecedentes de tentativas. Se recogieron 25 pacientes suicidas y 20 no suicidas. Se excluyeron las pacientes con un trastorno de la conducta alimentario con  $IMC < 19$  o con frecuentes atracones alimentarios, evitando que las alteraciones lipídicas propias de estas pacientes interfirieran en los resultados. Se recogieron los niveles de colesterol de todos los pacientes. Mediante el programa SPSS 10.0 se realizaron análisis estadísticos con pruebas T-Student y Chi-Cuadrado.

### Resultados

La media de los niveles de colesterol entre los pacientes suicidas fue 142 mg/dl y la de los no suicidas 158.6 mg/dl, sin que se pudieran observar diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ( $p=0.095$ ).

### Discusión

La relación entre niveles bajos de colesterol y la conducta suicida o autolesiva requiere más estudios entre la población adolescente, siendo difícil hasta la fecha su utilidad como factor del riesgo suicida.

## MEJORIAS EN EL PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO

Andrés Perpiñá S, Lozano E, Lázaro García L, Boget Lluïcia T, Salamero M, Penades R, Castro Fornieles J.

Hospital Clínic. Barcelona

### Introducción

La mayoría de estudios sobre los déficits cognitivos en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo muestran estabilidad de las alteraciones neuropsicológicas a pesar de la mejoría del trastorno tras un tratamiento efectivo. Además todos ellos han sido realizados en pacientes adultos, sin haber sido estudiado en niños y adolescentes.

### Método

Se administró una batería neuropsicológica a 29 niños y adolescentes con TOC (7-18 años) en el momento del diagnóstico y tras 6 meses de tratamiento naturalístico. Se administró la misma batería en los mismos momentos a un grupo de 22 voluntarios sanos.

### Resultados

En la primera evaluación el grupo de pacientes mostraron peor rendimiento en pruebas de memoria, velocidad de ejecución y algunas funciones ejecutivas, alteraciones similares a las descritas en la población adulta con TOC. Tras el tratamiento el grupo de pacientes presentó una mejoría en todas las áreas alteradas previamente, mostrando un perfil similar al del grupo control, que no había mostrado cambios respecto a la primera evaluación.

### Conclusiones

Los niños y adolescentes diagnosticados de TOC, tras 6 meses de tratamiento efectivo no muestran estabilidad en los déficits cognitivos detectados en el momento agudo de la enfermedad. Estos resultados son diferentes a los encontrados en pacientes adultos, donde el perfil cognitivo no se normaliza. El tiempo de evolución o el grado de remisión podrían ser algunas de las variables explicativas de estas diferencias.



## DEMANDA DE UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: HACIA UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA ESPECIALIZADA

Gutiérrez Galve L, Gracia Liso R, Campayo Martínez A, González Castro G, Ruíz Lázaro PM, Velilla Picazo M, Zapata Usabel M.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

### Introducción

El Hospital Clínico Universitario cuenta con una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil que ofrece un servicio de consulta ambulatoria, interconsulta y Hospital de Día de adolescentes. Sin embargo, y a pesar de ser centro de referencia en Aragón para ingreso de menores, no disponemos de una unidad de corta estancia especializada.

### Objetivos

Realizar un estudio descriptivo de pacientes menores de 19 años hospitalizados que fueron atendidos por nuestra unidad durante el año 2005.

### Material y Métodos

Pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría para adultos (N= 53) y en una planta de Pediatría convencional (N=119).

Solicitamos al Servicio de Garantía de Calidad de nuestro hospital una base de datos con los pacientes a estudio. Realizamos el análisis de los datos mediante el programa estadístico SPSS.

### Resultados

Nos encontramos con un total de 172 ingresos. Un 50,6% de los casos son de nuestro sector, y el resto de todo Aragón y comunidades limítrofes. La edad media es de 13,9 años. Un 56,4% son niñas. La estancia media es de 13 días. La patología más frecuente como motivo de ingreso son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (F.50) con 70 casos (40,7%).

### Discusión y Conclusiones

Queda patente que la demanda clínica requiere una Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil. Afortunadamente, contamos con un Servicio de Psiquiatría que suplente esta carencia, pero no tenemos que olvidar que nos encontramos ante una situación irregular y que nuestra actuación con los recursos presentes pasa por ser temporal a la espera de disponer dicha unidad.

## COMPARACIÓN DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE CLONINGER (TCI) CON EL INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI), EN UNA MUESTRA CLÍNICA DE ADOLESCENTES.

Blanc M<sup>1</sup>, García R, de la Fuente JE, Canalda G, Vallès A<sup>2</sup>.

Servicio Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil.

Hospital Clínic. Barcelona. <sup>1</sup>Servicio Psiquiatría.

Hospital Santa María. Lleida. <sup>2</sup>Departamento

Salud Pública. Facultad Medicina. Universidad Barcelona.

### Introducción

Los instrumentos de evaluación de personalidad en adolescentes identifican dimensiones que pueden ser distintas o equivalentes

### Objetivos

Analizar las correlaciones entre dimensiones de los inventarios TCI y MACI, las similitudes entre los perfiles de personalidad en ambos y las diferencias entre dos subgrupos de edad.

### Material y Métodos

Sujetos: 21 pacientes 13-14 años y 28 de 15-18 atendidos en una consulta de Psiquiatría.

Instrumentos: TCI (Cloninger, 1994) / TCI-J (Junior) y MACI (Millon, 2004).

Procedimiento: administramos los inventarios en la evaluación inicial a las primeras visitas consecutivas de 13 a 18 años. Análisis resultados por paquete estadístico SPSS, 10.0.

Resultados: destacamos que en grupo 13-14 años, las variables dependencia de recompensa, persistencia, cooperación, y especialmente autodirección (TCI) correlacionan positiva o negativamente con características de personalidad conformista, oposicionista, autopunitivo y tendencia límite (MACI). En el grupo de mayor edad la autodirección correlaciona con las mismas variables del MACI que el grupo anterior y además con introvertido, inhibido, pesimista. Evitación del daño y la Búsqueda de novedad en esta edad también correlacionan con más variables del MACI.

Varias dimensiones del TCI correlacionan con distintas Preocupaciones y con la Predisposición a algunos trastornos del MACI.

### Discusión

Posiblemente se valoren dimensiones equivalentes con distintos nombres en ambas escalas y/o éstas dimensiones tengan significados diferentes según edad.

### Conclusiones

Las dimensiones de personalidad más relevantes son





distintas según la edad. Existen correlaciones significativas, distintas según la edad, entre algunas de las dimensiones del TCI y varios prototipos de personalidad, preocupaciones y tendencias a trastornos del MACI.

## USO DE ARIPIPRAZOL EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS DE ORIGEN TÓXICO. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Hernández Otero F, Kaplan T<sup>2</sup>, Moya Querejeta J<sup>3</sup>, Fernández García de las Heras V<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital St. Mary's. Londres, <sup>2</sup>Hospital Edgware de Londres,

<sup>3</sup>Hospital Maudsley de Londres.

67

### Introducción

Los componentes cannabinoides derivados de la planta cannabis sativa comprenden un grupo de estructuras tricíclicas cuyos principales receptores, CB1, se encuentran en numerosas áreas de la corteza cerebral humana, especialmente en la región límbica, y áreas motoras y sensitivas primarias. Se sabe que el uso de cannabis origina una liberación en cascada de diversos neurotransmisores (GABA, glutamato, dopamina, noradrenalina, serotonina y acetilcolina). El aripiprazol es un antipsicótico de nueva generación cuyo mecanismo de acción en el tratamiento del trastorno bipolar y esquizofrenia es desconocido, aunque se ha propuesto que su eficacia podría derivarse de su antagonismo parcial en receptores D2 y 5-HT1, y su actividad antagonista sobre receptores 5-HT2.

### Objetivos

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento con aripiprazol de trastornos psicóticos de origen tóxico en edad adolescente.

### Desarrollo

Se realizó seguimiento de cinco casos de jóvenes con edades comprendidas entre 13 y 17, que ingresaron en nuestra Unidad con Trastornos psicóticos de origen tóxico secundarios al consumo de cannabis. Comenzamos tratamiento con aripiprazol a dosis de entre 25-50mg, hasta remisión completa de la sintomatología psicótica. En todos los casos se observó ausencia de síntomas psicóticos posteriores al alta, a pesar de que los adolescentes continuasen el consumo de cannabis.

### Conclusiones

Nuestras observaciones clínicas en esta serie de casos sugieren que el uso de aripiprazol en adolescentes con trastornos psicóticos secundarios al consumo de cannabis podría tener un efecto "neuroprotector" sobre aquellos receptores responsables de la aparición del cuadro. Proponemos la realización de estudios clínicos en este campo que corroboren nuestra experiencia.



## 68 VALORACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PSIQUIÁTRICA CON EL INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI).

Graell Berna M, Martínez Cantarero C, Gutiérrez Priego S, Correa Perry M, Navarro S, Morandé Lavín G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

### Introducción

De entre los distintos motivos de ingreso en niños y adolescentes, las conductas suicidas ofrecen dificultades para diferenciar el grado de ideación suicida y el riesgo de repetición.

### Objetivos

Comprobar si hay diferencias de personalidad entre los pacientes ingresados por intentos autolíticos (IA) de los ingresados por otros motivos (noIA) utilizando el MACI.

### Material y Métodos

Se revisaron 47 pacientes ingresados en los últimos 6 meses en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús, que habían completado el MACI, obteniendo una muestra de 20 pacientes con intentos autolíticos y otra de 27 con otros motivos de ingreso. Se describen los datos clínicos y sociodemográficos de cada una de las muestras utilizando estadísticos descriptivos. Se compara mediante la U de Mann-Whitney.

### Resultados

En ambas muestras predomina el sexo femenino (75 y 52%) y con edades entre 15-18 años (80 y 88%) respectivamente. El prototipo de personalidad pesimista destaca significativamente en IA y el sumiso en el noIA, sin que haya diferencias significativas entre las preocupaciones expresadas y los síndromes clínicos.

### Discusión

El pequeño tamaño de nuestra muestra disminuye su poder estadístico y dificulta la interpretación de los resultados, encontrando, sin embargo, concordancia con datos obtenidos en otros estudios.

### Conclusiones

Utilizando el MACI encontramos prototipos de personalidad similares en ambos grupos de hospitalización.

## VALORACIÓN DE TRASTORNOS FAMILIARES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PSIQUIÁTRICA CON EL INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI)

Martínez Cantarero C, Correa Perry M, Gutiérrez Priego S, Navarro S, Morandé Lavín G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

### Introducción

Los estudios nos muestran cómo la familia influye, no sólo en la carga genética, sino como factor ambiental contribuyente a la psicopatología infanto-juvenil.

### Objetivos

Comprobar si la presencia de trastornos familiares entre los pacientes ingresados utilizando el MACI, influye en el riesgo de hospitalización y en los prototipos de personalidad.

### Material y Métodos

Se revisa 47 pacientes ingresados en los últimos 6 meses en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús, que habían completado el MACI, obteniendo una muestra de 23 pacientes con distocia familiar (DF) y 24 que no la tenían (noDF). Se describe los datos clínicos y sociodemográficos utilizando estadísticos descriptivos. Se compara mediante la U de Mann-Whitney.

### Resultados

Los prototipos de personalidad autopunitivo y opositorista destacan significativamente en DF y el conformista, egocéntrico e histriónico en el noDF. Los síndromes clínicos: Tendencia al Suicidio, Predisposición Delictiva y Afecto Depresivo, predominan en DF.

### Discusión

A pesar del pequeño tamaño de la muestra, se obtiene diferencias significativas entre los subgrupos, sin que eso suponga que la DF sea un factor determinante para el ingreso, cobrando importancia el diagnóstico clínico del paciente.

### Conclusiones

El desarrollo infantil en familias disfuncionales aumenta el riesgo de afecto depresivo y suicidabilidad además de conductas delictivas.



## DESCRIPCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PSIQUIÁTRICA DURANTE EL AÑO 2005

Martínez Cantarero C, Correa Perry M, Gutiérrez Priego S, Navarro S, Morandé Lavín G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

### Introducción

Es necesario conocer las características epidemiológicas de la psicopatología infantojuvenil.

### Objetivos

Identificar los motivos de ingreso y diagnósticos más frecuentes de la patología psiquiátrica infantil. Valorar la estancia media, según sus diagnósticos.

### Material y Métodos

Se revisó el total de casos de pacientes ingresados (n=132) durante 2005 en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Niño Jesús, recopilándose datos sociodemográficos (nombre, edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico al alta, días de estancia y procedencia), utilizando estadísticos descriptivos.

### Resultados

Sexo: mujeres (M) 79(59,85%), hombres (H) 53(40,2%). Motivo de ingreso (MI): Alteración Conducta (AC): 70(53%), M60%; Intento Autolítico (IA): 23(17,4%), M78,3%; Desorganización Conducta (DC): 21(15,9%), H66,7%; Trastorno emocional: 18(13,6%), M72,2%. Diagnóstico alta: Trastorno Afectivo (TA) 25(18,9%); T Conducta Alimentaria (TCA): 22(16,6%); T Adaptativo: 17(12,8%); T Personalidad (TP): 17(12,8%); Esquizofrenia (EQZ): 13(9,9%). Media de estancia (días): 7,83; la más alta en EQZ: (19,82).

### Discusión

Ingresan más M que H, con mayor incidencia de EQZ en H, siendo en mujeres el TA y el TCA más frecuente. La patología con mayor estancia media es la EQZ. El diagnóstico más frecuente de las alteraciones conducta es el T Disocial. Los TCA son los que más ingresan por IA.

### Conclusiones

La estancia media se ajusta a la de otras unidades semejantes. La EQZ infantojuvenil es más frecuente en hombres, mientras los IA lo son en mujeres y no necesariamente asociado a TA.

## UTILIDAD DE LA RISPERIDONA EN PAIDOPSIQUIATRÍA

Llusent Guillemet A, Cornellà Canals J.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

### Introducción

La risperidona es un antipsicótico atípico cuyas indicaciones actuales son la esquizofrenia y los trastornos generalizados del desarrollo. Pero su peculiar perfil terapéutico nos permite suponer que sus indicaciones son más amplias en paidopsiquiatría, sin que se hayan precisado, de momento, dosis ni pautas de tratamiento.

### Objetivos

Evaluar la utilidad de la risperidona en el tratamiento de distintas patologías en niños y adolescentes.

### Material y Métodos

Revisión de las historias de 20 pacientes (niños y adolescentes), tratados con risperidona para distintos cuadros patológicos: trastorno de conducta, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria, adicción a cocaína, trastorno negativista desafiante.

### Resultados

La introducción de la risperidona en los 20 pacientes presentados supuso una mejora notable en la evolución de su patología. En algunos casos, se asoció a otros fármacos, según la patología a tratar (sertarlina, metilfenidato, y topiramato). En dos casos se ha utilizado la forma inyectable retardada, que simplifica mucho la posología y asegura su cumplimiento.

### Discusión

Nuestros datos y los resultados que se recogen en la bibliografía indican que el perfil terapéutico de la risperidona va más allá de un antipsicótico atípico. Los efectos secundarios, a las dosis utilizadas, han sido mínimos, sin que impidieran la consecución del tratamiento. No existen datos sobre dosis ni sobre el tiempo de duración del tratamiento, hasta este momento.

### Conclusiones

La risperidona, sola o asociada a otros fármacos, ha supuesto un avance importante en el tratamiento de distintos cuadros psicopatológicos en niños y adolescentes. Se considera que deben hacerse más estudios y unificar criterios para poder determinar su utilidad en las distintas patologías, las dosis adecuadas, y la duración del tratamiento.



## 70 PREOCUPACIONES EXPRESADAS POR ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN: EVALUACIÓN CON EL INVENTARIO CLÍNICO DE ADOLESCENTES DE MILLON (MACI)

Graell Berna M, Gutiérrez S, Lliteras L, Villaseñor A, Faya M, Morande G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

### Introducción

Además del diagnóstico clínico y los rasgos de personalidad es relevante conocer e identificar preocupaciones y problemas subjetivos del adolescente con Trastorno de Alimentación (TCA) que deben abordarse durante el tratamiento.

### Objetivos

Analizar las escalas de “Preocupaciones Expresadas” del Inventario Clínico de Adolescentes de Millon (MACI) durante la hospitalización de los pacientes de los distintos subtipos de TCA.

### Metodología

Muestra: 71 pacientes con TCA ingresados consecutivamente. Edad:  $15.31 \pm 1.53$  años 93,4% mujeres. Tiempo evolución:  $19.03 \pm 13.6$  meses y Tiempo tratamiento:  $8.56 \pm 8.25$  meses. Se evalúan variables sociodemográficas, clínicas (entrevista diagnóstica) y psicométricas: EDI-II, BDI, STAI, BSQ y MACI. Presentamos la descripción de perfiles de las escalas de “Preocupaciones Expresadas” y la comparación de tasa base media (t student) en los subtipos de TCA.

### Resultados

Son áreas frecuentes de preocupación (Tasa Base > 60) en las adolescentes TCA hospitalizadas: “Desagrado con el cuerpo”: 45 (63,38%); “Desvalorización de sí mismo”: 41 (57,71%); “Difusión de Identidad”: 29 (40,84%) e “Inseguridad con los iguales”: 28 (39,43%). Respecto a los subtipos de TCA, en las Restrictivas es estadísticamente significativo las siguientes preocupaciones: “Inseguridad por los iguales” ( $p > 0,04$ ) y “Incomodidad respecto al sexo” ( $p > 0,006$ ). En el subtipo Purgativo: “Desagrado por el cuerpo” ( $p > 0,01$ ), “Discordancia familiar” ( $p > 0,000$ ) y “Abusos en la infancia” ( $p > 0,01$ ).

### Conclusiones

Existen preocupaciones subjetivas específicas expresadas por los distintos subtipos de TCA que pueden ser relevantes para el proceso de tratamiento.

## FASE PRE-PSICÓTICA DE LA ESQUIZOFRENIA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Carballo JJ, Moreno-Íñiguez, M, Moreno Ruiz C, Corcoran C.

Columbia University.

### Introducción

Actualmente, varios programas a nivel mundial promueven el estudio y desarrollo de intervenciones preventivas y precoces en las psicosis tempranas. Estas organizaciones se coordinan desde la Asociación Internacional de Psicosis Tempranas (IEPA) y, recientemente, a través del Estudio Europeo de Predicción de Psicosis (EPOS).

### Objetivos

I. Revisar aspectos comunes de los diferentes programas.

II. Describir específicamente el Centro de Prevención y Evaluación (COPE) de la Universidad de Columbia (Nueva York).

### Desarrollo

I. Aspectos comunes:

- Identifican población juvenil de alto riesgo.
- Estudian conjuntamente marcadores de riesgo genético y psicopatología.
- Ofrecen atención únicamente a quienes voluntariamente lo solicitan.
- Combinan atención clínica e investigación.
- Están coordinados con servicios de atención de primeros episodios psicóticos.
- Presentan tasas de transición a psicosis en los primeros doce meses de 22% a 54%.

II. El COPE combina un servicio clínico de evaluación y tratamiento de jóvenes con alto riesgo de psicosis, y un proyecto de investigación longitudinal para identificar factores bio-psico-sociales relacionados con la transición a psicosis.

### Conclusiones

- La carencia de servicios de evaluación e intervención precoz en psicosis, unida a la elevada carga social, asistencial, económica y familiar asociada a la enfermedad, sugieren la necesidad de desarrollar nuevos programas desde los sistemas de organización sanitaria.

- La coordinación a niveles nacional e internacional permitirá crear una sólida base de datos encaminada a establecer intervenciones basadas en la evidencia.



## ACEPTACIÓN DE PSICOESTIMULANTES POR PROGENITORES DE PACIENTE CON TDAH

García Campos N<sup>1</sup>, Aragón Yustas M<sup>2</sup>, Clavel Clave, M<sup>1</sup>,  
Puente García R<sup>1</sup>; Navas M<sup>3</sup>, Quintero Lumbreras FJ<sup>2</sup>,  
Quintero Gutiérrez del Alamo FJ<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Instituto Neuroconductual de Madrid.

<sup>2</sup>Clínica Doctor Quintero, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Clínica San Carlos. Madrid. <sup>4</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid

### Introducción

El TDAH, al margen del campo de las discapacidades, es uno de los trastornos en psiquiatría infantil más importantes en EE.UU y de mayor prevalencia en Europa, no solo desde un punto de vista profesional o de investigación, sino también social. (Castellanos y Acosta, 2002).

El TDAH es un trastorno caracterizado por falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. (Barkley, 1990). Debido a la heterogeneidad de la sintomatología que puede estar presente en este tipo de trastornos, el tratamiento de elección es el multimodal, siendo el más efectivo de manera aislada, el farmacológico (MTA Cooperative Group, 1999).

Como en otros trastornos de la pediatría en general y de la psiquiatría infantil en particular, es de crucial importancia el ofrecer a los padres y/o tutores de los pacientes una cuidadosa información sobre el tratamiento que les permita conocerlo y sentirse seguros a la hora de administrárselo a sus hijos, es decir una planificación psicoeducativa (Quintero Gutiérrez del Alamo et al. 2006).

### Objetivo

El presente trabajo estudia las actitudes y percepciones ante el tratamiento con metilfenidato de los padres de niños en tratamiento con alguna de las presentaciones de este fármaco.

### Material y Métodos

Se elaboró un cuestionario al uso con el objetivo de valorar las percepciones y valoraciones ante los tratamientos. Se evaluó la opinión de los padres y/o tutores acerca de los resultados obtenidos por el metilfenidato de liberación inmediata o liberación prolongada. El cuestionario, consta de 25 ítems, con una respuesta en una escala tipo Liker de 5 alternativas y 5 ítems adicionales en los casos de cambio de tratamiento.

Se administró el cuestionario a los padres de 98 pacientes de entre 5 y 16 años, diagnosticados de TDAH según el DSM- IVTR. De estos, 37 estaban en trata-

miento con Metilfenidato de liberación inmediata y 61 en liberación sostenida.

### Resultados

A través del cuestionario de valoración y aceptación del metilfenidato y aceptación del metilfenidato de liberación prolongada, encontramos en primer lugar un porcentaje de cumplimiento superior al que encontramos con fórmulas de liberación inmediata. Manifestando en un 25% estar muy de acuerdo y en un 75% bastante de acuerdo con el ítem: “Toma la medicación todos los días”, frente a un 62% y 21% respectivamente, en la encuesta realizada durante el tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata.

En cuanto a los ítems que comparaban ambos tratamientos, encontramos en el ítem “estoy satisfecho con la nueva medicación” el 21% estaba muy de acuerdo y el 46% bastante de acuerdo, en el de “ha mejorado con este tratamiento” y en el de “es más cómodo de tomar” encontramos en ambos un 64% y un 36% respectivamente, y por último en el ítem que hace referencia a si se tolera mejor el nuevo tratamiento, el 11% está muy de acuerdo y el 25% bastante de acuerdo.

Durante el congreso se amplían los datos y se discuten los resultados.

### Bibliografía

- Castellanos y Acosta. Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev. Neurol 2004; 38 (Suppl)
- Barkley, Fischer, Edelbrock, Smallish. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry 1990
- Quintero Gutiérrez Del Álamo, Correas Lauffer, Quintero Lumbreras. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006



## 72 COMPORTAMIENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DURANTE LOS AÑOS 2004 Y 2005.

Valentí Ribas M, Fernández Martí M, Córcoles Martínez D, Morer Liñán A, Baeza Pertegaz I, Plana Turró T, Martínez Mallen E, Lázaro García L.

Hospital Clínic. Barcelona

### Introducción

El comportamiento suicida en niños y adolescentes ha sido considerado como resultado de la interacción de diferentes factores. Las tentativas de suicidio son una causa frecuente de ingreso en las unidades de agudos de Psiquiatría Infanto-Juvenil (PIJ). Las características de este heterogéneo grupo de pacientes han sido poco estudiadas en nuestro medio.

### Objetivo

Analizar y comparar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados en la sala de Agudos del HCP durante los años 2004 y 2005.

### Material y Método

Se han revisado los ingresos en la Unidad de Agudos PIJ del HCP durante los años 2004 y 2005 por tentativa autolítica. Se definen características sociodemográficas y clínicas mediante cumplimentación de un cuestionario diseñado para el estudio.

### Resultados

Ingresaron 55 pacientes de entre 9 y 17 años por tentativa autolítica (83.6% sexo femenino, 16.3% masculino). La edad media fue de 15 años. El método más usado (40%) fue la autointoxicación por psicofármacos. El gesto de precipitación fue usado en el 33.3% de la población masculina y aumentó en el 2005 respecto al 2004. El diagnóstico más frecuente fue el Trastorno adaptativo (36.6%). La intencionalidad grave y la certeza segura fueron más frecuentes en chicos que en chicas.

### Conclusiones

El número de ingresos por tentativa autolítica en una unidad de agudos de PIJ es creciente. El sexo femenino es el más afectado y el diagnóstico más frecuente el de Trastorno adaptativo. Los métodos violentos como el gesto de precipitación son cada vez más frecuentes y aún más en población masculina. Otras variables ambientales deben ser consideradas.

## EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE DIA INFANTIL Y JUVENIL EN EL PERIODO 2003-2005

Lázaro García L, Font E, Vidal A, Viadel N, Llovet A, Fernandez D, Roca B, Lorente A, Medina J, Puig J, Martínez, E, Castro J.

Hospital Clínic. Barcelona

### Introducción

La adolescencia coincide con el inicio de algunas de las enfermedades psiquiátricas más graves (esquizofrenia, trastorno bipolar), además de ser un periodo evolutivo en el que algunos trastornos iniciados en la infancia pueden adquirir una mayor entidad (trastornos de la conducta perturbadora). En algunos casos estos trastornos son de tal gravedad que necesitan un abordaje intensivo, cualificado y multidisciplinar para minimizar al máximo las posibles consecuencias en el desarrollo personal y en el futuro funcionamiento psicosocial.

### Pacientes y Método

Se realiza un estudio descriptivo de la población atendida en el hospital de día de psiquiatría infantil y juvenil del Hospital Clínic (excluyendo la patología alimentaria).

### Resultados

Durante los años 2003 a 2005 se han ingresado 193 pacientes. En un inicio eran fundamentalmente varones para en el último año igualarse la proporción varón:mujer. La edad media se ha mantenido entre 14.6-15.2 años. La patología predominante se divide entre trastornos de ansiedad graves, trastornos psicóticos y trastornos de conducta, siendo los primeros los que más han ido aumentando a lo largo de estos 3 años (trastornos obsesivo-compulsivos, fobias sociales y fobias escolares). Alrededor de un 12% de pacientes requieren un reingreso. La media de sesiones realizadas (días de tratamiento-estancia) es de 30, durante un tiempo aproximado de 3 meses.

### Conclusiones

El hospital de día u hospitalización parcial es un marco terapéutico que engloba tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, psicofarmacológico, abordaje psicosocial de las familias e intervención pedagógica y educativa, necesario en patología psiquiátrica grave.



## DIFERENCIAS EN EL FUNCIONALISMO CEREBRAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO

Lázaro L<sup>1</sup>, Junqué C<sup>2</sup>, Caldú X<sup>2</sup>, Bargalló N<sup>1</sup>, Falcón C<sup>3</sup>, Andres S<sup>1</sup>, Morer A<sup>1</sup>, Castro J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>2</sup>Universidad de Barcelona, <sup>3</sup>Idibaps.

### Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) está considerado como un trastorno neurobiológico que incluye alteraciones anatomofisiológicas del sistema nervioso central. Estudios de neuroimagen funcional refieren evidencias sobre el funcionalismo anormal de los circuitos cerebrales fronto-subcorticales.

### Objetivos

Determinar mediante técnicas de neuroimagen el funcionalismo cerebral en áreas frontales y subcorticales en población con TOC y compararlo con sujetos sanos. Establecer posibles variaciones en el funcionalismo cerebral tras la administración de tratamiento farmacológico.

### Pacientes y Método

La muestra está compuesta por 12 pacientes y 12 controles apareados por edad, sexo y cociente intelectual (edad media 13 años). La gravedad del trastorno y la mejoría clínica fue valorada con la Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS). Las imágenes se adquirieron en un escáner GE Signa de 1.5 T mediante una secuencia eco de gradiente potenciada en T2. Los sujetos debían realizar una tarea de secuenciación motora compleja durante la adquisición de las imágenes de resonancia magnética funcional.

### Resultados

Los pacientes con TOC presentaban una hiperactivación cerebral estadísticamente significativa comparada con el grupo control en el giro frontal medial a nivel bilateral. Se observó una correlación positiva entre la gravedad de la sintomatología y la activación en lóbulo parietal superior derecho, giro cingulado izquierdo y núcleo acumbens del hemisferio izquierdo. Tras el tratamiento se observó un decremento significativo en la activación cerebral a nivel de insula y putamen izquierdo que les acercaba más al nivel de activación de los controles.

### Conclusiones

Existen diferencias en el funcionalismo cerebral entre casos y controles en la misma línea que las encontradas en población adulta con TOC. Tras el tratamiento, el hiperfuncionalismo cerebral tiende a normalizarse en algunas zonas cerebrales.

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE CANNABIS Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Díaz Hurtado R, Goti-Elejalde J, Serrano Pariente L, González Riesco L, Calvo Escalona R, Gual Solé A, Castro Fornieles J.

Hospital Clínic, Barcelona

### Introducción

El consumo de cannabis y otras drogas en adolescentes se ha asociado a mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, peor rendimiento escolar, delincuencia juvenil y otras consecuencias. También se han identificado factores que predicen la evolución hacia abuso o dependencia, como alteraciones en la estructura o dinámica familiar o antecedentes familiares de drogodependencias.

### Objetivos

Analizar la asociación de diversos factores de riesgo familiares con el consumo de cannabis y otras drogas en una muestra de adolescentes psiquiátricos.

### Material y Método

Participaron en el estudio 251 adolescentes (36,8% chicos) de 12 a 18 años ( $14,5 \pm 1,48$ ) que iniciaron sucesivamente tratamiento en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona entre marzo de 2004 y junio de 2005. Se obtuvieron datos sociodemográficos, psiquiátricos y de consumo de tóxicos mediante entrevistas, cuestionarios, una versión española del Teen Addiction Severity Index y el Child Behaviour Checklist.

### Resultados

El 59% de los adolescentes era consumidor de alguna droga (el 41% de cannabis). Según el Teen-ASI, el 23% de jóvenes mostraban problemas moderados o graves con alguna droga, lo que haría necesario un tratamiento específico. El consumo de drogas no correlacionó significativamente con los antecedentes familiares o la estructura familiar, aunque ésta sí correlacionó ( $p < 0.05$ ) con la gravedad de los problemas de drogas, igual que las escalas depresión-ansiedad, problemas de pensamiento, atención y conducta delincuente y agresiva del CBC

### Discusión y conclusiones

El fenómeno del aumento en el consumo de cannabis y de otras drogas parece bastante independiente del sexo, el estatus social, el ambiente familiar o los antecedentes familiares, lo que indica que los esfuerzos preventivos deberían ir dirigidos a la población juvenil en general. Por otro lado, la elevada prevalencia de problemas de drogas en adolescentes psiquiátricos, confirma la necesi-



74 dad de realizar tratamientos integrales en los servicios de salud mental.

#### **Agradecimientos**

Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a través del Instituto Nacional de Investigación y Formación en Drogodependencias.

## **IMPACTO DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS TEMPRANAS EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD BIPOLAR**

**Carballo JJ, Sher L, Burke A, Sublette E, Mann J, Bird H, Oquendo M.**

Columbia University.

### **Introducción**

El impacto de las experiencias traumáticas en la infancia sobre el curso de la enfermedad bipolar no ha sido extensamente estudiado.

### **Objetivos**

Determinar el impacto que el abuso infantil puede tener en el curso de la enfermedad de pacientes bipolares. Se hipotetiza que aquellos pacientes con antecedentes de abuso infantil presentarán un curso más severo de la enfermedad como resultado de un inicio más precoz del trastorno, mayor duración de la enfermedad y mayor prevalencia de conducta autolítica.

### **Métodos**

169 pacientes bipolares fueron incluidos en el estudio. Aquellos pacientes que manifestaron haber sufrido abuso infantil (ABUSE)(n=70,30% varones) fueron comparados en sus características socio-demográficas y clínicas con aquellos pacientes que no manifestaron dicho antecedente (n=99,48% varones).

### **Resultados**

El 41.4% de la muestra manifestó antecedentes de abuso en la infancia. Hubo más mujeres en el grupo ABUSE(gl=1;  $\chi^2=5.80$ ; p=0.01). Los pacientes del grupo ABUSE presentaron un inicio más precoz del trastorno y una mayor duración de la enfermedad(gl=153; t=-2.15;p=0.03;gl=153;t=2.66;p=0.008,respectivamente). Asimismo, presentaron puntuaciones más elevadas de sintomatología depresiva medidas mediante Hamilton-Depression-Rating-Scale y Beck-Depression-Inventory(gl=104; t=2.44;p=0.01;gl=100;t=2.29;p=0.02,respectivamente), mostraron mayores rasgos de agresividad medidos mediante Brown-Goodwin-Aggression-Inventory(gl=153; t=2.02; p=0.04) y refirieron más frecuentemente una historia familiar de trastornos depresivos y de abuso de sustancias(gl=1; $\chi^2=3.75$ ;p=0.05;gl=1; $\chi^2=5.40$ ;p=0.02,respectivamente). Los pacientes del grupo ABUSE presentaron una historia más frecuente de conducta autolítica(gl=1; $\chi^2=8.72$ ;p=0.003) y manifestaron menores razones para vivir en el momento de la entrevista(gl=141;t=-2.99;p=0.004).





### Conclusión

Los pacientes bipolares con antecedentes de abuso infantil pueden presentar un curso de la enfermedad más severo. Estudios longitudinales prospectivos son necesarios para evaluar y extender estos resultados.

### OBJETIVACIÓN DE LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) BAJO TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

Bielsa Carrafa A<sup>2</sup>, Tomás Villalera J<sup>1</sup>, Prado Villegas M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Centre Londres 94, <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un síndrome que afecta al 4-6% de niños en edad escolar. Es una entidad nosológica compleja, cuyos rasgos característicos son inatención, hiperactividad, impulsividad, afectando al niño en el plano conductual y cognitivo. Tiene consecuencias psicosociocognitivas que se manifiestan en el rendimiento escolar y en la relación con los adultos e iguales.

#### Método

Estudio longitudinal, prospectivo, abierto, en un grupo de niños y niñas entre 6 y 16 años seleccionados en forma aleatoria de entre los pacientes ambulatorios diagnosticados de TDAH en la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Vall d'Hebron. Alteraciones atencionales evaluadas por tests de Puntos a Contar de Rey, Percepción de Diferencias, Toulouse-Pieron y Atención Selectiva y Sostenida. Hiperactividad, impulsividad y déficit de atención por las escalas de Conners y Edelbrock. Después se procedió a la prescripción ambulatoria de dosis de Metilfenidato de 0,6-0,7 mg/Kg./día en dosis progresivas hasta la dosis total en cuatro días. Cinco semanas de iniciada la administración de MPH se procedió a la realización de retest.

#### Resultados

Observamos disminución significativa en la sintomatología global del TDAH, expresada en disminución de alteraciones de atención, problemas de impulsibilidad y dificultades de comportamiento.

#### Conclusiones

Nuestros resultados contribuyen a valorar los beneficios del tratamiento con metilfenidato en pacientes con TDAH. El metilfenidato ayuda a reducir síntomas como déficit de control inhibitorio, mejorando la sintomatología, el comportamiento y relaciones sociales.



**76 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN DE NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS. VALORACIÓN DE RESULTADOS**  
García Salguero M, Blanco-Morales Limones MJ, Molina T.

Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil. H.U. Virgen Macarena

**Definición**

Actividades terapéuticas de índole grupal basadas en las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, de resolución de problemas, de relajación, de expresión corporal y de comunicación-relación, aplicados a pacientes entre 5 y 7 años y complementadas con terapia grupal para sus padres.

Los diagnósticos que presentas estos chicos los hemos agrupado en: trastornos del espectro autista, trastornos externalizantes y trastornos internalizantes.

**Objetivo**

Valoración de la utilidad terapéutica de las técnicas grupales arriba indicadas.

**Material y Método**

Se valoran 14 individuos de 6.4 años de edad media.

Se valora a través de entrevista semiestructurada y observadores independientes.

Se han medido Habilidades Sociales Básicas, HHSS Complejas y Relajación.

Se establecen tres niveles de consecución de los objetivos (bajo, medio y alto).

**Resultados**

Espectro autista: 14.29%

T.Externalizantes: 71.42%

T,Internalizantes: 14.29%

Nivel de consecución:

- En Habilidades Sociales Básicas: alto 57.14%
- En Habilidades Sociales Complejas: medio 50%
- En Relajación: alto 64.29%

**TERAPIA DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS**

García Salguero M, Blanco-Morales Limones MJ, Molina T.

Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil. H.U. Virgen Macarena

**Definición**

Actividades terapéuticas de índole grupal basadas en las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, de resolución de problemas, de relajación, de expresión corporal y de comunicación-relación, aplicados a pacientes entre 8 y 11 años y complementadas con terapia grupal para sus padres.

Los diagnósticos que presentas estos chicos los hemos agrupado en: trastornos del espectro autista, trastornos externalizantes y trastornos internalizantes.

**Objetivo**

Valoración de la utilidad terapéutica de las técnicas grupales arriba indicadas.

**Material y Método**

Se valoran 41 individuos de 9.2 años de edad media.

Se valora a través de entrevista semiestructurada y observadores independientes.

Se han medido Habilidades Sociales Básicas, HHSS Complejas y Relajación.

Se establecen tres niveles de consecución de los objetivos (bajo, medio y alto).

**Resultados** Espectro autista: 34.15%

T. Externalizantes: 58.54%

T. Internalizantes: 7.31%

Nivel de consecución:

- En Habilidades Sociales Básicas: alto 53.66%
- En Habilidades Sociales Complejas: medio 43.9%
- En Relajación: alto 41.46%



## ALUCINACIONES EN NIÑOS. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA

Yáñez Y<sup>1</sup>, Boluda C<sup>2</sup>, Cepeda S<sup>2</sup>, Salas C<sup>2</sup>, Marcos I<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Salud Mental Infantil Miguel Servet. Valencia,

<sup>2</sup>Unidad de Salud Mental Infantil Padre Jofre. Valencia.

### Introducción

La psicopatología del niño y del adolescente presenta particularidades que la diferencian en gran medida de la del adulto y que hay que tener presente a la hora de realizar una evaluación psiquiátrica.

Un ejemplo es la presencia de alucinaciones en el niño, las cuales no implican necesariamente una significación pronóstica de psicopatología en el adulto.

### Objetivos

El objetivo del estudio es evaluar la significación clínica y diagnóstica de las alucinaciones en niños.

Para ello se describen un total de nueve casos de niños con alucinaciones que acudían a seguimiento a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Se realiza, asimismo, una revisión bibliográfica sobre el tema.

### Desarrollo

Se describen nueve casos de niños con edades comprendidas entre los 4 y 15 años. Todos ellos referían alucinaciones, fundamentalmente auditivas o visuales.

En uno de ellos se realiza el diagnóstico de esquizofrenia infantil. En tres de los casos, las alucinaciones aparecen en el contexto de un cuadro afectivo. En otro, aparecen a lo largo de la evolución de un Síndrome de Asperger. En otros tres parece existir una base neurológica no filiada, a pesar del estudio realizado. En otro no se aprecia psicopatología asociada.

### Conclusiones

Se ha descrito que en niños preescolares, las experiencias estresantes y las alteraciones afectivas podrían favorecer la aparición de fenómenos alucinatorios. Desde el punto de vista pronóstico estas alucinaciones son habitualmente benignas. En los niños en edad escolar, pueden ser más persistentes y relacionadas con trastornos más serios. El tratamiento puede requerir el uso de antipsicóticos.

## DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CON EVOLUCIÓN O CAQUEXIA ¿ORGANICIDAD O HIPOCONDRIA?

Millán M, Ochando G, Peris S, Pereda A, Loño J.

Hospital La Fe. Valencia

**Introducción** El dolor abdominal recurrente es una patología pediátrica frecuente que implica la necesidad de múltiples exploraciones. Aunque la base psicósomática es frecuente pocas veces se piensa en ella de entrada.

### Caso clínico

Niño de 12 años inicia cuadro de dispepsia que mejora tras tratamiento. Cinco meses después reinicia epigastralgia asociada a un trastorno de la conducta alimentaria tipo restrictivo con pérdida de 11 kilos, motivado por un miedo a la reproducción de los síntomas con la comida. Se descartó organicidad. Se encontraron varios factores vitales estresantes y una preocupación excesiva por padecer una patología grave con ideas obsesivas sobre su enfermedad, los alimentos y medicaciones ingeridas. El diagnóstico final fue un Trastorno Somatomorfo (Trastorno Hipocondríaco F45.2). Tras psicoterapia cognitiva quedó asintomático en 3 semanas.

### Discusión

Nuestro paciente, presentaba un rechazo de alimentación por miedo al dolor tras la ingesta sin alteración de la imagen corporal. La base del trastorno fue una dispepsia funcional y una hipocondría con una evolución tórpida debido a un retardo diagnóstico.

### Conclusiones

1. Es recomendable valorar el dolor abdominal dentro de un contexto biopsicosocial buscando desde la primera entrevista factores psicológicos y/o sociales que puedan desencadenar, agravar o mantener los síntomas.

2. Los trastornos somatomorfos y en concreto la hipocondría pueden verse agravados si presentamos una actitud diagnóstica agresiva con exploraciones innecesarias.



## 78 DETECCIÓN TEMPRANA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

Ochando G, Millán M, Peris S, Loño J.

Hospital La Fe. Valencia

### Introducción

El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) suele realizarse tardíamente con repercusión escolar, familiar, personal y/o relacional. El objetivo del estudio es determinar si el aula es un lugar adecuado para la detección temprana del TDAH.

### Material y Métodos

Seleccionamos una muestra de 2232 niños (edad: 7-14 años) en 8 colegios de la Comunidad Valenciana seleccionados al azar. Desarrollamos 4 fases: 1) Evaluación en colegios, 2) Psicoeducación a padres y profesores, 3) Confirmación diagnóstica en consulta, 4) Tratamiento Psicoterápico y /o Farmacológico y Seguimiento. En la primera fase, fase actual, se utilizaron las siguientes pruebas: Test de diferencias de Caras y Escala de Evaluación del Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) para profesores.

### Resultados

De los 2232 alumnos se obtuvieron 259 resultados positivos, lo que supone un 11,6% del total de alumnos. De ellos tan sólo 26 están diagnosticados de TDAH en la actualidad (1,2%), siendo dicha cifra inferior a la tasa de prevalencia actual.

### Conclusiones

El centro escolar es un entorno válido para la detección temprana del TDAH ya que el profesorado se encuentra en una posición privilegiada para observar y relacionarse con los alumnos.

El diagnóstico de TDAH se realiza tardíamente empeorando la evolución y pronóstico, debiendo confirmarse con la valoración en consulta y ámbito familiar.

## PSICOPATOLOGÍA LIGADA A LA ADOPCION

Millán M, Ochando G, Peris S, Loño J.

Hospital La Fe. Valencia

### Introducción

La adopción es un proceso complejo que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño. La prevención y tratamiento de trastornos ligados a la adopción ha cobrado importancia tras el incremento de las adopciones, principalmente internacionales.

### Objetivo

Evaluación de la situación actual mediante la revisión clínica de la psicopatología encontrada en niños adoptados.

### Material y Métodos

Analizamos retrospectivamente 18 pacientes adoptados menores de 14 años, remitidos a la consulta de Salud Mental Infantil durante el año 2005. Analizamos: edad de presentación, sexo, tipo de adopción, antecedentes preadoptivos, patología y comorbilidad.

### Resultados

El 61% procedía de adopción nacional y el 39% internacional. En el 44% se encontraron situaciones adversas preadoptivas y el 50% habían permanecido institucionalizados. El pico de incidencia fue la preadolescencia (94%) con edad de presentación media de 9 años, sin diferencias entre sexos. La psicopatología correspondía a trastornos de conducta (50%), TDAH (16.6%), trastornos cognitivos y del lenguaje (11%) y otros (22%). Hubo comorbilidad en el 95% de los pacientes.

### Conclusiones

1) Nuestros hallazgos coinciden con la literatura internacional.

2) Debemos realizar una evaluación de estos niños y sus familias durante los años previos a la adolescencia ya que es el momento de mayor vulnerabilidad.

3) Los niños adoptados, especialmente los que sufrieron situaciones de adversidad preadoptiva, tienen más riesgo de presentar trastornos de conducta, desarrollo y vínculo.



## **DISTOCIA FAMILIAR Y HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA**

**Múgica A, Fernández Rivas A, Fernández Martín E, de Pedro Ullate R, Azcárraga Orbe M, Arístegui Aguirre M, Touza Piñeiro M.**

Hospital de Basurto. Bilbao

### **Introducción**

En las dos últimas décadas varios estudios científicos han demostrado la relación existente entre enfermedad psiquiátrica en la edad adulta y eventos infantiles estresantes como: abusos sexuales, fallecimiento de alguno de los progenitores, separación o divorcio de los padres, patología psiquiátrica en los padres, etc, la mayoría de ellos relacionándolos con patología depresiva, preferentemente.

En nuestra experiencia clínica hemos observado que estos eventos predominan en pacientes que ingresan en nuestra Unidad Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UPIJ)

### **Objetivos**

- Conocer antecedentes de eventos familiares estresantes en pacientes que ingresan en nuestra UPIJ: fallecimiento de alguno de los progenitores, separación o divorcio de los padres e ingreso en centro de menores.
- Comparar si estos antecedentes predominan en pacientes ingresados en nuestra unidad psiquiátrica frente a ingresos en otros servicios.

### **Metodología**

Hemos revisado las historias de pacientes ingresados en la UPIJ del Hospital de Basurto durante el año 2005 y lo hemos comparado con una muestra control de pacientes que han ingresado en los Servicios de Pediatría y Traumatología de iguales características en cuanto a edad y sexo.

### **Resultados**

Con los datos disponibles hasta el momento se objetiva que pacientes que presentan algún ingreso psiquiátrico han sufrido mayor número de pérdidas parentales (fallecimiento o separación/divorcio) que aquellos que ingresan en otros servicios no psiquiátricos.

## **ANALISIS DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES UTILIZANDO EL INVENTARIO CLÍNICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON.**

**Madrid Moltó S, Brotons Sanchez L.**

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Benidorm

### **Introducción**

Presentación en formato póster de un análisis descriptivo de una muestra de 20 adolescentes atendidos en la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) de Benidorm, centrándonos en diferentes aspectos.

### **Objetivo**

Análisis de la muestra basándonos en: el motivo de la consulta, diagnóstico clínico según DSMIV-R, resultados en el Inventario Clínico de Adolescentes de Millon (MACI), antecedentes personales estresantes y situación socio-familiar.

### **Desarrollo**

Muestra de 20 adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 16 años procedentes del Área de Salud. El principal motivo de consulta en la mayor parte de la muestra son trastornos de conducta y disfunción importante en las relaciones familiares y con el grupo de iguales. A todos ellos se les ha pasado el MACI y se ha explorado la situación socio-familiar y las vivencias personales potencialmente estresantes.

### **Conclusiones**

Observamos que en el grupo de menores con problemática conductual más acusada presenta una elevación destacada en algunas de las escalas del MACI, así como mayor problemática sociofamiliar.



## 80 EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE: TRES CASOS, DIFERENTES EDADES, ¿MISMO PRONÓSTICO?

Martínez Sáez ML, Martínez Díaz I, Simo Guerrero M.  
Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia

### Introducción

En 1885 Gilles de la Tourette describe 9 pacientes que padecían movimientos involuntarios, ecolalia, ecopraxia, coprolalia y sonidos extraños incontrolados. Los trastornos de tics crónicos y el TGT (Trastorno de Gilles de la Tourette) se relacionan con el TOC, TDAH, trastornos de conducta y trastornos del humor y ansiedad. Al menos un 50% de pacientes con TGT presentan un pródromos con falta de atención, concentración y excesiva inquietud psicomotriz y pueden ser diagnosticados de TDAH o TDA, además la prevalencia del TDAH aumenta con la gravedad del TGT. Según autores, la prevalencia de TDAH es 10 veces mayor en pacientes con Trastorno de Tourette que en la población general. El inicio del TDAH precede al desarrollo de los tics en 2,4-3,0 años, aunque pueden coincidir.

### Objetivos

El objetivo del trabajo es encontrar aquellas características comunes que pueden ser factores predictores de buen o mal pronóstico con la finalidad de mejorar la intervención y su evolución. E intentar responder a la siguiente pregunta, cuando los niños presentan hiperactividad y tics, ¿nos encontramos con dos problemas diferentes, o son dos síntomas de un mismo trastorno?

### Desarrollo

Presentamos tres casos de pacientes varones, de 9, 12 y 17 años que presentan TGT asociado a TDAH y otros problemas, incluido el trastorno de comportamiento perturbador (TC) en diferentes momentos evolutivos.

### Conclusiones

La presencia de TC empeora el pronóstico de TGT y TDAH. La detección e intervención temprana de estos problemas es imprescindible para evitar la aparición de TC o reducir su gravedad y sus consecuencias

## TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL EN LA INFANCIA: DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Vila Navarro C<sup>2</sup>, Cepeda Díez S<sup>1</sup>, Boluda Bayona C<sup>3</sup>,  
Yañez Ferrer N<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, <sup>2</sup>Hospital General Universitario. Valencia, <sup>3</sup>Usm Infantil Jesús, <sup>4</sup>Usm Infantil Benicalap (4)

### Introducción

El trastorno de identidad sexual en la infancia (TIS) se caracteriza por una insistencia o deseo repetido en el niño de ser del sexo opuesto, por la presencia de fantasías al respecto, por una preferencia y deseo intenso por la vestimenta, juegos y compañeros del otro sexo, así como por un malestar persistente con el propio sexo. Aunque no existen datos epidemiológicos fiables hasta la fecha en cuanto a la prevalencia e incidencia del TIS en la infancia, se estima que es una entidad muy poco frecuente.

### Objetivos

El objetivo del estudio es la exposición de tres casos de TIS en niños que iniciaron seguimiento en una unidad ambulatoria de salud mental infantil de Valencia. Se describen las características sociodemográficas, motivos de derivación, relaciones parentales, aspectos clínicos y manejo terapéutico de los pacientes.

### Resultados

Los tres casos descritos corresponden a varones en edad preescolar. Todos ellos fueron remitidos a consulta psiquiátrica principalmente por alteraciones conductuales no sugerentes a priori de la existencia de un TIS, siendo ésta un hallazgo a lo largo del seguimiento.

### Conclusiones

Se compara el perfil de los pacientes descritos en nuestro estudio con las características del TIS descritas en la literatura, discutiendo aquellos aspectos diferenciales, que corresponden principalmente al tipo de psicopatología asociada a la presentación en la clínica.



## UN NIÑO HERIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcos F, García P<sup>2</sup>, Hermosín N<sup>1</sup>, Yáñez N<sup>2</sup>, Dualde F<sup>2</sup>, Vila C<sup>1</sup>, Cepeda S<sup>1</sup>, Boluda C<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Centro salud mental Infantil Jesús, <sup>2</sup>Centro Salud Mental Infantil Miguel Servet.Valencia.

### Introducción

El juego es para el niño uno de los principales canales de comunicación y expresión. Y a través de éste libera sentimientos, frustraciones, miedos y confusión. Como adultos podemos comprender el mundo del niño mediante la observación de su juego, y podemos relacionamos de modo más fácil con él a través de las actividades de juego que por medio de un diálogo verbal. También a través del juego podemos analizar la vivencia de los niños de acontecimientos traumáticos o potencialmente estresantes, siendo el juego traumático una de las manifestaciones de presencia de sintomatología psíquica.

### Objetivos

Describir un caso clínico de un niño de adoptado en Bulgaria en 2003, que acude a nuestra Unidad de Salud Mental Infantil con una sintomatología de estrés postraumático, tras haber sufrido maltrato y abusos sexuales.

### Desarrollo

El caso se cuenta a través de la descripción de esta situación de abuso mediante el diario de la madre, en el que relata el juego traumático del niño y cómo a través de éste se fue desvelando la historia de maltrato y abuso sexual al que fue sometido el menor en el orfanato en que vivía en Sofía.

### Conclusiones

Es fundamental tener en cuenta las ventajas del juego para el diagnóstico y tratamiento del trauma infantil y utilizarlo como indicador diagnóstico y como herramienta terapéutica para intervenir sobre las secuelas del trauma.

## LA DEMANDA DEL NIÑO A TRAVÉS DEL TEST DE LA FAMILIA

García Pérez P, Hermosín N, Marcos I, Yáñez N, Cepeda S, Vila C, Boluda C.

Centro de Salud Mental Infantil Miguel Servet.Valencia

### Introducción

El test de la familia, según su autor L.Corman (1961), tiene como objetivo explorar la adaptación del niño al medio familiar. Lo definiríamos como un medio libre de expresión, donde a partir de una sencilla consigna, el niño crea y expresa su visión del mundo que lo rodea, informándonos acerca de su personalidad, que se pone en juego en su vida familiar. Es por tanto, una herramienta útil para escuchar lo que el niño necesita y en ocasiones no sabe expresar con palabras.

### Objetivos

Comparar, de una manera descriptiva, la demanda que realizan los adultos en nuestra Unidad de Salud Mental Infantil con las necesidades expresadas por los niños en el test de la familia. También analizar las similitudes o discrepancias, que en ocasiones pueden ser coincidentes y en otras, llevarnos por caminos diagnósticos y terapéuticos muy diferentes a los iniciales.

### Desarrollo

Tras el pase del test de la familia en nuestra unidad a una muestra de niños de diferentes edades, planteamos la comparación de la demanda de los adultos con la información que nos aporta la interpretación del test desde una perspectiva psicodinámica y de relaciones en el contexto familiar.

### Conclusiones

Tras el análisis de los casos estudiados, consideramos fundamental escuchar la voz del niño a través de los canales en los que él puede expresarse, como puede ser el dibujo, que es a los niños como el habla a los adultos, a la hora de plantear abordajes terapéuticos que tengan en cuenta las necesidades particulares del niño.



## 82 APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Herrera Suárez MC, Dorado Siles MI.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

### Introducción

La “Case Management Society of America” define Gestión de Casos como un proceso de colaboración que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos.

### Objetivo general

Desarrollar y aplicar el modelo de “Gestión de Casos” como un modelo de práctica clínica avanzada que permita mejorar la coordinación interdisciplinar e intersectorial en los casos de Síndrome de Munchausen por Poderes.

### Objetivos específicos

- Incorporar elementos de este modelo en la gestión de los cuidados.
- Identificar los mecanismos de coordinación: contacto telefónico, informe de continuidad de cuidados, programa de interenlace.

### Desarrollo

#### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

1. Equipo terapéutico formado por el pediatra de Atención Primaria, los distintos médicos especialistas implicados, psiquiatra/psicólogo de salud mental de distrito, psiquiatra/psicólogo y enfermera de salud mental infantil y trabajadores sociales.
2. Establecer una “puerta de entrada” hospitalaria alternativa al Servicio de Urgencias mediante la asignación de un pediatra referente que valore el ingreso, las pruebas complementarias y los síntomas.
3. Asignación de una enfermera de salud mental infantil referente que coordine las actuaciones.
4. Adopción de medidas legales y confrontación con la familia.
5. Abordaje desde Salud Mental.
6. Reuniones periódicas de evaluación.

### Conclusiones

El Case Management permite organizar y desarrollar un plan de cuidados que facilita y garantiza la coordinación, asegurando la continuidad de los cuidados. Su aplicación está siendo de gran utilidad en los casos de maltrato infantil de alto riesgo como el Síndrome de Munchausen por Poderes.

## ESTUDIO ABIERTO CON OXACARBACEPINA PARA EL CONTROL DE LA IMPULSIVIDAD Y AGRESIVIDAD

Alcamí Pertejo M<sup>1</sup>, Aceña O<sup>2</sup>, Miguel Iribarren M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid,

<sup>2</sup>Unidad de Psiquiatría Hospital de Segovia.

### Introducción

La Oxacarbacepina es un antiepiléptico utilizado en el control de síntomas psiquiátricos como inquietud, impulsividad y agresividad.

### Objetivo

Evaluar la eficacia y tolerancia de la oxacarbacepina en niños con trastornos psiquiátricos severos, en los que impulsividad, agresiones o inquietud constituían el objetivo principal del tratamiento.

### Material y Método

Estudio abierto de 1 año en 21 niños diagnosticados de Trastorno Generalizado del Desarrollo o Retraso Mental. Edades entre 4-15 años. La casi totalidad de ellos se encontraban realizando tratamiento farmacológico con neurolépticos. Se evaluó situación clínica (Escala Impresión Clínica Global (ICG) de enfermedad; síntoma diana e intensidad del mismo) y efectos secundarios (Escala UKU y registro de Reacciones Adversas) a 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año.

### Resultados

La gravedad clínica caracterizaba a los pacientes. La respuesta fue variable, mejorando la situación clínica en un alto porcentaje de los casos. La tolerancia fue muy buena en la mayoría de los casos. En 4 casos se suspendió el tratamiento por efectos secundarios: 1 por exantema urticarial; 3 por alternancia de episodios de descontrol impulsivo y somnolencia

### Discusión

La variable respuesta encontrada debe ser evaluada en función de las características clínicas y la intensidad de síntomas.

### Conclusiones

La oxacarbacepina es un tratamiento eficaz que puede utilizarse concomitantemente con neurolépticos en niños con patologías graves, permitiendo un mejor control de los síntomas de impulsividad, agresividad e inquietud.





## SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Del Cerro Oñate M, Gallastegui ME.

Servicio Murciano de Salud

### Introducción

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños y adolescentes.

En 1980 el suicidio era la séptima causa de muerte en niños entre los 5 y los 14 años, actualmente la sexta y entre los 15 y 24 en la tercera. (60)

### Objetivos

Estudiar las características clínicas del fenómeno suicida, analizar el espectro de riesgo y propensión desde planes y pensamientos específicos, sensación de control sobre la acción y presencia de “frenos”, intensidad de la ideación, sentimientos de depresión y desesperanza. (60+39=99)

### Desarrollo

Exponemos el caso clínico de una niña de 11 años con intento autolítico mediante la ingestión de abundantes y variados fármacos, con un rango grave de letalidad potencial y que hubiera provocado una seria lesión o la muerte, sin haber mediado la intervención oportuna.

Se han utilizado diversas escalas de evaluación: Escala de evaluación suicida, escala de desesperanza y de intencionalidad suicida de Beck, riesgo suicida de Plutchik, escala de ansiedad Birmaher, escala de depresión de Beck (BDI), impulsividad de Barrat. 99+76=181

### Conclusiones

Numerosos estudios de investigación describen que los acontecimientos vitales negativos aumentan el riesgo de los comportamientos suicidas. En nuestro caso no existe correspondencia clara entre dichos acontecimientos y la gravedad de la tentativa.

Existen, sin embargo, valores relevantes cuantitativos en impulsividad motora y no planeada, como rasgos de personalidad, que bajo nuestro punto de vista deben ser estudiados y valorados más en profundidad. 61+181=244

## KLEINE-LEVIN SYNDROME, FORMA ATÍPICA E INCOMPLETA, EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y DE NEUROIMAGEN: A CASE REPORT

Pino Calderón FJ, Sánchez J, Martín Lunar MT, Álvarez S, Martín Recuero L, Salcedo Salcedo MS, Gutiérrez Casares JR.

Complejo Hospitalario Universitario. Badajoz

Kleine (1925) y Levine (1936) describieron una entidad definida primariamente por la triada clínica consistente en episodios periódicos de hipersomnia, hiperfagia, e hipersexualidad; de carácter autolimitado, de inicio habitual en la adolescencia, predominantemente en varones, y que suelen cesar en la edad adulta. Hasta la fecha el litio ha sido el psicofármaco que mayor utilidad ha presentado para la prevención de estos episodios.

Describimos el caso de un varón de 16 años con un cuadro atípico e incompleto con períodos de hipersomnia recurrente de 5-6 días de duración de intervalos de hasta 20 horas de sueño ininterrumpido, con anorexia, desrealización y afectación a nivel cognitivo y afectivo, con humor irritable principalmente.

Se evaluó el caso con una entrevista clínica estructurada así como una batería neuropsicológica (CPT, MVLT, WCST) y de neuroimagen (RM, Spect Cerebral) complementándose con un estudio de personalidad (MMPI) y electroencefalográfico.

Como hallazgos más relevantes se observaron déficits mnésicos en la memoria inmediata, sin déficits en las funciones ejecutivas, apareciendo una hipoperfusión a nivel de la corteza occipital izquierda en el Spect y anomalías epileptiformes parieto occipitales izquierda (hipótesis etiológica barajada del cuadro), con unos rasgos de personalidad en el rango de la normalidad. Se propuso terapia farmacológica con litio que familia y paciente rechazaron.

A veces, el KL puede ser incompleto o atípico. Secundario o asociado a enfermedad epileptiforme.



## 84 ATENCIÓN URGENTE A LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN 2005

Esteban C, Pascual M, España I, Barroso MD, Cabral P, Narbona M.

USMI-J "Virgen del Rocío".Sevilla

### Introducción

Se está observando un incremento en la frecuencia de urgencias infanto-juveniles en los últimos años. El Equipo de Guardia de Psiquiatría del Hospital General atiende todas las urgencias infanto-juveniles desde las 15 horas hasta las 9 del día siguiente y las 24 horas en festivos.

### Objetivos

Este estudio pretende describir todas las urgencias infanto-juveniles cubiertas por el equipo de guardia durante el año 2005. Se analizan los siguientes datos: distribución de la incidencia de urgencias por mes, día de la semana y hora, edad, sexo, motivo de la urgencia, juicio clínico, y actitud al alta.

### Resultados

Se han atendido 97 urgencias infanto-juveniles durante el 2005. Se ha obtenido un índice ligeramente superior de mujeres, con dos picos de edad: a los 14 y a los 17 años. Se han realizado un mayor número de asistencias en Diciembre. Los sábados son los días con mayor demanda, con un pico entre las 21 y las 24 horas. El motivo de consulta más frecuente ha sido el gesto autolítico, generalmente mediante ingesta medicamentosa. Nuestra actitud al alta ha sido principalmente la derivación directa del paciente a la USMI. Se han realizado un total de 10 ingresos, la mayoría de ellos en nuestras camas de la USMI.

### Conclusiones

La alta incidencia y el perfil del paciente infanto-juvenil que demanda atención urgente obliga a plantearnos una mayor formación del Psiquiatra general en este ámbito.

## EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DEL PROGRAMA DE INTERCONSULTAS Y ENLACE DE LA USMI-J ¿VIRGEN DEL ROCÍO?

Barroso MD, Esteban C, Pascual M, España I, Narbona M.

USMI-J "Virgen del Rocío".Sevilla

### Introducción

La ubicación de la USMI en el recinto hospitalario permite el desarrollo de programas de interconsulta y enlace con el Hospital Infantil. Nuestro dispositivo asume completamente desde el año 2002 la demanda generada para Salud Mental Infantil por el programa de interconsultas. La USMI desarrolla simultáneamente programas específicos de enlace con determinados servicios: UCI; Oncología; Nutrición y Endocrino.

### Objetivos

Describir la evolución de la demanda del programa de interconsultas establecido desde el año 2002 al año 2005.

### Resultados

Se evidencia que la demanda global va en aumento. Los Servicios más demandantes de forma mantenida son Neurología y Digestivo. El número de interconsultas de Pediatría social durante estos cuatro años ha disminuido significativamente. Nuevos Servicios se incorporan al Programa de Interconsultas con un aumento discreto a lo largo de los cuatro años.

### Conclusiones

En relación a los resultados obtenidos uno de los objetivos futuros de la USMI sería continuar con el desarrollo de programas específicos, con diversos servicios, ampliándolos en años sucesivos.



## ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE LA USMI-J ¿VIRGEN DEL ROCÍO¿ EN LOS AÑOS 2004-2005

España I, Pascual M, Esteban C, Barroso MD, Narbona M.  
USMI-J "Virgen del Rocío".Sevilla

### Introducción

El programa de hospitalización atiende los ingresos de niños y adolescentes en situaciones de crisis aguda que imposibilitan la contención ambulatoria.

### Objetivos

Análisis comparativo de los ingresos realizados en 2004 y 2005.

### Material y Métodos

Del total de hospitalizaciones en 2004 y 2005 en nuestra USMI-J, se recogen y analizan: área de pertenencia, procedencia y tipo de ingreso, distribución de la frecuencia anual, estancia media, edad y sexo, antecedentes psiquiátricos, situación parental, motivo del ingreso y diagnóstico al alta.

### Resultados

El número de ingresos de 2005 disminuye ligeramente respecto al año anterior. La distribución anual y la duración media del ingreso son similares para ambos años. No hemos encontrado diferencias significativas en la distribución por sexos en ambos años. Objetivamos un aumento de las familias monoparentales en 2005. La mayoría de los pacientes ingresados estaban en tratamiento previo en nuestra USMI. Los motivos más frecuentes de ingreso en 2004 fueron los trastornos de conducta / heteroagresividad frente a riesgo autolítico en el 2005. El diagnóstico más frecuente al alta fue el trastorno adaptativo.

### Conclusiones

El perfil del paciente de nuestro Programa de Hospitalización es el de un/una adolescente con antecedentes psiquiátricos que ingresa de modo urgente por trastornos de conducta o riesgo autolítico. Permanece hospitalizado aproximadamente una semana, y se diagnostica con frecuencia de trastorno adaptativo.

## FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE NUEVA CREACIÓN.

Brotos Sanchez L, Mira Miró F.

USMI de Benidorm. Alicante

### Introducción

Presentación y descripción de una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI) de nueva creación, con un sistema de trabajo que facilita y agiliza la atención del menor, optimizando unos recursos de personal limitados.

### Objetivos

- 1- Descripción del Departamento de Salud donde se ubica la USMI.
- 2- Descripción del equipo multidisciplinar y de las funciones que realiza.
- 3- La importancia del Psiquiatra en la valoración inicial de todos los casos.
- 4- La importancia del trabajador social.

### Desarrollo

La USMI de Benidorm empieza a funcionar en Agosto del año 2004. La población del área que atendemos asciende a 197.348 habitantes.

La dotación de personal de la USMI de Benidorm es de un psiquiatra, encargado de la valoración inicial de todos los casos derivados a la unidad, aproximación diagnóstica, petición de pruebas complementarias o interconsultas y decisión sobre la necesidad de tratamiento farmacológico y/o psicológico, derivándose en tal caso al psicólogo; 1 psicólogo, que presta asistencia psicológica y realiza el psicodiagnóstico de así requerirse; 1 trabajador social, destacando su función de seguimiento escolar del menor y mediación con sus educadores; y 1 administrativo.

### Conclusiones

Mostrar la eficacia de un trabajo multidisciplinar en el que el Psiquiatra haga la primera entrevista y oriente el caso y el trabajador social aporte continuamente la información complementaria. Con este funcionamiento conseguimos que a pesar de contar con unos recursos de personal limitados, se esté atendiendo a un volumen de población elevado, con unos resultados satisfactorios, en términos de eficacia y mayor rapidez del proceso diagnóstico y terapéutico.



## 86 PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL DE JEREZ DE LA FRONTERA

Jáñez Álvarez M<sup>2</sup>, Rodríguez Fernández R<sup>1</sup>, Lillo Moreno C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED),

<sup>2</sup>Unidad de Salud Mental Infantil (USMI).Jerez de la Frontera.

Una de las principales dificultades con las que nos encontramos a la hora de estudiar la psicosis en niños es su baja prevalencia y la ausencia de criterios uniformes de diagnóstico, lo que conlleva problemas a la hora de adquirir conocimiento objetivos sobre dicha enfermedad. El interés de nuestro estudio se centra en describir, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV-R, los casos que se han dado en la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) de Jerez de la frontera durante el periodo comprendido entre los años 1994 y 2005. En concreto, la muestra está compuesta por 14 niños con edades entre los 3 y los 16 años, viendo un claro incremento en la incidencia a los 13-14 años. Un 29% vienen derivados por los servicios de atención primaria debido la presencia de sintomatología psicótica, mientras que en el 21% de los casos es el colegio quien da la voz de alarma al observar trastornos de conducta. Es destacable que el 57% de ellos ha sido visto previamente por un especialista, habiendo sido diagnosticado en un 7% de trastorno por déficit de atención / hiperactividad, en un 14% de trastorno generalizado del desarrollo y en un 21% de los casos con algún trastorno relacionado con el estado de ánimo o las emociones. Todo ello nos lleva a pretender unificar las evaluaciones en cuanto a las variables que sistemáticamente deben ser recogidas en este tipo de patología, intentando así reducir el número de diagnósticos previos erróneos.

## SINDROME DE SMITH-MAGENIS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

De Luxán De la Lastra A, Osorio Ramos JP, Burgos Marín R, Guijarro T.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

### Introducción

El síndrome de Smith-Magenis es un síndrome de genes contiguos bien definido, localizado en el cromosoma 17, con unas características clínicas y fenotípicas que permiten un diagnóstico precoz, de extrema relevancia para el posterior desarrollo del paciente.

### Objetivo

Describir, basándonos en una revisión de la literatura y a través de un Caso Clínico, las características diferenciales de este síndrome respecto a otros que también son causa de Retraso Mental,

### Material y Métodos

Presentamos el caso de un niño de 15 años en la actualidad, que acudió por primera vez a nuestro servicio a los 2 años, siendo diagnosticado de Retraso Mental Leve mediante la Escala de Desarrollo de Kaufman, con un Cociente de Desarrollo = 58. Presenta alteraciones conductuales características, como morderse las muñecas y masturbarse en público, un fenotipo peculiar, alteraciones del sueño e hiperactividad, por lo que con 11 años de realiza estudio citogenético, y se diagnostica un síndrome de Smith-Magenis.

### Discusión

Este síndrome presenta una incidencia de 1/25000, igual en ambos sexos, consistente en un fenotipo característico, con rasgos faciales peculiares, voz ronca, braquidactilia, talla baja, hipoacusia, neuropatía y retraso mental. Tiene un fenotipo conductual distintivo, con estereotipias, poliembolocoilomanía, hiperactividad, impulsividad, autoagresividad, trastornos del sueño y rasgos autistas. El síndrome de Smith-Magenis se origina por una deleción a nivel del cromosoma 17, lo que permite su diagnóstico de certeza y orientar el caso conociendo su evolución y pronóstico, aplicando el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico más adecuado.



## COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES TDAH MEDIANTE LA ESCALA CHILD BEHAVIOR CHECKLIST ( CBCL ) EN UNA MUESTRA PSIQUIATRICA AMBULATORIA

Brun L, Joga M, Porcar M, Querol M, Ventura E.  
Hospital Mútua de Terrassa.

### Introducción

El objetivo del estudio es describir la comorbilidad psiquiátrica mediante el CBCL de una muestra de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Pretendemos comparar los resultados obtenidos en nuestra muestra con los resultados de estudios previos de Biederman del 2005.

### Método

La muestra consiste en 60 niños y adolescentes de un centro de salud mental Infanto-Juvenil diagnosticados de TDAH mediante la Entrevista Semiestructurada Kiddie-Sads y determinadas pruebas neuropsicológicas ( WISC-R; Caras; MFF-20) realizadas por psicólogos clínicos entrenados. Se administra el cuestionario de Achenbach, 1991 para padres (CBCL).

### Resultados

Los resultados están en proceso de análisis estadístico.

## MÜNCHAUSEN POR PODERES(SÍNDROME DE MEADOW). A PROPÓSITO DE UN CASO.

Del Cerro Oñate M, González Navarro M, Salmerón Árias-Camisón J, Pérez Crespo F.

Centro de Salud Mental del Altiplano.Murcia

### Introducción

El síndrome de Meadow es una forma compleja de maltrato infantil, resulta difícil definirlo y hacer el diagnóstico diferencial con trastornos orgánicos. Tanto los pediatras como los psiquiatras infantiles deben estar atentos a esta patología y proteger al niño/a del sujeto causante.

### Objetivos

Estudiar las características clínicas, plantear y discutir el diagnóstico diferencial mediante diversos estudios, valorar la importancia de la detección-evaluación de riesgos en el ambiente familiar.

### Desarrollo

Exponemos el caso clínico de una niña de 7 años que durante el 2005 ha sido ingresada en cuatro ocasiones en el Servicio de Pediatría. Los diagnósticos en cada ocasión fueron distintos. Todos tuvieron en común la normalidad de los exámenes complementarios y la pronta mejoría en 24-48 horas. Además de frecuentes revisiones en Consultas Externas de Pediatría y múltiples consultas a otros Servicios de Urgencias de Centros de Salud ambulatorios y hospitalarios de localidades distintas a la propia.

En los últimos meses comienza con trastornos de conducta (quejas de los profesores en el colegio, absentismo escolar, mutismo selectivo, quejas reiteradas de la madre en busca de pruebas complementarias...), por lo cual se decide consultar al Centro de Salud Mental para evaluación y tratamiento.

### Conclusiones

Resulta fundamental estar atentos a este tipo de patología que no por infrecuente precisa menor atención y precisa la implicación e intervención multidimensional por parte de los profesionales de atención primaria, especializada, hospitalaria, servicios sociales, ...



## 88 ANÁLISIS DE CINCO AÑOS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA USMI DE CÁDIZ

De la Rosa C, Cano Mercedes.

Unidad de Salud Mental Infantil de Cádiz.

Las Unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Andalucía tienen como labor asistencial el atender a la población en un tercer nivel. Desde la apertura de la USMI de Cádiz, en el año 1989, se tomó la decisión de atender a la población de 0 a 5 años en un Segundo Nivel, por lo que los pacientes son derivados desde la Atención Primaria de Salud directamente al dispositivo especializado.

Se eligió este grupo de edad de cero a cinco años para realizar tareas de Prevención en Salud Mental, por medio del diagnóstico Precoz y la Atención Temprana como claramente lo demuestra la literatura internacional

Nuestro objetivo es analizar la demanda recibida desde el año 2000 al 2005; para ello se realiza un estudio descriptivo de las características de la misma, lugar de procedencia, motivo de Consulta, edades, sexo y motivo de consulta, entre otros. Para ello hemos utilizado una Hoja de Recogida de datos, en la que se vierten los datos elegidos de la Historia Clínicas.

Las conclusiones generales es que el total de la demanda desde Atención Primaria constituye un 45,8 % del Total de la demanda recibida durante el periodo de estudio. El Sexo corresponde a los niños en un 66% frente al 34% de las niñas. La edad de mayor frecuentación de la consulta a través de los Pediatras resultó ser los 4 años y el motivo frecuente de Consulta fueron los problemas de Conducta.

## LA CUSTODIA COMPARTIDA: UN NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA

Dorado Siles MI, Herrera Suárez MC, Sánchez Otero I.

USMI "H.U. Virgen del Rocío". Sevilla.

### Introducción

El proceso de separación conyugal, como suceso vital estresante, conlleva un desajuste general en todos los miembros de la familia, especialmente en los hijos.

Tras una ruptura las familias se enfrentan una y otra vez al mismo problema: ¿cómo puede un hijo continuar siendo educado por sus dos progenitores? ¿cómo podemos seguir ejerciendo la paternidad una vez que se ha acabado el amor de la pareja?.

La custodia compartida es una de las respuestas posibles a estas preguntas tan complejas.

### Objetivo general

Garantizar en los casos de custodia compartida que esa nueva familia responda a las necesidades del niño y del adolescente.

### Objetivos específicos

- Análisis de las relaciones familiares en el nuevo modelo familiar.
- Intervenciones enfermeras encaminadas a ofrecer herramientas cognitivas para afrontar los estados de estrés y ansiedad y ayudar a desarrollar estrategias y recursos para promover una vinculación y apego emocional adecuados.
- Diseñar protocolos específicos de trabajo con este tipo de familias.

### Desarrollo

Valoración de Enfermería que nos permita definir las condiciones en las que vive el niño:

- Entorno de cada progenitor (abuelos, amigos, familia cercana).
- Proximidad geográfica.
- Adaptar la alternancia a la edad del hijo.
- La elaboración del duelo.

### Conclusiones

Con este estudio hemos intentado reflexionar sobre la forma de abordar el trabajo de enfermería con familias que pasan por un proceso de separación conyugal y la manera de ayudar a los hijos a sobrellevar la crisis y a asegurar la continuidad de sus procesos de crecimiento, desarrollo y diferenciación.



## PSICOPATOLOGÍA EN HIJOS DE MADRES CON TCA

Simó Guerrero M, Martínez Sáez L, Martínez Díaz I.

Unidad de Salud Mental Infantil y del Adolescente del Hospital de La Ribera

### Introducción

En el presente estudio se han recopilado los datos respecto a la incidencia y clasificación diagnóstica en niños y adolescentes de madres diagnosticadas de TCA crónico. Hemos aislado la muestra en hijos de madres en tratamiento presente por su trastorno alimentario durante al menos 3 años. Los datos pertenecen a nuestra Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente.

### Objetivos

Con ello pretendemos observar las diferencias respecto a otros grupos asistidos en nuestra unidad, para considerar la posibilidad de factores específicos que favorecieran la aparición del tipo de clínica presentada. También se puede observar si la vulnerabilidad por variables genéticas o ambientales se refleja en un aumento de la incidencia o de la solicitud de asistencia en relación al resto de menores asistidos en nuestra unidad.

### Desarrollo

Hemos agrupado a los niños según la edad de primer contacto con nuestra Unidad. De esta forma encontramos 3 franjas de edad (de 6-9, de 10-13 y de 13-16) con diferentes diagnósticos según la edad de desarrollo.

### Conclusiones

Estadísticamente ni la incidencia (representada en la solicitud de asistencia con diagnóstico clínico) ni las clasificaciones diagnósticas se diferencian de las encontradas en el resto de menores asistidos, con padres sin problema psicopatológico conocido. Los motivos de asistencia son similares al grupo etario al que pertenecen según nuestros datos y los datos obtenidos en la bibliografía consultada, no pudiéndose por ello establecerse factores de vulnerabilidad genética o ambiental a través de la cristalización de trastornos psicológicos en estas edades.

# 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.

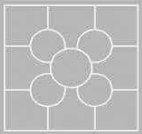
En las mesas redondas abordaremos tres temas diferentes de gran actualidad: Patología Postraumática, Trastornos de la Conducta Alimentaria, e introduciremos por primera vez en el seno de la AEPIJ una mesa específica sobre Psiquiatría Transcultural.

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 la defensa de los posters.

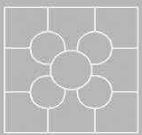
Y como cabía esperar, en una ciudad acogedora, dinámica, cultural y gastronómica como la nuestra, no nos hemos olvidado de estos aspectos. En el programa podréis encontrar más detalles, pero sólo un último consejo: traed ropa de gala, pero también de deporte (para los más intrépidos), querremos ofreceros 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



## XIIII reunión de AEPIJ



ASOCIACIÓN  
EUSKALDUNA  
JAUREGIA  
BILBAO  
EL FORO MUSEO  
DE LA MÚSICA

Asociación española de psiquiatría  
infanto-juvenil



# PROGRAMA PRELIMINAR

## JUEVES, 31 de MAYO:

### SALA A-3:

16.30h: ENTREGA DE DOCUMENTACION. BIENVENIDA.

### COLOCACION DE POSTERS

17 – 19.30h: 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:

❖ 9-11.30h. **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 Cruyllles (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)

❖ 11.30-12h: Café

❖ 12h: **INAUGURACION OFICIAL DE LA 42 REUNION DE LA AEPIJ**

❖ **CONFERENCIA INAUGURAL**

"Tratamiento psicoterapéutico del trauma en la infancia y adolescencia". Profra.

Lenore C. Terr (Universidad de California, San Francisco. USA)

❖ 13h: DEBATE

❖ 13.30-15h: Comida de trabajo

❖ 15-17h. **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)

Programas específicos de tratamiento psiquiátrico a niños y adolescentes inmigrantes.  
(Ponente pendiente de confirmar)

❖ 15-18.45h: **MESAS DE COMUNICACIONES LIBRES**

❖ 18.45-18.15h: **MESA DE DEFENSA DE POSTERS**

❖ 19.30h: **ASAMBLEA GENERAL DE AEPIJ**

❖ 17.15-19.15h: **MESA REDONDA: "TRASTORNOS DE LA CONDUCTA**

**ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA: ABORDAJE TERAPEUTICO"**

Moderador: Prof. Mariano Veilla (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:**

❖ 11-11.30h: **Café**

❖ 9-13.30h: **MESAS DE COMUNICACIONES LIBRES**

❖ 13h: **CONFERENCIA DE CLAUSURA**

**"El adolescente y la familia del siglo XXI". Prof. D. Javier Elzo (Bilbao)**

❖ 11.30-12h: **Café**

❖ 14.15h: **ENTREGA DE PREMIOS**

❖ 13.30-15h: **Comida de trabajo**

❖ 14.30h: **CEREMONIA DE CLAUSURA DE LA 42 REUNION DE AEPIJ**

**SABADO, 2 de JUNIO:**

**SALA A-1**

❖ 9-13h: **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)