

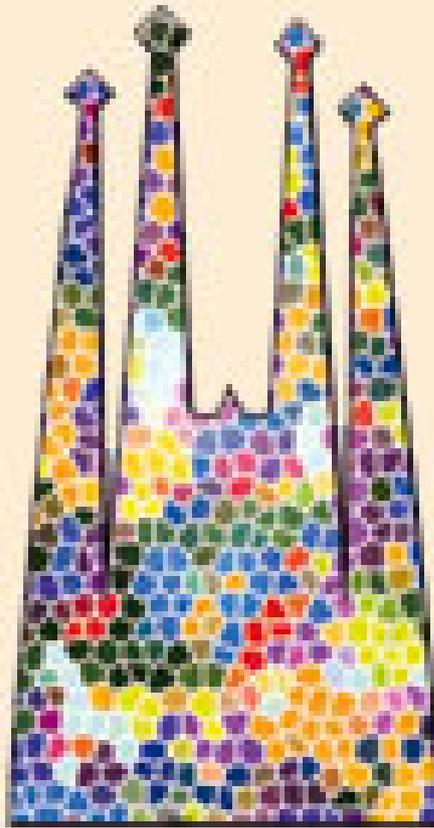
revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 29 • Número 2 • 2012

S  
U  
M  
A  
R  
I  
O

## ESPECIAL CONGRESO



# ANUNCIO SHIRE



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

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

### Secretaria

Belén Rubio Morell

## COMITÉ EDITORIAL

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

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

### Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez  
Apartado de Correos 2037  
23008 - Jaén  
[direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org)

Publicación trimestral  
Administración, suscripciones y publicidad:

editorial  
**SELENE**

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

## JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

**Presidenta:** María Dolores Domínguez Santos

**Vice-presidenta:** Concepción de la Rosa Fox

**Secretaria:** Aránzazu Ortiz Villalobos

**Tesorera:** Aránzazu Fernández Rivas

**Comisión Científica:** María Dolores Mojarro Práxedes

**Vocales:** María José Ruiz Lozano, Josefina Castro Fornieles y Tomás José Cantó Díez  
(administración de medios electrónicos)

## COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

M.D. Mojarro Práxedes ... *Presidenta*

*Comisión Científica AEPNYA*

T.J. Cantó Díez ..... *Vocal AEPNYA*

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

## PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez	V. López-Ibor Camós
J. de Moragas Gallisa	J. Rom i Font
C. Vázquez Velasco	J. Tomás i Vilaltella
L. Folch i Camarasa	J.L. Alcázar Fernández
A. Serrate Torrente	M. Velilla Picazo
F.J. Mendiguchía Quijada	M.J. Mardomingo Sanz
M. de Linares Pezzi	

### Copyright 2012

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

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

Depósito legal: B.41.588-90

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido  
30-R-CM

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

### IMPORTE

ESPAÑA ..... 90 €  
ESTUDIANTES/MIRES ..... 60 €  
EXTRANJERO ..... 180 \$

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

### ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial  
C/ Jeréz, 21  
28231 Las Rozas (Madrid)  
Tlf.: 91 6395965  
email: mpazle@seleneeditorial.com

### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....  
Dirección ..... N° ..... Piso .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Especialidad .....

FORMA DE PAGO:  CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO  
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....  
Banco ..... C/C N° .....  
Caja de ahorros ..... C/C N° .....  
Sucursal ..... Calle ..... N° .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Teléfono .....

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

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

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

revista de psiquiatría

# infanto-juvenil

Volumen 29 • Número 2 • 2012

C  
O  
N  
T  
E  
N  
T  
S



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

Patrocinadores:



Otsuka Pharmaceutical, S.A.



Rubió



Con el apoyo de:



SECRETARÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

C/ Pelai, 10, 1º 2ª B | 08001 Barcelona  
Tel: 932 427 714 | Fax: 933 188 002  
Aepnya2012@agora-events.com

Organizado por:



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

# PROGRAMA PRELIMINAR

57 Congreso de la Asociación Española  
de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

## *Biología y ambiente en el trastorno mental de niños y adolescentes*

Organizado por:



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

**AEPNYA 2012**  
**57 CONGRESO**



**BARCELONA**  
**10-12 MAYO**





Queridos compañeros,

*Después de catorce años, de nuevo vamos a celebrar un Congreso de nuestra Asociación en Barcelona. Hemos querido que su organización corra a cargo de profesionales que, trabajando en centros clínicos de la ciudad y su área metropolitana, han estado vinculados a la asociación durante años. En el período en que se llevaba a cabo la planificación del Congreso, se ha estado discutiendo en diferentes foros sobre si finalmente se aprobaría y desarrollaría la especialidad de Psiquiatría Infantil a partir de la declaración de intenciones en este sentido por parte del Ministerio de Sanidad. Ello es de una importancia trascendental tanto para el pleno desarrollo de esta disciplina en nuestro país, como para todos nosotros como profesionales. Nada nos gustaría más que este tema ya estuviera plenamente solucionado cuando nos encontremos en Barcelona y me consta que la asociación está trabajando y trabajará aún más para lograrlo.*

*Hemos escogido como lema del Congreso “Biología y ambiente en el trastorno mental de niños y adolescentes” para subrayar la importancia de dejar de lado antiguos planteamientos dicotómicos y potenciar un modelo interactivo que reconozca la complementariedad de ambos abordajes. Una parte importante de las mesas redondas se plantearán desde esta perspectiva. Esperamos que en conjunto el congreso resulte interesante y útil para todos, además de avanzado en sus planteamientos y contenidos.*

*Como incentivo añadido para vuestra asistencia también contamos con el atractivo de la ciudad de Barcelona que, aunque muchos conocéis, siempre reserva alicientes y novedades para los que repiten su visita. Cordialmente,*

El Comité Organizador



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



## COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidenta** Josefina Castro Fornieles  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona*

**Secretario** José Ángel Alda Díez  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

**Tesorero** Bernardo Sánchez Fernández  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

**Vocales** Rosa Calvo Escalona  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

José Eugenio de la Fuente Sánchez  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

Montse Dolz Abadía  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Sabel Gabaldón Fraile  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Xavier Gastaminza Pérez  
*Unidad de Paidopsiquiatría. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*

Amaia Hervás Zúñiga  
*Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa*

Luisa Lázaro García  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona*

Montse Pàmias Massana  
*Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell.*

Lluís San Molina  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Josep Toro Trallero  
*Profesor Emérito de Psiquiatría Universidad de Barcelona*

## COMITÉ CIENTÍFICO

Gloria Canalda Salhi  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

Josefa Canals Sans  
*Departamento de Psicología. Universidad Rovira i Virgili. Barcelona*

Josefina Castro Fornieles  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona*

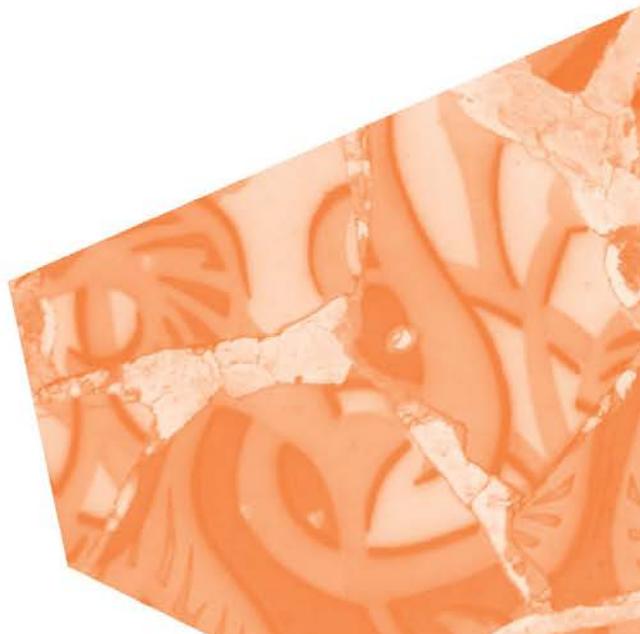
Maria del Claustre Jané Ballabriga  
*Departament de Psicologia Clínica i de la Salut Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona*

Luisa Lázaro García  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona*

M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes  
*Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla*

Bernardo Sánchez Fernández  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Josep Toro Trallero  
*Profesor Emérito de Psiquiatría Universidad de Barcelona*



## **JUNTA DIRECTIVA DE AEPNYA**

- Presidenta** M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos  
*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).  
Universidad de Santiago*
- Vicepresidenta** Concepción de la Rosa Fox  
*Unidad de Salud Mental Infantil.  
Hospital Universitario Puerta del Mar.  
Facultad de Medicina. Cádiz*
- Secretaria** Aránzazu Ortiz Villalobos  
*Unidad de Psiquiatría y Salud Mental de Niños y Adolescentes.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid*
- Tesorera** Aránzazu Fernández Rivas  
*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil.  
Hospital de Basurto. Bilbao*
- Vocales** Tomás José Cantó Díez  
*Unitat de Salut Mental Infantil.  
Servei de Psiquiatria. Hospital General Universitari d'Alacant-Hospital Universitari de Sant Joan d'Alacant*
- Josefina Castro Fornieles  
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM.  
Instituto de Neurociencias.  
Hospital Clínic de Barcelona.  
Universidad de Barcelona*
- María José Ruiz Lozano  
*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Servicio Murciano de Salud.  
Centro de Día Infanto-Juvenil. Murcia*

## **Presidenta Comisión Científica**

M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes  
*Dpto. Psiquiatría. Facultad de Medicina.  
Universidad de Sevilla*

## **Presidente Comisión de Publicaciones**

Óscar Herreros Rodríguez  
*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares.  
Hospital San Agustín. Jaén*



# JUEVES 10 DE MAYO

---

## 09:30-11:30 TALLERES

SÍNDROME DE RIESGO PARA PSICOSIS: EVALUAR Y DETECTAR PARA PREVENIR Y TRATAR

**Inmaculada Baeza Pertegaz**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona*

**Anna Sintes Estevez**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL

**Laura Mata Iturralde**

**Laura Muñoz Lorenzo**

*Fundación Jimenez Díaz. Madrid*

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESTRUCTURADOS DIRIGIDOS A NIÑOS CON TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS

**M<sup>a</sup> Teresa Ordeig**

**Aitana Bigorra Gualba**

*Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Mútua de Terrassa*

## 11:30-13:30 TALLERES

PROGRAMAS DE HHSS PARA PACIENTES DENTRO DE LOS TEA DE ALTO FUNCIONAMIENTO, NUEVAS PERSPECTIVAS

**María Díez Juan**

**Vanesa Padillo Marín**

*UETD - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona*

INTRODUCCIÓN AL USO DE LA TERAPIA BREVE CON NIÑOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS: Dos modelos de Terapia Familiar: la centrada en problemas y la orientada a soluciones

**Soraya Otero Cuesta**

*Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

**Mar Aparicio Sanz**

*Unidad de Salud Mental. Hospital Sierrallana. Torrelavega*

ADOPCIÓN, INSTITUCIONALIZACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA

**M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes**

**Rafaela Caballero Andaluz**

*Dpto. de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla*

## 13:30-15:30 TALLERES

DESARROLLO DEL MODELO ILAUGH DE MICHELLE GARCIA WINNER EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS SOCIALES DEL ADOLESCENTE Y ADULTO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

**Noemi Balmaña Gelpí**

**Marta Salgado Peña**

*Hospital Universitario Mutua de Terrassa*

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO: CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

**Montserrat Graell Berna**

**Angel Villaseñor Montarroso**

*Unidad de Trastornos de Alimentación. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente: diseño de un programa psicoeducativo de intervención grupal

**Maria Mayoral Aragón**

**Ana Belén Calvo Calvo**

*Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

---

## 16:00-17:00 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

¿AGONISMO PARCIAL ES SINÓNIMO DE EFICACIA  
TERAPÉUTICA PARCIAL?

Comunicaciones Orales

**Dr. Stahl**

*Adjunct Professor of Psychiatry at the University of California,  
San Diego. EE.UU*

**Moderador: Montse Dolz Abadía**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil.  
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Conferencia patrocinada por OTSUKA

## 17:00-18:00 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

EMOTIONAL AND SOCIAL IMPACT OF ADHD: TREATMENT  
OPTIMIZATION ON THESE CLINICAL OUTCOMES

Comunicaciones Orales

**Dr. Samuel Y. Chang, MD, FRCPC**

*Associate Professor. Department of Psychiatry. University of Calgary*

**Moderador: Marta García Giral**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil.  
Hospital Clínic de Barcelona*

Conferencia patrocinada por LILLY

## 18:00-18:30

Auditorio AXA

Inauguración Oficial

## 18:30-20:00 CONFERENCIA INAUGURAL

Auditorio AXA

¿SE DEBEN TRATAR LAS DEPRESIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTIDEPRESIVOS?

**Boris Birmaher**

*Department of Psychiatry. Western Psychiatric Institute and Clinic. Pittsburgh. EE.UU*

**Moderador: Josep Toro Trallero.**

*Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Barcelona*

## 20:00

Cena cóctel de Bienvenida en el Hotel NH Constanza

# VIERNES 11 DE MAYO

## 09:00-10:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

CONTINUIDAD ENTRE ESQUIZOFRENIA DE INICIO PRECOZ Y MUY PRECOZ Y ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA

**Coordinador:**  
**Bernardo Sánchez Fernández**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Área de Hospitalización. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Transición clínica

**Montserrat Dolz Abadia**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Impacto del consumo de sustancias

**Marta Pardo Gallego**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de conductas adictivas y primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Estudio longitudinal de neuroimagen

**Celso Arango López**

*Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

Sala Barcelona. NH Constanza

AVANCES EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRAUMA COMPLEJO Y CRÓNICO

**Coordinador:**  
**Prudencio Rodríguez Ramos**

*Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid*

Psicopatología compleja en menores maltratados con problemas graves de adaptación

**Prudencio Rodríguez Ramos**

*Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid*

El Estrés Postraumático Influye en el Desarrollo del Cerebro

**Víctor G. Carrion**

*Department of Psychiatry and Behavior Sciences. Stanford University*

Terapia Centrada en Estímulos Clave, fundamentos y características

**Paz Quijano Barroso**

*Fundación Alicia Koplowitz*

Sala Kursal. NH Constanza

RASGOS TEMPERAMENTALES. TRATAMIENTO EN LA INFANCIA, PREVENCIÓN EN EL ADULTO

**Coordinador:**

**Antonio Pelaz Antolín**

*CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

Temperamento: vulnerabilidad o protección

**Barbara De Clercq**

*Departamento de Psicología del Desarrollo, Personalidad y Social. Universidad de Ghent, Bélgica (\*)*

Evolución de la inhibición conductual hacia el trastorno de personalidad por evitación

**Sergi Ballespi Sola**

*Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona*

Tratamiento centrado en la persona. Implicaciones de conocer el temperamento

**Antonio Pelaz Antolín**

*CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

*\*Ponencia en Inglés sin servicio de traducción simultánea*

## 10:30-12:00 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

BIOLOGIA Y AMBIENTE EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE

**Coordinadora:**

**Arantza Fernández Rivas**

*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao*

Biología y etiología

**Dr. José Ramón Gutiérrez Casares**

*Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz*

Ambiente y etiología: apego precoz y trauma

**Arantza Fernández Rivas**

*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao*

Ambiente y tratamiento: Terapia dialéctica conductual

**Carmen Sánchez Gil**

*Programa TLP. Centres Dr. Emili Mira. INAD. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.*

Sala Barcelona. NH Constanza

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

**Coordinadora: Rosa Calvo**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

Diagnóstico del TEA en niñas y adolescentes. Características clínicas y diagnóstico diferencial

**Noemí Balmaña**

*Unidad de salud mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa*

Neuroimagen en TEA. Diferencias de género

**Mara Parellada**

*Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

“Afrontar la adolescencia”. Un programa para mejorar el desarrollo psicosexual y las relaciones de los adolescentes con TEA

**Rosa Calvo**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

Sala Kursal. NH Constanza

COMUNICACIONES ORALES QUE OPTAN A PREMIO

## 12:00-12:30

Pausa Café

# VIERNES 11 DE MAYO

---

## 12:30-13:30 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

NAVIGATING ADHD THROUGH ADOLESCENCE: ABOUT THE BRAIN, GENES AND CLINICAL CARE

Comunicaciones Orales

**Jan K. Buitelaar**

*Radboud University Nijmegen Medical Center. Donders Institute of Brain, Cognition and Behavior. Dept of Cognitive Neuroscience. Nijmegen*

**Moderador: Jose Ramón Gutiérrez Casares**

*Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz*

Conferencia patrocinada por JANSSEN

## 13:30-14:30 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE LA VIDA Y PSICOPATOLOGÍA

Comunicaciones Orales

**Dra. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo**

*Psiquiatra infantil y Presidenta de Honor de la AEPNYA*

**Moderador: José Ángel Alda**

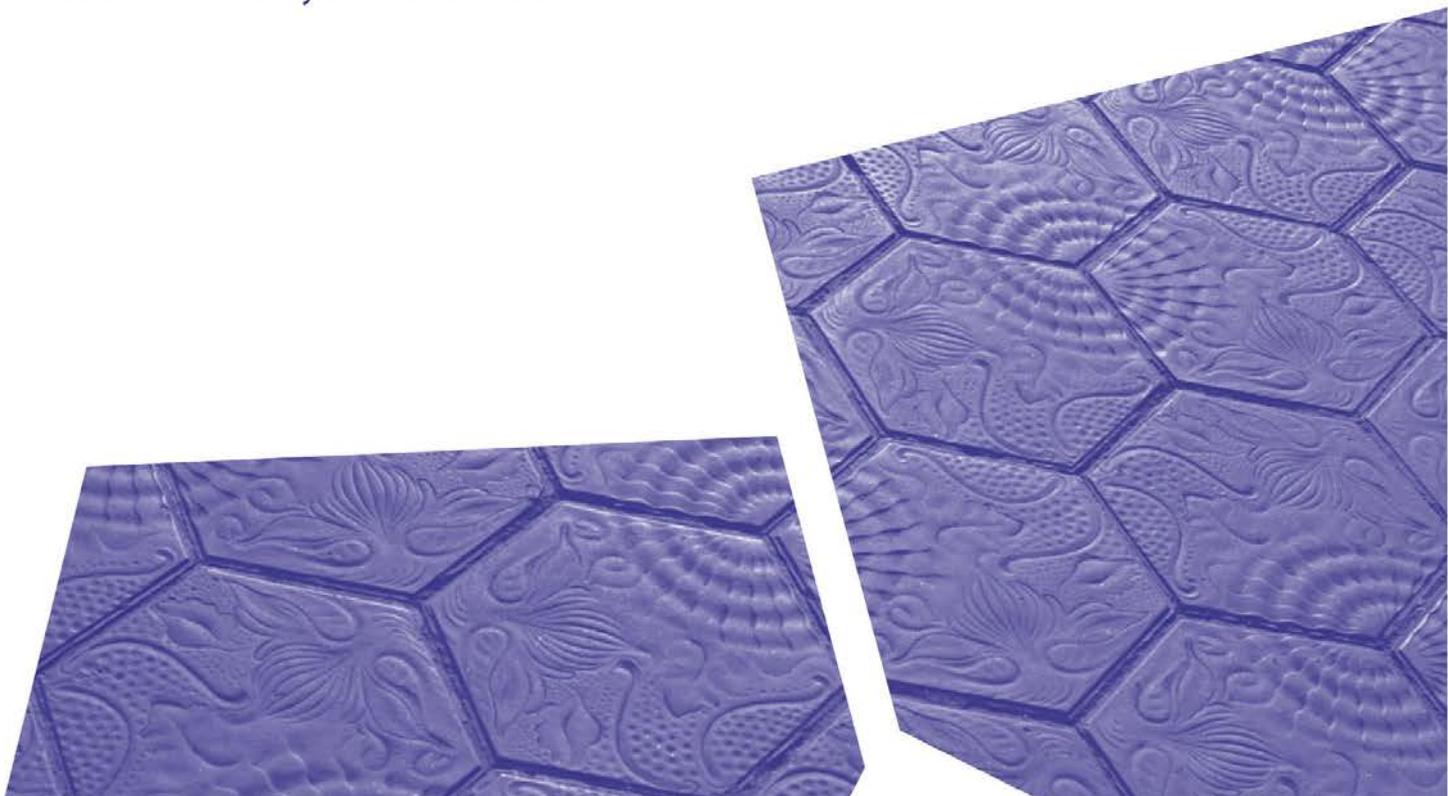
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Conferencia patrocinada por SHIRE

## 14:30-16:00

NH Constanza

Sesión de Pósters y almuerzo cóctel



## 16:00-17:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

**Coordinador:**

**Celso Arango López**

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

Unidad de hospitalización infanto-juvenil del Hospital Clínico de Valladolid

**Carmina Ballesteros Alcalde**

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital Clínico de Valladolid

Unidad de hospitalización infantil y juvenil del Hospital Clínic de Barcelona

**Luisa Lázaro García**

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona

Unidad de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

**Dolores Maria Moreno Pardo**

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

Sala Barcelona. NH Constanza

ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN LOS TEA (TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA)

**Coordinadora:**

**Marta Maristany**

UETD. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Explorando las bases genéticas de los TEA

**Bru Cormand**

Grupo de investigación de neurogenética. Facultad de Biología. Universidad de Barcelona

Substancias químicas en el ambiente y maduración cerebral. El caso de los TEA

**Jordi Sunyer**

Universitat Pompeu Fabra. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Center for Research on Environmental Epidemiology. Fundación IMIM. Barcelona

TEA en el DSM5 y Heterogeneidad fenotípica

**Amaia Hervás**

Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona

Sala Kursal. NH Constanza

DE LA GENÉTICA A LA INTERVENCIÓN EN TCA

**Coordinador:**

**José Mariano Velilla Picazo**

Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza

El polimorfismo -1438A/G del promotor del gen receptor de serotonina 5HT2A en adolescentes con Anorexia Nerviosa Restrictiva

**Paloma Gil Puga**

Fundación Andrea Prader. Zaragoza

Estudio gemelar de TCA en la comunidad valenciana

**Luis Rojo Moreno**

Sección de Psiquiatría Infantil. Unidad de TCA. Hospital La Fe. Universidad de Valencia

Intervención comunitaria en TCA y sobrepeso en el Norte de España

**Pedro Manuel Ruiz-Lázaro**

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS

## 17:30-19:30

Auditorio AXA

Asamblea AEPNYA

## 21:00

Cena en el Museu Picasso

# SÁBADO 12 DE MAYO

## 09:00-10:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

**TDAH: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS, IMPACTO FUNCIONAL Y APLICACIÓN CLÍNICA**

**Coordinador: Cesar Soutullo**

*Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

**Neuroimagen en TDAH en edad infantil y adolescente**

**Oscar Vilarroya**

*Unitat de Recerca en Neurociència Cognitiva (URNC). Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Factores genéticos implicados en el TDAH en la infancia: Papel del sistema dopaminérgico**

**Marta Ribasés**

*Servicio de Psiquiatría. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.*

**TDAH: Desde el genotipo al fenotipo. Implicaciones clínicas**

**Amaia Hervás**

*Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona*

Sala Barcelona. NH Constanza

**DIFERENTES ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO INFANTO-JUVENIL**

**Coordinadora:**

**Inmaculada Baeza Pertegaz**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona*

**Síntomas positivos: tratamiento de casos resistentes**

**Itziar Flamarique**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona*

**Abordaje multidisciplinar del tratamiento de los síntomas negativos**

**Àngels Piera**

*Hospital de Día Infanto-Juvenil de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme*

**El papel de la rehabilitación cognitiva**

**Olga Puig**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona*

Sala Kursal. NH Constanza

**PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMÁTICA: LA INTERCONSULTA EN PSIQUIATRIA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA O PAIDOPSIQUIATRIA DE ENLACE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

**Coordinador:**

**Sabel Gabaldon Fraile**

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

**La Paidopsiquiatría psicósomática: Pasado**

**Óscar Herreros Rodríguez**

*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares, Hospital San Agustín. Jaén*

**La Paidopsiquiatría psicósomática: Presente**

**Xavier Gastaminza Perez**

*Paidopsiquiatría psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. UAB. Barcelona*

**La Paidopsiquiatría psicósomática: Futuro**

**Belen Rubio Morell**

*Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Infanto Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife*

## 10:30-11:00

Pausa Café

## 11:00-12:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Coordinadora:**

**María Dolores Domínguez Santos**

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).  
Universidad de Santiago

La evaluación de la competencia en el adolescente

**Montserrat Esquerda Aresté**  
CSMIJ de Lleida

La confidencialidad en la relación terapéutica

**Núria Terribas i Sala**

Instituto Borja de Bioética.  
Universidad Ramon Llull.  
Barcelona

Aspectos éticos de la investigación psiquiátrica con niños y adolescentes

**Sabel Gabaldón Fraile**

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil.  
Hospital Sant Joan de Déu.  
Barcelona

Sala Barcelona. NH Contanza

CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA, NEUROBIOLOGÍA, CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

**Coordinadora:**

**Montse Pàmias Massana**

Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Neurobiología del suicidio

**Victor Pérez Sola**

Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.  
CIBERSAM. Barcelona

Epidemiología y clínica de la conducta suicida en la adolescencia

**Rebeca Gracia Liso**

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Abordaje terapéutico de la conducta suicida en pacientes adolescentes. Programa de intervención

**Joaquim Puntí Vidal**

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Sala Kursal. NH Contanza

TRASTORNOS ALIMENTARIOS INFANTILES (FEEDING DISORDERS)

**Coordinador:**

**Gonzalo Morande Lavin**

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

Diagnóstico y Seguimiento Nutricional

**Consuelo Pedrón**

Servicio de M. Digestivo y Nutrición. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Tratamiento Psicológico y Trabajo con padres

**Beatriz Sanz**

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

Tratamiento Multidisciplinar de los Trastornos de Alimentación de la Primera Infancia

**Francisca Gonzalez**

Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

## 12:30-14:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA

Auditorio AXA

AVANCES RECIENTES EN LA COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL TOC PEDIATRICO: INNOVACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

**David Mataix-Cols.** King's College London, Institute of Psychiatry. Londres. Reino Unido

**Moderador: Luisa Lázaro García**

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona

## 14:00-14:30

Auditorio AXA

Entrega de Premios y Clausura

# INFORMACIÓN GENERAL

## FECHAS

Del 10 al 12 de mayo de 2012

## SEDES

Auditorio AXA  
Avda. Diagonal, 547  
08029 Barcelona  
Tel. 932 901 102  
www.auditori.axa.es

Hotel NH Constanza  
C/ Deu i Mata, 69-99  
08029 Barcelona  
Tel. 932 811 500  
www.nh-hotels.com



## SECRETARIA TÉCNICA ANTES Y DESPUÉS DEL CONGRESO

Agora Events  
C/ Pelai, 10, 1º 2ª B  
08001 Barcelona  
Tel. 932 427 714  
Fax: 933 188 002  
agora@agora-events.com  
aepnya2012@agora-events.com  
www.agora-events.com

## SECRETARIA TÉCNICA DURANTE EL CONGRESO

Auditorio AXA  
Avda. Diagonal, 547  
08029 Barcelona  
Tel. 691 788 830

## HORARIO DE LA SECRETARÍA

Jueves, 10 de mayo: de 08:00 a 21:00  
Viernes, 11 de mayo: de 08:00 a 20:00  
Sábado, 12 de mayo: de 08:30 a 15:00

## DISTINTIVOS

Para una mejor organización será obligatorio llevar siempre el distintivo de manera visible.

Sólo se permitirá el acceso a las salas donde se celebren los distintos actos científicos a las personas acreditadas como congresistas.

## PUNTUALIDAD

Para una mejor organización del Congreso y el correcto desarrollo de los actos, se ruega la máxima puntualidad en la asistencia a las sesiones científicas.



## **CERTIFICADO Y DIPLOMA DE ASISTENCIA**

La organización entregará a todos los asistentes un certificado de asistencia junto con la documentación del congreso.

Los diplomas de asistencia donde constan los créditos otorgados por el Consejo Catalán de Formación Continuada y por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, serán entregados el sábado 12 de mayo.

La asistencia a las sesiones se controlará mediante lectores de Código de barras.

Los ponentes podrán solicitar también su certificado de ponente.

## **CAPACIDAD DE LAS SALAS DE CONFERENCIAS**

El congreso de la AEPNYA 2012 utiliza varias salas de conferencias de manera simultánea, no pudiendo garantizar disponibilidad de asientos en cada una de las sesiones. Rogamos acudan a la sala de conferencias con antelación suficiente para garantizar su plaza.

## **ZONA WI-FI**

Los asistentes dispondrán de cobertura WI-FI en las zonas comunes del auditorio AXA, la secretaría informará a los asistentes de la clave de acceso.

## **SERVICIOS DE RESTAURACIÓN**

Los servicios de restauración incluidos en la cuota de inscripción son:

**SERVICIO DE CAFÉ (Pausa Café):** Se servirán en las zonas comunes del auditorio AXA y en la zona de exposición comercial ubicada en el hotel NH Constanza.

**CENA DE BIENVENIDA:** Cena cóctel servida en la zona de exposición comercial del Hotel NH Constanza el jueves 10 de mayo a las 20:00 horas.

**ALMUERZO CÓCTEL:** Se servirá en el Hotel NH Constanza en la zona de exposición comercial el viernes 11 de mayo a las 13:00 horas.

**CENA CONGRESO:** Tendrá lugar en el Museo Picasso de Barcelona. Se servirá una cena cóctel a partir de las 21:00 horas.

## **PREMIOS A PÓSTERS Y COMUNICACIONES**

Premios a las mejores comunicaciones:

1º Premio: 1.000.- €

2º Premio: 800.- €

Premios a los mejores pósters:

1º Premio: 800.- €

2º Premio: 400.- €



# INSCRIPCIONES

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Antes de 1 de abril	A partir del 1 de abril
Socios AEPNYA	400 €	450 €
No socios	475 €	525 €
Médicos y Psicólogos en Formación (MIR y PIR) y Enfermería (1)	300 €	350 €
Estudiantes (1)	150 €	200 €

(1) Médicos y Psicólogos en Formación (MIR y PIR), Enfermería y Estudiantes: Para acogerse a estas cuotas, por favor adjunten fotocopia de documento acreditativo.

La cuota de estudiantes es aplicable a estudiantes de grado. El resto de estudiantes deberán acogerse a la cuota de Médicos y Psicólogos en formación.

### OPCIONES PARA INSCRIBIRSE

Internet: [www.barcelona2012.aepnya.org](http://www.barcelona2012.aepnya.org)  
Disponible inscripción ON-LINE y descarga de formulario en formato PDF.

E-mail: [aepnya2012@agora-events.com](mailto:aepnya2012@agora-events.com)

Correo: AGORA EVENTS. C/ Pelai, 10, 1º 2ª B.  
Barcelona 08001

*No se aceptará ninguna inscripción sin el correspondiente comprobante de pago*

### FECHA LÍMITE PARA ACOGERSE A LA CUOTA REDUCIDA

**1 de abril de 2012.** Antes de esta fecha la Secretaría deberá haber recibido tanto el formulario de inscripción como el pago.

### FECHA LÍMITE PARA INSCRIBIRSE ANTES DEL CONGRESO

**4 de mayo de 2012.** A partir de esta fecha, la inscripción deberá realizarse en el Auditorio AXA, en el mostrador de inscripciones.

### CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

La Secretaría no confirmará ninguna inscripción sin el correspondiente justificante de pago.

Una vez recibido el boletín de inscripción junto al pago correspondiente la Secretaría Técnica enviará por e-mail la confirmación de inscripción.

### CANCELACIONES Y CAMBIOS

Las cancelaciones deberán realizarse por escrito. Todas las cancelaciones recibidas antes del 1 de abril tendrán derecho a la devolución del 75% del importe abonado. A partir de dicha fecha no se realizarán devoluciones.

Los cambios de nombre tendrán un coste de 10€ en concepto de gastos administrativos.

# ALOJAMIENTO

La organización ha reservado un cupo de habitaciones en hoteles muy cercanos a la sede del congreso.

Dada la alta ocupación en Barcelona durante ese fin de semana por coincidir con la celebración de un importante acontecimiento deportivo, aconsejamos realicen sus reservas a la mayor brevedad posible.

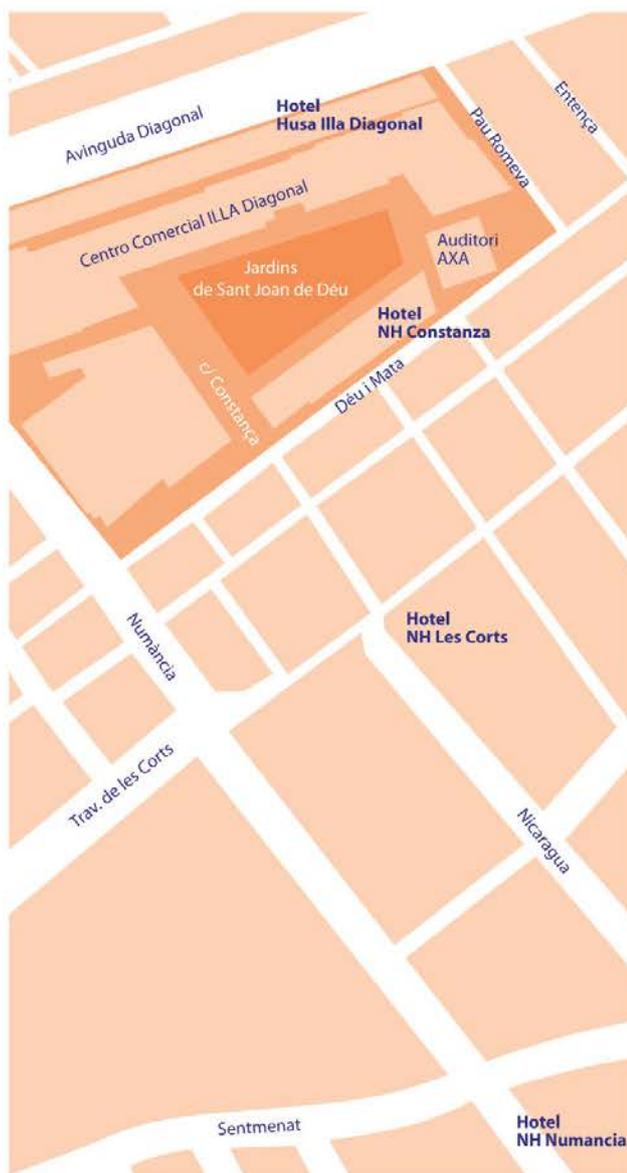
## SELECCIÓN DE HOTELES

*Precios por habitación y noche, desayuno e IVA incluido.*

	<b>SINGLE Room</b>	<b>DOUBLE Room</b>
NH Constanza****	161,00 €	179,00 €
Husa Illa Diagonal****	138,00 €	150,00 €
NH Numancia***	120,00 €	130,00 €
NH Les Corts Hotel***	120,00 €	130,00 €

Fecha límite para realizar reservas de habitaciones: **1 de Abril de 2012.**

La Secretaría Técnica no garantiza disponibilidad de habitaciones pasada esta fecha.







## JUEVES 10 DE MAYO

### 09:30-11:30 TALLERES

---

#### **SÍNDROME DE RIESGO PARA PSICOSIS: EVALUAR Y DETECTAR PARA PREVENIR Y TRATAR**

*Inmaculada Baeza Pertegaz. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona*

*Anna Sintés Estévez. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

---

#### **Introducción**

Desde hace más de 15 años, se está investigando sobre la fase temprana de desarrollo de los trastornos psicóticos, llegándose a plantear la inclusión del Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (SSPA) como nueva categoría diagnóstica en la próxima edición del manual de diagnóstico DSM-V (Nelson y Yung, 2010; Woods et al, 2010).

Así, según las hipótesis del neurodesarrollo y de la neurodegeneración (Bota et al, 2008), existiría un estadiaje (Clinical Staging Model) (McGorry et al, 2008), según el grado de progresión de la enfermedad, y situaría al sujeto en un punto de un continuum en el curso de la enfermedad. El primer estadio sería el de ultra-riesgo de psicosis; el segundo sería el primer episodio psicótico; y el tercero sería el periodo crítico (cinco años tras el primer episodio). Para identificar a los pacientes en el primer estadio serían necesarios marcadores clínicos y biológicos capaces de predecir qué sujetos presentarán un trastorno psicótico (McGorry et al, 2008). Según la hipótesis del neurodesarrollo (Weinberger, 1987), existiría en estos pacientes una vulnerabilidad biológica de base genética que conduciría a una combinación de anomalías estructurales, funcionales y/o bioquímicas en el desarrollo cerebral, detectables previamente a la eclosión del trastorno psicótico (Cornblatt et al, 2003). Esta etapa correspondería al primer estadio de la enfermedad o etapa de

alto riesgo clínico de psicosis (Cornblatt et al, 2003), pró-dromos (Klosterkötter et al, 2001) o síndrome de riesgo de psicosis (Correll et al, 2010).

En la última década, se están desarrollando programas y unidades especializadas para la identificación temprana e intervención terapéutica de los jóvenes con Síndrome de Riesgo de Psicosis (sujetos SRP). Los criterios más ampliamente utilizados para diagnosticar el SRP (Miller et al, 2002) requieren uno o más de los siguientes: a) presencia de síntomas psicóticos atenuados en los 12 meses previos; b) Síntomas Psicóticos Breves e Intermitentes (BLIPS), o c) tener un trastorno esquizotípico de la personalidad y un familiar de primer grado con trastorno psicótico, además de un marcado declive en la funcionalidad. Estos criterios son evaluados mediante entrevistas estructuradas para los síndromes prodrómicos tales como la SIPS/SOPS (McGlashan et al, 2003) y la CAARMS (Yung et al, 2002).

Algunos programas (Klosterkötter et al, 2001; Lencz et al, 2004; Addington et al, 2007) también enfatizan la identificación de otros síntomas, tales como los negativos atenuados y las alteraciones cognitivas.

Por otra parte, se sabe que alrededor del 35% de los sujetos de alto riesgo desarrollarán una psicosis durante los siguientes 12 meses a presentar los síntomas del SRP, aunque los porcentajes varían entre los distintos estudios



(Mason et al, 2004; Yung et al, 2008). La desaceleración de la tasa de transición a psicosis encontrada en estudios de más amplio seguimiento sugiere que los programas de identificación e intervención temprana pueden ser efectivos tanto en la reducción del riesgo como en el retraso de la aparición de la psicosis (Yung et al, 2008).

### Objetivos

El objetivo general del taller es la adquisición de los conocimientos y las habilidades básicas para la identificación y el diagnóstico precoz en las fases prodrómicas de los trastornos psicóticos. Se propone, en primer lugar, la adquisición de los conocimientos teóricos básicos sobre los estados mentales de alto riesgo, con énfasis en el conocimiento de los distintos criterios propuestos tanto en el ámbito clínico como en la investigación. En segundo lugar, se pretende la familiarización del alumno con los distintos instrumentos de entrevista desarrollados hasta la actualidad para guiar en el proceso de identificación y diagnóstico. El tercer objetivo es la práctica en

el uso de estos instrumentos y con las dificultades que conlleva el diagnóstico de esta entidad clínica (ambigüedades, solapamientos con otras entidades clínicas, etc.).

### Procedimientos y metodología

El taller se divide en dos partes. En la primera se desarrollará una introducción teórica sobre el concepto de pródromo, sus distintas nomenclaturas, los criterios propuestos, etc. En una segunda parte se presentarán las entrevistas de valoración y diagnóstico, facilitando la familiarización de los alumnos con la entrevista SIPS-SOPS. Se presentará material clínico – audiovisual consistente en grabaciones de pacientes reales con el que los asistentes podrán observar las entrevistas administradas por clínicos especialistas. Se pondrá énfasis en la interacción entre asistentes y la discusión de las evaluaciones. El taller va dirigido especialmente a clínicos en formación interesados en desarrollar un conocimiento teórico-práctico sobre esta entidad diagnóstica que centrará la atención en el ámbito de la psicosis en los próximos años.

---

## PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL

*Laura Mata Iturralde*

*Laura Muñoz Lorenzo*

*Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

---

En la asistencia pública, la presión asistencial es muy elevada, lo que se traduce en una menor frecuencia asistencial y en ocasiones en intervenciones iatrogénicas. Desde esta dificultad y desde la creencia del beneficio terapéutico del setting grupal, surge la necesidad de utilizar encuadres que optimicen los tiempos y nos permitan generar cambios en situaciones en las que la inmovilidad puede contribuir a la cronificación de los cuadros.

La adolescencia constituye un momento de crisis en sí misma, tanto para el adolescente, como para la familia y el entorno social cercano que lo rodea. El adolescente se ve sumergido en una explosión de cambios biológicos y cognitivos, que dan un vuelco a su identidad infantil,

y contribuyen al choque con las posiciones parentales, aceptadas hasta el momento. La familia puede reaccionar en esta diatriba desde la morfofostasis, sin aceptar el cambio y esperando que sea el adolescente el que vuelva a modos más “sumisos” de comportamiento, mapa perfecto para la eclosión de patologías afectivas y conductuales, o puede tratar de adoptar una postura morfogenética, entendiendo el paso a la edad adulta de uno de sus miembros, y generando cambios al respecto.

El grupo de iguales cobra una importancia vital en esta época, convirtiéndose en el patrón de comparación de los propios comportamientos y emociones, por lo que será dentro de este contexto donde con mayor frecuencia se



confrontarán los problemas y dificultades, y donde como terapeutas podremos trabajar acercándonos más a las inquietudes del menor.

Por tanto, el trabajo en grupo constituye una fuente inagotable de riqueza en esta etapa, es en este contexto donde los cambios se producen con una mayor rapidez y generan un mayor afianzamiento.

Nuestra experiencia en psicoterapia de grupo con adolescentes es de tres años, en este tiempo hemos ido introduciendo modificaciones en función de lo observado, de modo que la organización inicial ha cambiado notablemente.

Hay criterios que han permanecido estables en estos años, uno de ellos ha sido el de la heterogeneidad grupal, en la que creemos como más eficaz frente a los grupos monográficos, otro criterio ha sido el temporal, siendo nuestros grupos de duración de 9 meses. Por último se trata de grupos abiertos, pudiendo salir o entrar pacientes en cualquier momento del tratamiento.

Algo que ha ido cambiando en nuestros grupos ha sido el criterio de inclusión en los mismos, en un primer momento nuestro trabajo abarcaba adolescentes de entre 14 a 17 años, agrupándolos en función de la gravedad. De este modo creamos dos niveles, a los que llamamos de forma algo artificial “leves” y “graves”. Progresivamente fuimos observando que pacientes mas graves podrían beneficiarse de la presencia de pacientes mas leves, así vimos en el caso de algunos de estos pacientes como realizaban “apuestas por la salud”, tratando de asemejarse a sus compañeros y llevando a la práctica los consejos que se les planteaban, lo que nos hizo reflexionar sobre la utilidad terapéutica de esta la variabilidad psicopatológica. Otro de los motivos que nos hizo cuestionarnos este punto, fue el hecho de que aunque se trate de apenas 4 años, las problemáticas, dificultades y modos de pensamiento parecía que cambiaban significativamente en función de la edad.

De este modo en un segundo momento decidimos agrupar a nuestros pacientes en función de la edad, y no de la gravedad de la patología, por lo que pudimos observar con total nitidez las diferentes temáticas y patologías

que se planteaban en función de este criterio. Incluimos aquí también, un grupo de “preadolescentes”, por lo que la riqueza de observación se hizo aún mayor.

En el grupo de preadolescentes (de 9 a 12) nos encontramos cuadros con predominio conductual, siendo muy frecuentes también las dificultades atencionales. Respecto al “choque” con el contexto familiar, aparecía sintomatología derivada de conflictos conyugales en los que los menores eran triangulados. En este grupo se reducía el tiempo de “círculo”, es decir, de psicoterapia abierta, dedicando los 15 primeros minutos a trabajar técnicas de relajación.

En el segundo grupo de edad, (de 13 a 15) comenzaban a surgir conflictos de individuación respecto al núcleo familiar, aunque la sintomatología evidente se mantenía todavía desde lo externalizante, persisten todavía problemática con los límites y las normas, y empezábamos a observar también cuadros de ansiedad asociados a la autoexigencia, e indicios iniciales de patologías mas adultas.

En el grupo de los adolescentes mayores (de 16 a 18), la variabilidad psicopatológica era la norma, encontrándonos las señales tempranas de futuros trastornos de personalidad, cuadros ansioso-depresivos, TOC y patología alimentaria.

Un apartado importante que hemos ido observando en este tiempo es la presencia cada vez mayor en nuestros grupos, sobre todo a partir de los 14 años, de pacientes adoptados, presentando sintomatología común como los trastorno del control de los impulsos, en forma de robos, problemas alimentarios, conductas sexuales de riesgo y autolesiones.

Nuestro mapa epistemológico es el sistémico, por lo que todo el trabajo grupal debe ir apoyado por el trabajo adicional con la familia, constituyendo un punto fundamental para que se afiancen y mantengan los cambios a largo plazo, por ello incluimos dentro de nuestra intervención con pacientes, al menos 2 sesiones anuales grupales con las familias.



## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESTRUCTURADOS DIRIGIDOS A NIÑOS CON TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS

*M<sup>a</sup> Teresa Ordeig*

*Aitana Bigorra Gualba*

*Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Mútua de Terrassa*

---

El uso de programas de intervención estructurados que hayan demostrado eficacia en los trastornos psiquiátricos de la infancia y la adolescencia es cada vez más una imperiosa necesidad, especialmente en los trastornos por conductas perturbadoras, que son muy frecuentes en la población infantil y de mal pronóstico.

En el taller se presentan dos programas de intervención estructurados para niños con TDAH (RoboMemo®, Cogmed Working Memory Training™) y Trastornos de conducta (The Incredible Years Program,) que hemos aplicado en los últimos años en nuestro servicio y que han demostrado eficacia en publicaciones científicas.

RoboMemo® (Cogmed Working Memory Training™) es un entrenamiento cognitivo en Memoria de trabajo para niños con TDAH. Varios autores han sugerido que las dificultades cognitivas presentes en el TDAH se deben a un déficit en las Funciones Ejecutivas (Pennington y Ozonoff, 1996; Barkley, 1997; Rapport, 2000), y entre ellas, una de las que repetidamente se ha demostrado más deficitaria en este trastorno es la Memoria de trabajo. Basándose en evidencias previas que demuestran la eficacia de la práctica cognitiva sobre algunas funciones neuropsicológicas (Sohlberg y cols., 2000), Klingberg y colaboradores han desarrollado un programa de entrenamiento cognitivo en Memoria de trabajo computarizado (RoboMemo®, Cogmed Working Memory Training™) con 90 ensayos/día de Memoria de trabajo verbal y espacial de dificultad creciente, que deben realizarse 5 días a la semana durante 5 semanas. Este entrenamiento ha demostrado ser eficaz en la mejora de la Memoria de trabajo hasta 6 meses post entrenamiento (Holmes, 2009), así como sobre la Inhibición de respuesta, los síntomas clínicos nucleares del TDAH, y los problemas de conducta (Klingberg, 2005; Beck, 2010; Mezzacappa,

2010). Además, produce cambios en la actividad cerebral de sujetos adultos sanos, incrementando la activación en el córtex prefrontal y parietal, y facilitando la transmisión dopaminérgica (Olesen, 2003; McNab y cols., 2009).

“The Incredible Years Program” es un conjunto de programas altamente estructurados y validados clínicamente desarrollados en la Universidad de Washington por la Dra. Carolyn Webster-Stratton (1996). Consta de tres líneas de intervención dirigidas a Padres, Maestros y Niños. Se trata de un programa de eficacia demostrada en múltiples estudios clínicos y recomendado por la American Psychological Division 12 Task Force produciéndose cambios clínicos significativos en el 75% de casos y que además se mantienen en los estudios de seguimiento (Webster-Stratton C, Reid MJ y cols., 2001, 2004). Se dirige a niños entre 4 y 8 años de edad con un diagnóstico de TDAH, negativismo desafiante o sin diagnóstico cierto pero con problemas de autocontrol, agresividad, desobediencia y falta de habilidades sociales. El formato es tanto clínico como preventivo. Se fundamenta en la teoría de aprendizaje social de Gerald R. Patterson y en la teoría de la autoeficacia y modelado de Bandura. Se dirige a tres esferas: Emocional, Cognitiva y Comportamental. El programa para niños (“La Escuela de Dinosaurios”) utiliza el modelado mediante secuencias de videos – filmaciones en contextos naturales de casa y colegio- para ejemplificar los contenidos, la resolución de problemas y para facilitar el role play. Además en la adaptación realizada en el presente contexto clínico los padres están presentes a lo largo de las sesiones para facilitar la generalización y transferencia de los aprendizajes. Asimismo pueden comprobar de forma directa la eficacia de estrategias como la extinción o la atención positiva.



Los objetivos del programa son:

1. Entrenamiento en autorregulación emocional y autocontrol.
2. Incrementar las habilidades sociales.
3. Disminuir el comportamiento agresivo y los problemas de conducta.

Es un programa versátil y práctico con un manual del terapeuta completo y estructurado -pero que permite la

flexibilización -con sugerencias y actividades y también se distribuye en cada sesión información para los padres y tareas para casa. Se trata de un programa de entrenamiento dirigido a una etapa del desarrollo estratégica y un momento óptimo para facilitar la competencia social y evitar que los comportamientos agresivos se conviertan en patrones de conducta permanentes. Asimismo la observación directa del comportamiento social en grupo facilita el diagnóstico clínico de comorbilidades (como por ejemplo TEA).

---

## 11:30-13:30 TALLERES

---

### PROGRAMAS DE HHSS PARA PACIENTES DENTRO DE LOS TEA DE ALTO FUNCIONAMIENTO, NUEVAS PERSPECTIVAS

*María Díez Juan*

*Vanesa Padillo Marín*

*UETD - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona*

---

El término de Trastornos Generalizados del Desarrollo utilizado en el DSM-IV y la CIE 10 ha evolucionado de forma notable, en los últimos años, hacia una comprensión dimensional de los problemas de comunicación y socialización bajo el nombre de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), ya avanzado por L. Wing y J. Gould en el año 1979. El concepto de TEA permite entender el autismo “como un continuo más que como una categoría diagnóstica, como un conjunto de síntomas que se puede asociar a distintos trastornos y niveles intelectuales”. En cuanto a la epidemiología, los porcentajes recientes nos sitúan en 1/110 debido a la ampliación de las categorías clínicas y la aparición de instrumentos diagnósticos validados, entre otras causas. Los pacientes con alteraciones dentro de los TEA presentan dificultades significativas en el manejo de la comunicación e interacción social, al igual que un patrón de intereses restringidos. Dicha sintomatología nuclear estará condicionada, en mayor o menor medida, por su capacidad cognitiva y desarrollo del lenguaje. Independientemente de su nivel intelectual,

las personas dentro de los TEA tienen problemas a la hora de manejar habilidades sociales y presentan déficits en la comprensión de situaciones de interacción. “Estas alteraciones provocan aislamiento, rechazo por parte de los iguales, comorbilidades psiquiátricas afectivas y conductuales, y repercusiones en el rendimiento académico, sociofamiliar y profesional” (Maristany, 2012). En la actualidad, todavía existe desconocimiento acerca de la eficacia global que los grupos en habilidades sociales (Social Skills Group Intervention) tienen sobre los pacientes. En estudios recientes, se valora que este tipo de intervenciones, según refieren las familias, supone un incremento significativo en la consciencia social, motivación hacia la interacción y disminución de manierismos asociados al TEA (DeRosier et al. 2011). Por otro lado, generan un bienestar personal, en tanto en cuanto, la persona desarrolla un sentimiento de pertenencia social y una mejora en su autoestima con disminución de sintomatología ansiosa (Reaven et al. 2009) Sin embargo, existen mayores limitaciones cuando intentamos cuantificar la aplicación de



las estrategias terapéuticas en situaciones cotidianas. Estas limitaciones, parecen estar relacionadas con las dificultades que tienen los pacientes TEA para generalizar recursos de interacción e implementar espontáneamente aprendizajes sociales (Barry et al. 2003).

Previamente a implementar un programa de intervención en HHSS sería necesario considerar diversos factores de los pacientes (nivel de comunicación e interacción social, etc.) y realizar una distribución basada en una correspondencia de lenguaje, capacidades (cognitiva, nivel de insight, deseabilidad social, etc.), etapa de desarrollo e intereses propios. Se valora como imprescindible la creación previa de un programa estructurado que recoja las necesidades del grupo en cuestión y sea, a su vez, suficientemente flexible a sus particularidades, incluso a su momento vital y situacional. A partir de una revisión bibliográfica actualizada y de valoraciones basadas en la experiencia clínica, proponemos realizar una aproximación a los beneficios y limitaciones de la intervención grupal en HHSS para pacientes dentro de los TEA a través de la exposición estructurada de las estrategias y programas llevados a cabo desde la UETD. Entre los componentes para elaborar un programa de HHSS para pacientes dentro de los TEA destacan:

- Intervención social (SST- Social Skills Training): iniciación, negociación y mantenimiento social, uso e interpretación de conducta verbal y no ver-

bal en la comunicación (Fritz 2004), cognición social (comprendiendo los pensamientos y emociones de los demás, empatía (Blacher et al. 2003) y comunicación de experiencias afectivas (Gutstein & Whitney 2002).

- Teoría de la Mente (ToM- Theory of Mind): Falsa creencia, perspectivas personales (Ozonoff et al. 1999)
- Resolución de problemas (Problem Solving, Howlin 1999)
- Historias Sociales (Social Stories, Gray 1991)
- Pensamiento social (Social Thinking, Crooke 2007)
- Grupos psicoeducativos para padres en intervención social (Parent training on SST)
- School-based intervention (Bauminger 2002)
- Intervención social a través de iguales (Peer mediated intervention, Chan et al. 2009)

El desafío de cualquier programa en HHSS para pacientes dentro de los TEA con alto funcionamiento continúa siendo la generalización y el mantenimiento de las habilidades adquiridas dentro del setting terapéutico al contexto espontáneo natural (escuela, familia, ámbito laboral, etc.) y cómo poder implementar las estrategias que los mismos necesitan a través de la formación a todos los profesionales implicados en su educación y cuidados, así como a sus padres y familiares.

---

## INTRODUCCIÓN AL USO DE LA TERAPIA BREVE CON NIÑOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS: Dos modelos de Terapia Familiar: la centrada en problemas y la orientada a soluciones

*Soraya Otero Cuesta. Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

*Mar Aparicio Sanz. Unidad de Salud Mental. Hospital Sierrallana. Torrelavega*

---

### INTRODUCCIÓN

El modelo de Terapia Breve tiene como foco las interacciones, de forma que el problema identificado se considera en el marco más amplio de las interacciones familiares que se organizan alrededor del mismo. Se basa en la aplicación de un serie de técnicas orientadas a con-

seguir revertir las interacciones disfuncionales dentro del familia, bien sea centrándose en las soluciones utilizadas por la familia en un intento de resolver el problema, y que de hecho contribuyen a mantenerlo o lo empeoran (Modelo centrado en Problemas), o bien en aquellas soluciones que mejoran el problema pero que no se han utilizado los



suficiente como para resolver las dificultades (Modelo centrado en Soluciones).

Los modelos de Terapia Breve que vamos a trabajar, en el presente taller, aplican técnicas derivadas, fundamentalmente, del enfoque de la Terapia Familiar Estratégica del Mental Research Institute (Fisch, Weakland y Segal, 1984) y de la Terapia Centrada en Soluciones (De Shazer, 1986 y 1987; O'Halon y Weiner-Davis, 1990), y se basan en los siguientes aspectos teóricos:

- La teoría de la comunicación desarrollada por Watzlawick y colaboradores en el MRI establece los tipos básicos de interacción, la utilidad de identificar el tipo de patrón dominante en una relación ente dos individuos de la familia o entre cliente/paciente y terapeuta, así como al utilidad práctica de que el terapeuta modifique dicha posición para incrementar su capacidad de maniobra.
- La Teoría General de los sistemas (Bertalanffy, 1976) y el Constructivismo aplicado a la terapia (Watzlawick, 1979).
- Conceptos de cliente y paciente, que no siempre coinciden y que es importante diferenciar para decidir quien tiene la motivación para cambiar y con quien trabajar.
- Otro concepto que vamos a utilizar con frecuencia es el de la posición del cliente como el conjunto de ideas, atribuciones, valores, creencias y prioridades así como el marco cultural de referencia que trae el cliente. La posición del cliente es importante porque va a condicionar que cosas está dispuesto a hacer y en que no va a colaborar, para solucionar su problema.
- El uso del lenguaje es otro aspecto central de este modelo. La relación terapéutica se desarrolla a través del lenguaje entre el terapeuta y su cliente.
- Soluciones intentadas, definidas como aquellas conductas que realizan los miembros de la familia en un intento de resolver el problema, y que no funcionan, o incluso mantienen el problema.
- Excepciones: Identificar soluciones que sí resuelven el problema, es decir que cosas hacen el paciente o su familia en aquellas ocasiones en las que la queja mejora, y ayudar a amplificarlas y/o generalizarlas.
- Importancia de la primera sesión.

- Prescripciones y cambios mínimos: tareas que se proponen al cliente para hacer entre las sesiones.

La aplicación de la Terapia Breve ha mostrado su utilidad en el trabajo con niños adolescentes y familias sobre todo en el campo los Trastornos de conducta y en los Trastornos de la Conducta alimentaria en adolescentes, en el trabajo con familias inmigrantes multi-problema, e incluso algunos estudios sugieren la importancia de considerar la modificación de las interacciones familiares para mejorar los resultados de los tratamientos médicos, reducir gastos en hospitalización y mejorar la adherencia terapéutica. Aunque la evidencia clínica reconoce la utilidad de este modelo, son evidentes las dificultades para realizar investigación contrastada y generalizar estos hallazgos a la práctica habitual.

### Objetivos:

El presente taller tiene los siguientes objetivos:

1. mostrar mediante el uso de casos prácticos la utilidad de estas técnicas en el tratamiento de los problemas más habituales de niños y adolescente.
2. Poner en evidencia la flexibilidad y adaptabilidad de estas técnicas a otros modelos de intervención: uso de medicación, terapia cognitivo conductual, uso de la evaluación psicométrica, abordaje de casos graves, etc.

### Metodología del Taller:

La metodología para el presente taller es eminentemente práctica y se centra en los siguientes aspectos:

1. Breve introducción teórica para enmarcar y explicar los conceptos básicos como son: teoría de la comunicación, identificar al cliente, soluciones intentadas, excepciones, objetivos, cambios mínimos, tareas, posición del cliente/paciente, y uso de la sesión o de la intercesión como foco de cambios.
2. Se presentarán videos de pacientes para ilustrar los aspectos teórico-prácticos básicos del modelo.

Los participantes pueden aportar casos reales para su supervisión desde la perspectiva de este modelo y de esta manera valorar las aplicaciones prácticas de estas técnicas en los diferentes contextos y problemas.



## **ADOPCIÓN, INSTITUCIONALIZACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA**

*M<sup>a</sup> Dolores Mojarro Práxedes*

*Rafaela Caballero Andaluz*

*Dpto. de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla*

---

### **13:30-15:30 TALLERES**

---

## **DESARROLLO DEL MODELO ILAUGH DE MICHELLE GARCIA WINNER EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS SOCIALES DEL ADOLESCENTE Y ADULTO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

*Noemi Balmaña Gelpí*

*Marta Salgado Peña*

*Hospital Universitario Mutua de Terrassa*

---

Las personas dentro del Espectro del Autismo (TEA) presentan dificultades en la gestión relacional así como a menudo de autorregulación socio-emocional y conductual. Es una población vulnerable, en que conflictos sociales pueden desencadenar en descontroles conductuales por parte de la persona TEA gritando, rompiendo cosas y en ocasiones, con cuadros de agresiones.

La intervención en el grupo TEA de alto funcionamiento requiere un trabajo específico centrado en la comprensión social y desarrollo de estrategias que le permita entender qué sucede, cómo funcionan las relaciones sociales y cuándo y porqué utilizar ciertas estrategias relacionales.

El presente taller tiene como finalidad realizar una:

1) Aproximación del modelo ILAUGH desarrollado por Michelle García Winner bajo el marco teórico del “pensamiento social” en el que explica las múltiples habilidades y conceptos que hay que procesar y responder a

fin de tener éxito en la interacción social y resolución de conflictos personales. El modelo se basa en un enfoque del desarrollo y utiliza estrategias cognitivo – conductuales para enseñar conceptos básicos de pensamiento social como que: a) Lo que pensamos afecta a nuestra conducta; b) Podemos controlar y modificar lo que pensamos; c) Podemos modificar comportamientos a través CBT. El modelo ILAUGH tiene como finalidad trabajar la toma de conciencia de la persona TEA de que “tener pensamiento social” quiere decir compartir de forma eficiente un espacio con otro, pensar en los otros al compartir un espacio y aprender a auto regularse la propia conducta a lo que los otros piensan o a las expectativas de los demás. Hasta el momento muchas intervenciones TEA se dirigían a “enseñar habilidades sociales”, mientras que dicho modelo pretende ofrecer estrategias para que las personas sean “PENSADORES SOCIALES” reflexionando sobre el funcionamiento social. Las siglas “ILAUGH” hacen referencia a I (Iniciación); L (“Listening” Escuchar con los ojos y el cerebro); A (Abstraer e



inferenciar); U (“Understanding” Comprender la perspectiva de los demás; G (“Getting” captar la foto global (gestalt); H (Humor). Dan especial énfasis a los 4 pasos que todo grupo social debe de tener en cuenta acerca de la Perspectiva Social: 1. “Yo pienso algo sobre ti; tú piensas algo sobre mí”; 2. “Tengo que ser consciente de tus intenciones. Por qué te acercas a mí? Qué esperas de mí?”; 3. “Si estás pensando en mí, qué piensas acerca de mí?”; 4. “Yo soy capaz de manejar mi conducta de manera que soy capaz de que pienses lo que yo quiero que pienses de mí”. El programa consiste en 7 lecciones que se organizan para desarrollarse de una forma lúdica y divertida en grupo.

2) Desarrollo del programa “A 5 could make me lose control” de Kary Dunn Buron y basado en el marco teórico de “pensamiento social” dirigido al abordaje de los problemas de ansiedad que sufre el adolescente TEA.

Consiste en un instrumento que puede ayudar a la sistematización de la información social y emocional a través del desarrollo de situaciones estresantes que debe valorar la persona TEA de 5-1 para, posteriormente, intentar cambiar su modo de pensar y responder a las emociones de ansiedad, tristeza y rabia.

Para más información contactar con la web “social thinking”, donde se podrá acceder al material y programas que han desarrollado.

---

## TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO: CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

*Montserrat Graell Berna*

*Ángel Villaseñor Montarroso*

*Unidad de Trastornos de Alimentación. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

Los trastornos de alimentación de inicio temprano han experimentado un incremento durante la última década en las consultas de Pediatría y de Salud Mental. Desde la lactancia a la adolescencia existen una gran variedad de presentaciones clínicas lo cual, junto con que disponemos de criterios clínicos muy amplios y generales, dificulta el diagnóstico, sobre todo si atendemos a las clasificaciones actuales (Clasificación Internacional Enfermedades: CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, DSM-IV-TR).

Se expondrán, mediante casos clínicos, las diferentes manifestaciones clínicas tanto orgánicas derivadas de la desnutrición, como síntomas conductuales, psicopatológicos, neuropsicológicos, manifestaciones familiares y desadaptación social. Discutiremos las propuestas actuales de clasificación de los trastornos de alimentación en lactantes, edad infantil, edad escolar y pre-puberal: CIE-10<sup>a</sup>, DSM-IV-TR, Clasificación Zero to Three de

Trastornos de Alimentación, Clasificación de I. Chatoor para Trastornos de Alimentación del lactante y edad infantil, Clasificación Lask & Bryant-Waugh (Great Ormond Hospital) para la edad escolar y pre-puberal. Se revisarán, las nuevas propuestas de criterios diagnósticos para el DSM-V en estas edades.

Se elaborará, sobre un caso clínico, el diagnóstico multi-axial y evolutivo que incluye el trastorno alimentario específico, rendimiento cognitivo, los posibles síndromes mentales asociados, las complicaciones médicas derivadas o asociadas al diagnóstico principal, otras patologías médicas que sufra el niño, las características de la familia y su capacidad para el cuidado y la adaptación escolar y social.

Se propone una evaluación diagnóstica basada en aspectos biológicos, conductuales, psicopatológicos, cognitivos, familiares y sociales. Se practicarán las téc-



nicas de anamnesis al niño y la familia, exploración psicológica y física básica del niño, y psicométrica del niño y la familia (en entrevistas estructuradas y cuestionarios hetero y autoaplicados). Presentaremos un Protocolo de Evaluación Diagnóstica, elaborado con la experiencia de la Unidad de Trastornos de Alimentación de Inicio Temprano (UTAIT) del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Se ilustrará con la presentación de la evaluación diagnóstica de dos niños con trastorno de alimentación a los asistentes al Taller.

En la segunda parte del Taller propondremos:

(1) El tratamiento con las intervenciones terapéuticas específicas en los Trastornos de Alimentación de Inicio Temprano en la red sanitaria de atención primaria y salud mental. Se discutirán los criterios de enlace y derivación hospitalaria.

(2) El Protocolo de Intervención Terapéutica Multidisciplinar, de base bio-psico-social y familiar, elaborado en el contexto de un modelo de continuidad de cuidados con los dispositivos asistenciales que forman parte

de la UTAIT. Se realizara una exposición de los criterios de admisión en los diferentes programas de la UTAIT: Admisión de pacientes en hospital, Módulos de Atención Ambulatoria, Hospital de Día y Hospitalización. Discutiremos los principios y objetivos del tratamiento. Se expondrá la estructura organizativa y las diferentes intervenciones terapéuticas: (1) Biológica -especialmente las técnicas de re-alimentación adaptadas a las diferentes edades y tratamiento de las complicaciones médicas-, (2) Psicológicas individuales y grupales (psicoeducativas, conductuales, cognitivas) (3) la intervención Familiar grupal o individual y (4) Re-estructuración del vínculo cuidador-niño, que forma parte esencial del tratamiento de los trastornos de alimentación de inicio temprano.

Ilustraremos la exposición del tratamiento con la presentación de dos casos clínicos de diferente gravedad y edad que han precisado distinta intensidad de tratamiento.

Se proporcionara a los asistentes al Taller un dossier con el Protocolo de Diagnóstico e Intervención Terapéutica Multidisciplinar de la UTAIP.

---

## PIENSA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PSICOSIS ADOLESCENTE: DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

*Maria Mayoral Aragón*

*Ana Belén Calvo Calvo*

*Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital Universitario Gregorio Marañón.*

*CIBERSAM. Madrid*

---

### INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas ha crecido el número de intervenciones psicosociales en esquizofrenia. El uso de estas intervenciones se ha ampliado y dirigido a los trastornos psicóticos en sus primeras fases. Los programas de primeros episodios se fundamentan en estudios que demuestran la importancia de la intervención precoz para mejorar el pronóstico y evolución de estos trastornos.

En concreto, el programa PIENSA nace como estudio piloto basado en estudios previos que demuestran la importancia de la intervención precoz en primeros episodios psicóticos para mejorar el pronóstico y evolución de estos trastornos y en concreto, en estudios sobre la

utilidad del modelo psicoeducativo para mejorar la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas. Este taller propone el diseño de programas de intervención grupal para lograr un abordaje completo y eficaz de estas patologías en sus primeras fases.

### OBJETIVOS

1. Conseguir que los asistentes se formen en las distintas estrategias de intervención psicoeducativa para el abordaje de la psicosis de inicio temprano.
2. Discutir el diseño de un programa de intervención temprana en psicosis adolescente para padres e hijos.



3. Aprender las diferentes herramientas de intervención psicoeducativa en formato grupal llevadas a cabo en nuestro programa.

### **METODOLOGÍA DEL TALLER**

El taller será eminentemente práctico y se desarrollará en tres partes: Una primera parte de contenidos teóricos en que se realizará una breve introducción de los presupuestos teóricos y procedimientos de intervención psi-

coeducativa. Una segunda parte en la que se expondrá el diseño del programa PIENSA que se desarrolla en la Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital Gregorio Marañón y se ejemplificará en formato role-playing y una tercera parte en la que se mostrará un video de los grupos llevados a cabo en dicho programa en el que los participantes al taller podrán puntuar en un cuestionario la adherencia del terapeuta al modelo psicoeducativo.

---

## **16:00-17:00 CONFERENCIA (Auditorio AXA)**

---

### **¿AGONISMO PARCIAL ES SINÓNIMO DE EFICACIA TERAPÉUTICA PARCIAL?**

*Dr. Stahl. Adjunct Professor of Psychiatry at the University of California. San Diego. EE.UU*

*Moderador: Montse Dolz Abadía. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

*Conferencia patrocinada por OTSUKA*

---

Atypical antipsychotics differentiate themselves from typical antipsychotics because, in addition to being dopamine D<sub>2</sub> receptor antagonists, they are serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptor antagonists. Each individual atypical antipsychotic binds with different affinities to D<sub>2</sub> and 5-HT<sub>2A</sub> receptors, but the net effect is to have antipsychotic actions with reduced side effects compared to conventional antipsychotics. Chief among those side effects are extrapyramidal symptoms (EPS) and hyperprolactinemia.

The mechanism by which antagonism at 5-HT<sub>2A</sub> receptors reduces side effects is very complex and involves the increase of dopamine activity through glutamate and GABA neurons. By contrast, D<sub>2</sub> antagonism inhibits dopamine activity and this has long been held as the mechanism of all antipsychotics for treating psychosis. Given these contrary actions, the secret to the mechanism of atypical antipsychotics is the location of the antagonism of D<sub>2</sub> and 5-HT<sub>2A</sub> receptors in the brain. In the nigrostriatal dopamine pathway and in the tuberoinfundibular dopamine pathway, there is sufficient 5-HT<sub>2A</sub> antagonism

activity to stimulate dopamine release which reverses in part the unwanted EPS and hyperprolactinemia. This does not appear to occur in the mesolimbic dopamine pathway, as antipsychotic actions of atypical antipsychotics are just as robust as conventional antipsychotics.

While all atypical antipsychotics act on D<sub>2</sub> receptors, only a few, including aripiprazole, are partial agonists. Dopamine partial agonists theoretically bind to the D<sub>2</sub> receptor in a manner that is neither too antagonizing, like a conventional or another atypical antipsychotic (“too cold” with antipsychotic actions but extrapyramidal symptoms), nor too stimulating, like a stimulant or dopamine itself (“too hot” with positive symptoms of psychosis). Instead, a partial agonist binds in an intermediary manner (“just right” with antipsychotic actions but no EPS).

The other element which differentiates atypical antipsychotics from each other is their affinity for other receptors. For example, 5-HT<sub>1A</sub> receptor agonist or partial



agonist properties may further boost the reduced EPS quality of some atypical antipsychotics. This property is also thought to lend antidepressive effects. In addition, binding to histamine H<sub>1</sub> receptors may contribute to weight gain and sedation, while binding to muscarinic M<sub>1</sub> receptors is thought to lead to both dry mouth and sedation.

In summary, all atypical antipsychotics have dopamine D<sub>2</sub> and serotonin 5-HT<sub>2A</sub> antagonist properties. Dopamine D<sub>2</sub> receptor antagonism reduces psychosis and

5-HT<sub>2A</sub> receptor antagonism lessens EPS and hyperprolactinemia. Aripiprazole is unique because it is a partial agonist of the D<sub>2</sub> receptor and this “just right” binding property further reduces the potential for EPS. All atypical antipsychotics have numerous other binding properties which are linked to various clinical effects, but no two agents are identical. In conclusion, differences in binding properties are the most rational explanation for the differences in efficacy and tolerability in individual patients.

---

## 17:00-18:00 CONFERENCIA (Auditorio AXA)

---

### EMOTIONAL AND SOCIAL IMPACT OF ADHD: TREATMENT OPTIMIZATION ON THESE CLINICAL OUTCOMES

*Dr. Samuel Y. Chang. MD, FRCPC. Associate Professor. Department of Psychiatry. University of Calgary*

*Moderador: Marta García Giral. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona*

*Conferencia patrocinada por LILLY*

---

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno muy heterogéneo desde el punto de vista clínico. Su variabilidad clínica se ha expresado a través de la combinación de los síntomas nucleares, los síntomas provocados por la comorbilidad y los derivados o influenciados por los diferentes factores ambientales. La frecuente presencia de de comorbilidad adquiere en muchos casos una relevancia clínica y terapéutica superior al propio TDAH. Los trastornos del lenguaje y del aprendizaje se presentan comúnmente y se añaden a las dificultades académicas inherentes a los síntomas nucleares del trastorno. Los trastornos del estado de ánimo o los trastornos de la conducta son frecuentes, y por sí mismos modifican las manifestaciones clínicas del TDAH. Las personas con TDAH suelen tener una clara repercusión funcional en los ámbitos personal, familiar, académico y/o social, que condicionan importantemente su pronóstico y, por tanto, su abordaje terapéutico.

A la vista de los múltiples problemas asociados con TDAH, la importancia del tratar eficazmente el trastorno tan pronto como sea posible, es obvio. Actualmente disponemos de una amplia gama de opciones terapéuticas eficaces, incluyendo intervenciones psicoeducativas, consejo y entrenamiento a los padres, abordajes psicoterapéuticos como la terapia del comportamiento y también intervenciones farmacológicas, entre las cuales se encuentran los medicamentos estimulantes y más recientemente los no estimulantes. Los dos tratamientos más útiles por su eficacia y seguridad a las dosis recomendadas, y por tanto, de primera línea son: el metilfenidato y la atomoxetina.

La atomoxetina es un potente inhibidor del transportador presináptico de noradrenalina. Tras su administración oral alcanza su concentración plasmática máxima a las 2 horas, con una vida media de 4-19 horas, pero con un



tiempo de beneficio farmacológico más prolongado (24 horas), aunque no consigue un efecto terapéutico óptimo hasta pasadas 3-4 semanas. La dosis media de atomoxetina es de 1,2 mg/kg/día, con un rango entre 0,5 a 1,4 mg/kg/día (dosis máxima 100 mg/día), a administrar en una sola dosis. No existen diferencias significativas de eficacia, seguridad y tolerabilidad cuando se compara con el metilfenidato. Su uso en TDAH asociado a trastorno por tics o síndrome de Tourette, parece no empeorar los tics, incluso puede mejorarlos. Cuando coexisten TDAH y síntomas depresivos o trastornos de ansiedad, la atomoxetina parece mejorar ambos aspectos. No presenta síntomas de rebote o síndrome de abstinencia y tampoco ha demostrado potencial de abuso.

Además existe suficiente evidencia sobre los beneficios de atomoxetina en cuanto a aspectos funcionales y aquellos relacionados con la calidad de vida, tales como la autoestima, la propensión a actividades de riesgo, la regulación emocional, la relaciones interpersonales, con la familia, el desempeño escolar, etc., haciendo de atomoxetina el medicamento para TDAH más extensamente estudiado desde la perspectiva de calidad de vida.

## Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
2. Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd edition. New York, NY: Guilford Press, 2006
3. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005;366:237-48
4. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS Drugs*. 2010 Oct;24(10):843-66.
5. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, et al. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics* 2005;116:e364-9.
6. Montoya A, Hervas A, Cardo E, Artigas J, Mardomingo MJ, Alda JA, Gastaminza X, García-Polavieja MJ, Gilaberte I, Escobar R. Evaluation of atomoxetine for first-line treatment of newly diagnosed, treatment-naïve children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Curr Med Res Opin*. 2009 Nov;25(11):2745-54
7. Perwien AR, Kratochvil CJ, Faries DE, et al. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: What are the long-term health-related quality-of-life outcomes? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16:713-24
8. Prasad S, Harpin V, Poole L, Zeitlin H, Jamdar S, Puvanendran K; SUNBEAM Study Group. A multi-centre, randomised, open-label study of atomoxetine compared with standard current therapy in UK children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Curr Med Res Opin*. 2007 Feb;23(2):379-94
9. Svanborg P, Thernlund G, Gustafsson PA, Hägglöf B, Schacht A, Kadesjö B. Atomoxetine improves patient and family coping in attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in Swedish children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Dec;18(12):725-35. Epub 2009 May 23



---

## 18:30-20:00 CONFERENCIA INAUGURAL (Auditorio AXA)

---

### ¿SE DEBEN TRATAR LAS DEPRESIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTIDEPRESIVOS?

*Boris Birmaher. Department of Psychiatry. Western Psychiatric Institute and Clinic. Pittsburgh. EE.UU*

*Moderador: Josep Toro Trallero. Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Barcelona*

---

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad recurrente que en promedio se presenta en un 2% de los niños y un 10%-15 de los adolescentes. Este trastorno se manifiesta por depresión y/o irritabilidad persistente y otros síntomas emocionales, cognitivos y somáticos incluyendo varios grados de anhedonia, falta de concentración, baja o aumento del apetito, baja o aumento del peso, cansancio, falta de esperanza, e ideas o intentos de suicidio. Estos síntomas significativamente afectan el desarrollo normal y el funcionamiento psicosocial del niño y el adolescente. Si este trastorno no es identificado y tratado a tiempo puede aumentar el riesgo de otros problemas como el abuso de drogas y problemas académicos y conductuales, e incrementar el riesgo de suicidio.

El tratamiento del trastorno depresivo se divide en el tratamiento agudo, de continuación (para evitar recaídas) y de mantenimiento (para evitar recurrencias).

La mayoría de los estudios en niños son para el tratamiento agudo. Hay muy pocos estudios de continuación y no hay estudios de mantenimiento.

En este momento para el tratamiento agudo los tratamientos más eficaces para son la psicoterapia, particularmente la terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal, los inhibidores de la recaptación de la serotonina, o la combinación de ambos tratamientos. El uso

de cada de uno de estos tratamientos depende de variable en el niño, la familia y el ambiente como la severidad de la depresión, la presencia de síntomas psicóticos, la motivación del paciente y la familia y la disponibilidad y experiencia del clínico.

Una vez el niño o adolescente hay respondido al tratamiento agudo hay que continuar con el tratamiento por 6 a 12 meses para evitar las recaídas. Aunque no hay estudios de mantenimiento, algunos pacientes necesitan años de tratamiento para evitar las recaídas.

Como el trastorno depresivo mayor frecuentemente se acompaña de otros trastornos psiquiátricos como la ansiedad y el TDAH, también hay que manejar estos trastornos con psicoterapia y/o farmacoterapia para poder mejorar el funcionamiento del niño y evitar recaídas de la depresión.

Finalmente, dado que el trastorno depresivo mayor se trasmite en las familias y que los padres también pueden tener otros problemas (ej., ansiedad, abuso de drogas) hay necesidad de tratar a los padres para poder ayudar a los niños.

Esta conferencia resumirá el conocimiento actual sobre el trastorno depresivo mayor, con énfasis en el tratamiento agudo y la prevención de recurrencias.



# VIERNES 11 DE MAYO

## 09:00-10:30 MESAS REDONDAS

---

### **CONTINUIDAD ENTRE ESQUIZOFRENIA DE INICIO PRECOZ Y MUY PRECOZ Y ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA (Auditorio AXA)**

*Coordinador: Bernardo Sánchez Fernández. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Área de Hospitalización. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

#### **Transición clínica**

*Montserrat Dolz Abadía. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

---

Está ampliamente asumida la idea que la psicosis de inicio precoz es diferente de la psicosis de inicio en la vida adulta, apuntándose que se trata de una variante más severa del trastorno.

Diferentes estudios han aportado datos señalando que los casos de inicio precoz a menudo tienen un patrón de presentación clínica más indiferenciado, con solapamiento de síntomas afectivos, mayor frecuencia de problemas de conducta y disforia que hace que aumenten las dificultades a la hora de hacer un diagnóstico preciso.

Otros estudios transversales sugieren que los pacientes con un inicio en la adolescencia tienen asociados más signos neurológicos menores y más déficits neuropsicológicos comparados con los de inicio en la edad adulta, mientras que otros autores encuentran también más síntomas negativos al inicio pero similar patrón sintomatológico y funcional a los dos años de seguimiento o incluso mejor funcionamiento global en un seguimiento a largo término.

La explicación para estos resultados dispares es que los estudios comparativos de psicosis de inicio precoz y de inicio en la edad adulta a menudo se han realizado en centros diferentes siendo difíciles de comparar met-

odológicamente y aplicando criterios de evolución y diagnóstico a veces no estandarizados. En los últimos años sin embargo se ha visto la importancia de tratar y también estudiar de forma homogénea y coordinada estos dos grupos de edad existiendo en muchos países programas especializados de intervención y investigación en primeros episodios psicóticos que ya están dando frutos.

En esta charla repasaremos la literatura existente en esta área y los datos que nos aporta sobre el continuum de la psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia y se presentaran resultados de un estudio realizado en una muestra de 92 casos consecutivos de primeros episodios psicóticos llevado a cabo en la red asistencial de Sant Joan de Déu adultos e infanto-juvenil.

En este estudio nos planteábamos cuales eran las diferencias clínicas, neuropsicológicas y sociofamiliares entre los grupos de inicio precoz y el de inicio en la edad adulta y cuál era la evolución de los mismos.

Se trata de un estudio transversal de 92 casos consecutivos de pacientes de 7 a 65 que presentan un primer episodio psicótico. En la fase aguda se administraron escalas clínicas para evaluar síntomas psicóticos, funcionamiento y ajuste global, variables de neurodesarrollo



y un cuestionario sociodemográfico. Durante la fase estable (tras 6-8 semanas de su inclusión) se revaloraron las variables clínicas y se administró una batería neuropsicológica para evaluar funciones de atención, memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas.

A nivel clínico destaca que los pacientes con psicosis de inicio precoz presentan mayores puntuaciones en la PANSS general y negativa tanto en la fase aguda como en la fase estable ( $p=0.000-0.038$ ). Esta mayor gravedad clínica de las psicosis de inicio precoz queda confirmada por presentar también peores puntuaciones en la ICG tanto en fase estable ( $p=0.039$ ) como en fase aguda ( $p=0.000$ ) así como peor funcionamiento global, medido con el GAF en la fase aguda ( $p=0.000$ ). Respecto al ajuste premórbido existente, hallamos resultados concordantes con otros estudios publicados en los que el grupo de inicio precoz presenta peor ajuste premórbido que las de inicio en la vida adulta ( $p=0.013$ ).

A nivel neuropsicológico, las diferencias son notables también entre los dos grupos presentando las psicosis de inicio precoz peor rendimiento en escalas que miden atención (TMT), memoria verbal tanto inmediata como a largo término ( $p=0.005-0.014$ ) (TAVEC) así como en dígitos y aritmética ( $P=0.000$ ).

A nivel sociodemográfico, destacar la mayor presencia de antecedentes psiquiátricos en padres en el grupo de psicosis de inicio precoz respecto al de inicio en la edad

adulta.

Por último y también de forma similar a lo observado en otros estudios, en el seguimiento los dos grupos presentan mejoría clínica significativa sin hallarse diferencias significativas entre los mismos.

Estos datos subrayan la idea que las psicosis de inicio precoz son una variante de presentación más severa que la de inicio en la edad adulta pero cuestiona el hecho que tenga peor pronóstico y funcionamiento a largo término.

En esta charla vamos a tratar las implicaciones terapéuticas y prácticas que estos resultados nos hacen plantear.

### Referencias:

1. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, McGorry PD, Lambert M. Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res* 2007; 95(1-3):1-8.
2. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, Jackson HJ, McGorry PD. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2011; 131(1-3):112-9.
3. Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent-onset First-episode psychosis different from adult onset? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44(8): 782-789.

---

## Impacto del consumo de sustancias

*Marta Pardo Gallego. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de conductas adictivas y primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

---

Existe una alta comorbilidad del trastorno por uso de sustancias (TUS) en la esquizofrenia así como una elevada incidencia de abuso de tóxicos en pacientes que presentan un primer episodio psicótico (PEP). La prevalencia del TUS en muestras de pacientes con un PEP oscila entre un 20-60% según el estudio, siendo el alcohol y el cannabis las dos sustancias más consumidas. Esta comorbilidad se ha asociado a una mayor gravedad psi-

copatológica, una peor adherencia al tratamiento y a un mayor número de recaídas.

En las últimas décadas, son numerosos los estudios sobre el consumo de cannabis en los primeros episodios psicóticos. Aunque la mayoría de datos parten de estudios realizados con muestras de PEP de inicio en la edad adulta, existen varios estudios que incluyen pacientes



con un primer episodio de inicio durante la infancia y la adolescencia. Existe evidencia a favor de una asociación entre una presentación clínica inicial con menor gravedad de los síntomas negativos, más síntomas positivos y una recuperación más rápida del primer episodio psicótico en aquellos pacientes con historia de consumo de cannabis. También se ha asociado un mejor ajuste social premórbido y rendimiento cognitivo así como un mejor funcionamiento social en aquellos pacientes consumidores de cannabis. Sin embargo, existen otros estudios en los que no se han encontrado tales diferencias a nivel psicopatológico ni de características premórbidas entre consumidores y no consumidores de cannabis. Un punto de especial interés en la literatura es la asociación entre una historia previa de consumo de sustancias y una menor edad de inicio de la psicosis. El grupo de Barnes et al, encontró que la presencia de historia de abuso de sustancias al inicio del primer episodio psicótico se asociaba a un debut entre 2-3 años antes del trastorno psicótico. Teniendo en cuenta la hipótesis de vulnerabilidad para la psicosis, se ha planteado que el cannabis jugaría un papel precipitador de la enfermedad en pacientes vulnerables, pudiendo adelantar el debut del trastorno.

Se presentarán resultados sobre el estudio del consumo de sustancias en una muestra de 92 casos consecutivos de un primer episodio psicótico. Teniendo en cuenta las características diferenciales de la psicosis de inicio precoz (edad < 18), el incremento de la incidencia del consumo sobretodo durante la adolescencia y los datos que sugieren una mayor riesgo del consumo durante esta etapa para la psicosis, se ha considerado de interés, analizar por separado el impacto del consumo en el grupo de psicosis de inicio durante la infancia y adolescencia y en el grupo de debut durante la edad adulta. Se presentarán datos sobre la prevalencia de consumo sustancias y las diferencias entre consumidores de cannabis y no consumidores según la edad de inicio de la psicosis: grupo de inicio precoz (EOP) y grupo de inicio edad adulta (AOP).

A nivel clínico, se observa para ambos grupos, que los pacientes consumidores de cannabis presentan una menor gravedad de los síntomas negativos valorados por la escala PANSS, siendo las puntuaciones significativamente más graves en los no consumidores. A su vez, también se observa en ambos grupos un mejor ajuste social (escala PAS) en los pacientes que consumían cannabis antes del

debut psicótico. Las diferencias entre ambos grupos son significativas en cuanto a la relación del consumo de cannabis y la edad de inicio de la enfermedad. En este sentido, para el grupo de pacientes de debut en edad adulta, se observa una edad de inicio del PEP menor en los consumidores respecto a los no consumidores. Esta observación sería congruente con los estudios previos que sugieren que el cannabis jugaría un papel precipitador del trastorno en pacientes vulnerables, avanzando su aparición. En el grupo de debut precoz, se observan resultados inversos; siendo la edad de inicio mayor en aquellos pacientes consumidores de cannabis. Estas diferencias observadas, podrían explicarse en primer lugar, por la propia edad del grupo que en parte de ellos la enfermedad debuta antes de la edad en que se inicia el contacto con los tóxicos. Y en segundo lugar, teniendo en cuenta las características de la psicosis de inicio precoz, que suele presentarse en individuos de elevada vulnerabilidad biológica, con alteraciones del desarrollo y presentan un peor funcionamiento social y más síntomas negativos. Este grupo de pacientes accedería con menor probabilidad a las sustancias, siendo aquellos que presentan un mejor ajuste social y los que llegan a consumir y posteriormente debuta la enfermedad más tarde. Se plantea la hipótesis de un continuum de vulnerabilidad en el que los tóxicos actuarían como precipitadores del trastorno psicótico.

## Referencias

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
2. Van Mastrigt S, Addington J, Addington D. Substance misuse at presentation to an early psychosis program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:69-72.
3. Hambrecht M, Häfner. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996; 40:115-1163.
4. Sevy S, Robinson DG, Solloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Goldman R, Lieberman J, Kane J. Correlates of substance misuse in patients with first-onset schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:367-374.
5. Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen



- H, Moritz S, Naber D, McGorry PD, Schimmelmann BG. The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112:141-148.
6. Baeza et al. Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: Influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). *Schizophrenia Research* 2009; 113:129-137
7. Barnes, T.R.E., Mutsatsa, S.H., Hutton, S.B., Watt, H.C., Joyce, E.M., 2006. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 188, 237-242.
- 

## Estudio longitudinal de neuroimagen

*Celso Arango López. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

---

Los estudios que comparan la estructura del cerebro entre un grupo de niños y adolescentes sanos y un grupo de niños y adolescentes con psicosis muestran diferencias en estructura y función. Estas diferencias que están presentes antes del primer episodio psicótico y en los familiares de estos pacientes no son estáticas. En varios estudios hemos podido comprobar como niños y adolescentes con distintos trastornos psicóticos, como esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión con síntomas psicóticos tienen distintas alteraciones cerebrales como un menor volumen de sustancia gris frontal, adelgazamiento de la corteza cerebral o disminución del NAA, un marcador de integridad neuronal (1, 2, 3). En el estudio CAFEPS reclutamos 110 niños y adolescentes con un primer episodio de psicosis y 98 controles sanos que fueron seguidos durante 2 años (4). En este estudio prospectivo, multicéntrico y naturalístico realizamos, entre una extensa batería de pruebas, entre ellas una resonancia magnética nuclear (RMN) en el momento del primer episodio y a los dos años de evolución. El número final de pacientes para los que se pudo obtener la RMN fue de 68 (25 con esquizofrenia, 16, trastorno bipolar y 20 con otras psicosis con diagnósticos realizados a los dos años) y de 70 controles sanos. La edad media en el momento del inicio del estudio fue de 15.5 años en los pacientes y 15.3 en los controles. Se midieron los cambios volúmenes de sustancia gris cerebral, frontal, parietal y temporal así como los volúmenes de líquido cefalorraquídeo (LCR). Los pacientes con psicosis tuvieron menores volúmenes basales en los dos lóbulos frontales

así como un mayor volumen de LCR. A los dos años los pacientes experimentaron una mayor pérdida de sustancia gris en el lóbulo frontal (izquierdo: paciente -3.3 vs controles -0.6 cm<sup>3</sup>, P = .004; derecho: paciente -3.7 vs controles -0.8 cm<sup>3</sup>, P = .005) y aumento del LCR izquierdo (pacientes 6.7 vs controles 2.4 cm<sup>3</sup>, P = .006) que los controles sanos. Además aquellos pacientes que fueron diagnosticados con esquizofrenia a los dos años de seguimiento perdieron un mayor volumen de sustancia gris frontal total (pacientes con esquizofrenia -37.1 vs controles -14.5 cm<sup>3</sup>, P = .001) y del lóbulo parietal izquierdo (pacientes con esquizofrenia -4.3 vs controles -2.2 cm<sup>3</sup>, P = .04) que los controles sanos. El grupo de pacientes con trastorno bipolar no se diferenció de los controles sanos. La excesiva reducción de sustancia gris en el lóbulo frontal correlacionó con el número de semanas de hospitalización así como el aumento de LCR correlacionó con la gravedad de los síntomas negativos a los dos años (5). Este estudio confirma hallazgos previos según los cuales una mayor pérdida de sustancia gris después del primer episodio psicótico predice un peor pronóstico. El grupo de pacientes tenía una menor concentración plasmática de antioxidantes que se relacionó con el aumento de los volúmenes ventriculares a los dos años (6). En esta charla se revisarán las aplicaciones prácticas de estos resultados así como las implicaciones terapéuticas de los mismos. Estamos comenzando un ensayo clínico no comercial financiado por el Ministerio de Sanidad para intentar disminuir la pérdida de sustancia gris en esta población que será explicado al final de la charla.



## Referencias

1. Moreno D, Burdalo M, Reig S, Parellada M, Zabala A, Desco M, Baca-Baldomero E, Arango C. Structural neuroimaging in adolescents with a first psychotic episode. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(11):1151-7.
2. Janssen J, Reig S, Alemán Y, Schnack H, Udias JM, Parellada M, Graell M, Moreno D, Zabala A, Balaban E, Desco M, Arango C. Gyrus and sulcus cortical thinning in adolescents with first episode early-onset psychosis. *Biol Psychiatry*. 2009; 66(11):1047-54.
3. Zabala A, Sánchez-González J, Parellada M, Moreno DM, Reig S, Burdalo MT, Robles O, Desco M, Arango C. Findings of proton magnetic resonance spectroscopy in the dorsolateral prefrontal cortex in adolescents with first episodes of psychosis. *Psychiatry Res*. 2007; 156(1):33-42.
4. Castro-Fornieles J, Parellada M, Gonzalez-Pinto A, Moreno D, Graell M, Baeza I, Otero S, Soutullo CA, Crespo-Facorro B, Ruiz-Sancho A, Desco M, Rojas-Corrales O, Patiño A, Carrasco-Marin E, Arango C; CAFEPS group. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results. *Schizophr Res*. 2007; 91(1-3):226-37.
5. Arango C, Rapado-Castro M, Reig S, Castro-Fornieles J, González-Pinto A, Otero S, Baeza I, Moreno C, Graell M, Janssen J, Parellada M, Moreno D, Bargalló N, Desco M. Progressive brain changes in children and adolescents with first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2012; 69(1):16-26.
6. Fraguas D, Gonzalez-Pinto A, Micó JA, Reig S, Parellada M, Martínez-Cengotitabengoa M, Castro-Fornieles J, Rapado-Castro M, Baeza I, Janssen J, Desco M, Leza JC, Arango C. Decreased glutathione levels predict loss of brain volume in children and adolescents with first-episode psychosis in a two-year longitudinal study. *Schizophr Res*. 2012.

## AVANCES EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRAUMA COMPLEJO Y CRÓNICO (Sala Barcelona, NH Constanza)

*Coordinador: Prudencio Rodríguez Ramos. Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid*

### Psicopatología compleja en menores maltratados con problemas graves de adaptación

*Prudencio Rodríguez Ramos. Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid*

Una amplia mayoría de los menores en situación de protección institucional han padecido a lo largo de su biografía múltiples acontecimientos traumáticos, generalmente de forma crónica y desde su primera infancia, que incluyen abuso físico y sexual, emocional, violencia doméstica, negligencia y pérdidas afectivas, además de crianza institucional en una minoría importante. Las consecuencias psíquicas y físicas de estas victimizaciones dan lugar a múltiples alteraciones psicopatológicas que 1) ponen de manifiesto la insuficiencia de los sistemas actuales de clasificación psiquiátrica (que solo cubre aspectos parciales sin recoger adecuadamente todo el cuadro); y 2) requieren tratamientos que cubran todos los aspectos alterados en el desarrollo de estos menores.

**Objetivos:** Analizar los diagnósticos y las alteraciones emocionales, cognitivas, de conducta, y de autorregulación que presentan los menores con mayor carga traumática y menor respuesta a los tratamientos habituales más centrados en síntomas aislados. Contrastar su sintomatología con las características descritas para casos de TEPT Complejo.

**Método:** De los 1760 menores en acogimiento residencial, 307 mayores de seis años recibían tratamiento de salud mental. De ello se seleccionaron 72 con severidad superior a moderada en la escala de Impresión Clínica Global (ICG) y con evolución de sin cambios a mucho peor; además estaban seleccionados por los psicólogos de



los centros como “necesitados de tratamientos en centros específicos por superar las posibilidades de tratamiento residencial estándar”. Se contó con un grupo de referencia pareado en edades y sexos compuesto por menores con ICG superior a moderadamente enfermo y evolución inferior a mucho mejor, que no superaban las posibilidades de tratamiento residencial estándar. Se elaboró un cuestionario para los psiquiatras y psicólogos responsables de los casos, pudiendo obtener la información de 50 casos y 46 de referencia. También se completó el Eje V de la CIE10MIA y el SDQ.

**Resultados:** Las circunstancias de adversidad psicosocial sufridas por estos menores constituyen un indicador muy fiable de las condiciones biográficas en que se han desarrollado. Utilizando el Eje V de la CIE10MIA, se aprecian diferencias significativas en la pérdida afectiva de la madre y el maltrato físico, ambos más frecuentes y prolongados en el grupo de estudio. Otras circunstancias como la falta de calidez en las relaciones paternofiliales, la negligencia o las discordias intrafamiliares entre adultos son más frecuentes en el grupo de estudio pero sin diferencias significativas. La enfermedad mental de los padres es ligeramente más frecuente en el grupo control, al contrario que el abuso de drogas o la situación de prisión.

La situación escolar proporciona información tanto sobre el rendimiento cognitivo como de la adaptación psicosocial. El 56% presentaba fracaso escolar (19.6% GC), y el 30 % estaba en integración (8,7% GC) con diferencia significativa en ambos casos. Lo mismo ocurre con las distorsiones en la situación y relación con profesores y compañeros.

Otra vertiente del estado mental, el control de la con-

ducta, muestra diferencias significativas en varios aspectos: Agresividad reactiva verbal y física, Agresiones sexuales/conductas erotizadas, Autoagresiones, Tentativas suicidas, Inquietud psicomotriz, Oposicionismo, Consumo de tóxicos, Actos delictivos.

La regulación emocional es otro componente de los más afectados en estos casos con diferencias significativas: Estado de tensión/hipervigilancia (64%), Episodios de agitación/disociación (56%), bajo autoconcepto (70%), humor muy inestable 48%, desconfianza de adultos e iguales 56%, desestabilización con el cambio de educadores 26%.

También se aprecian diferencias significativas en alteraciones de la regulación somática: Trastornos del sueño (38%), Trastornos de alimentación (20%).

El 64% recibía más de un diagnóstico, frente a un 15,2% del grupo control.

**Discusión:** La población de alto riesgo aquí presentada muestra 1) alta frecuencia de trastornos psíquicos y 2) concentración de casos con amplia complejidad psicopatológica y escasa respuesta terapéutica. Su extensa variedad de alteraciones cognitivas, emocionales, de conducta y de regulación física, solo adquieren coherencia cuando quedan consideradas dentro de un diagnóstico etiopatogénico que tiene en cuenta las experiencias biográficas traumáticas y sus consecuentes cicatrices mentales y cerebrales. Conceptos diagnósticos como Trauma Complejo, TEPT Complejo, o Trastorno Traumático del Desarrollo permiten comprender la magnitud del problema más allá de artificiosas comorbilidades sintomáticas. Desde esta perspectiva etiopatogénica pueden plantearse opciones terapéuticas más adecuadas a la profundidad y la amplitud de las alteraciones psicopatológicas, y que ofrezcan resultados más esperanzadores.



---

## El estrés postraumático influye en el desarrollo del cerebro

Víctor G. Carrión. *Department of Psychiatry and Behavior Sciences. Stanford University*

---

### Objetivo:

El trauma puede definirse como la exposición a un acontecimiento que resulta sobrecogedor, angustioso y emocionalmente doloroso y que puede dar lugar a consecuencias sobre la salud tanto física como mental. (Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), 2001). Los niños pueden experimentar un amplio abanico de eventos traumáticos que incluyen violencia comunitaria a gran escala o catástrofes, trauma interpersonal como abuso físico o sexual, ser testigos de violencia o pérdidas traumáticas o separaciones como la muerte de un ser querido o ser víctima de un secuestro. La exposición a un trauma durante la infancia puede dar lugar a una variedad de síntomas psicológicos que incluyen Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Nuestras investigaciones también demuestran efectos en el desarrollo del cerebro, específicamente en el hipocampo y corteza frontal. Nuestro objetivo es informar sobre los resultados de un estudio que investigan el protocolo de tratamiento de Stanford Centrada en Estímulos Clave (SCEC) en términos de viabilidad, la adherencia al protocolo y la reducción de estrés postraumático, depresión y ansiedad en los niños crónicamente expuestos a violencia interpersonal y sus cuidadores.

### Método:

65 jóvenes de 8 a 17 años participaron en este estudio. Su procedencia es de 13 escuelas situadas en comunidades de alta violencia. Los participantes fueron asignados al azar a SCEC o un grupo de control (lista de espera). Ambos grupos fueron evaluados en cuatro ocasiones (T1-T4). Ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático fueron evaluados por informe de los jóvenes. Los cuidadores informaron en su propia ansiedad, depresión y síntomas de TEPT de sus hijos. Se evaluaron los cambios en la sintomatología de TEPT medidos en cada sesión del SCEC y se obtuvieron calificaciones de tera-

peuta sobre la evolución general de los participantes.

### Resultados:

Todos los participantes informaron al menos dos traumas y tipos más comunes fueron pérdidas y separación (75%), testigos de violencia (61,5%), homicidios (51,9%), maltrato físico (25%), acoso (25%) y autolesión (25%). El grupo SCEC demostró descensos significativos en todos los síntomas de los menores. Hubo mayores tamaños del efecto de las reducciones en comparación con el grupo “lista de espera” en todas las medidas incluyendo; ansiedad [ $F(2, 50) = 20.58, p < .001$ ,  $\eta^2 = .46$ ], depresión [ $F(2, 50) = 10.80, p < .001$ ,  $\eta^2 = .30$ ], y síntomas de estrés postraumático [ $F(1, 44) = 30.18, p < .001$ ,  $\eta^2 = .58$ ]. Las evaluaciones de los cuidadores también demostraron mejoras en síntomas de ansiedad y depresión. En esta presentación también presentaremos resultados de estudios de MRI funcional que se relacionan con este tratamiento.

### Discusión:

El protocolo de tratamiento de Stanford Centrada en Estímulos Clave (SCEC), una intervención que incluye diversos orígenes teóricos, demostró la viabilidad de la aplicación, la facilidad de adhesión y eficacia en la reducción de los síntomas en los jóvenes con un historial de violencia interpersonal. Los resultados indican que las ganancias del tratamiento se mantienen después de tres meses de terminar el tratamiento. Las investigaciones futuras compararán este tratamiento a otros tratamientos disponibles. La disponibilidad de intervenciones de tratamiento diverso es importante porque no todos los niños responden a las mismas intervenciones. Nuestros próximos estudios incluirán las medidas biológicas de cortisol y MRI funcional para demostrar el efecto biológico del tratamiento.



## Terapia centrada en estímulos clave, fundamentos y características

*Paz Quijano Barroso. Fundación Alicia Koplowitz*

---

Las características de las experiencias vividas, fundamentalmente en los primeros años, influyen poderosamente en la organización de los esquemas mentales y emocionales que utilizamos para comprender el ambiente inmediato y reaccionar frente a sus estímulos.

En el caso de los menores maltratados, abusados, o expuestos a violencia dentro de su ambiente habitual, tiene lugar un desarrollo psicoafectivo distorsionado por las repetidas experiencias de múltiples acontecimientos traumáticos ante los que no hay defensa posible debido a la dependencia de las figuras adultas que son responsables tanto de su crianza como de los malos tratos.

La compleja, extensa e intensa sintomatología que presentan muchos de estos menores muestra repercusiones sobre su estado mental, su estabilidad emocional, sus relaciones interpersonales, su rendimiento cognitivo y su fisiología. Estas alteraciones son tanto más grave cuanto con menos años se convierten en víctimas y cuanto más prolongada es esta condición.

Por todo ello, el tratamiento rehabilitador de estos menores requiere múltiples medidas, coordinadas en etapas sucesivas, comenzando por la restauración, o instauración, de su seguridad personal y el fomento de sus cualidades y habilidades en la vida diaria. Desde esa situación es posible llevar adelante un programa de actuaciones por etapas que atiendan los múltiples aspectos afectados por su victimización. Este tipo de programas específicos es el que parece mostrarse superior a otras medidas terapéuticas no secuenciales, ya sean centradas en el trauma o en síntomas aislados (Cloitre et al 2010).

La Stanford Cue Centered Therapy (SCCT), cuya versión española es presentada aquí (Terapia de Stanford Centrada en Estímulos Clave), es un programa terapéutico secuencial que se desarrolla en 15 sesiones con pe-

riodicidad semanal durante las que se abordan diferentes aspectos: 1) Psicoeducación sobre el trauma. 2) Manejo de la ansiedad y el estrés. 3) Reestructuración cognitiva. 4) Autocontrol emocional. Y 5) Narración del trauma.

Las conclusiones de diversas instituciones y grupos de expertos ponen de manifiesto que estos cinco componentes están considerados entre los más recomendables para la eficacia terapéutica, la seguridad frente a posibles empeoramientos, y la adherencia al tratamiento (NICE 2005, ACPMH 2007).

Además, la SCCT tiene al menos cinco características reconocidas como de interés primordial para la eficacia terapéutica en este y en otros ámbitos: 1) Flexibilidad para su aplicación en las distintas etapas del desarrollo a lo largo de la infancia y la adolescencia. 2) Actuación del terapeuta como acompañante, no directivo, promoviendo el protagonismo del paciente. 3) Especificación y evaluación de actividades de “trabajo en casa” para promover la generalización. 4) Participación activa de los educadores del menor en determinadas fases del tratamiento, pero respetando la intimidad y el protagonismo del paciente. 5) Posibilidades de prolongar determinadas sesiones cuando no se alcanzan los objetivos requeridos.

La posibilidad de que los síntomas más resistentes puedan abordarse en más sesiones de las programadas inicialmente resulta imprescindible debido a las diferencias en la presentación y la intensidad de los síntomas en cada caso. Ésta característica de adecuar cada fase del tratamiento a las peculiaridades de cada caso es otro requisito muy destacado en las preferencias de los expertos (Courtois y Ford 2009, Cloitre et al 2011).

Cloitre M., Stovall-McClough K.C., Noorer K., et al (2010): Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomised controlled trial. *Am J Psychiatry*, 167: 915-924.



---

## **RASGOS TEMPERAMENTALES. TRATAMIENTO EN LA INFANCIA, PREVENCIÓN EN EL ADULTO (Sala Kursal, NH Constanza)**

*Coordinador: Antonio Pelaz Antolín. CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

### **Temperamento: vulnerabilidad o protección**

*Barbara De Clercq. Departamento de Psicología del Desarrollo, Personalidad y Social. Universidad de Ghent, Bélgica (ponencia en inglés sin servicio de traducción simultánea)*

---

The current study attempted to delineate naturally occurring personality profiles in childhood from a Five-Factor Model general trait perspective. This person-centered orientation may be in particular relevant for clinicians, because it focuses on a child's overall personality configuration, considering interactions among Emotional stability, Extraversion, Imagination, Agreeableness and Conscientiousness. Our findings suggest that the childhood variability in personality configuration can be understood in terms of four different latent classes that were labelled as the Moderate, Protected, Vulnerable, and Undercontrolled class. Apparently, the first three classes showed a rather similar profile in terms of shape with significant differences in mean scores on each of the trait dimensions. This finding points towards similar inter-relationships among basic trait constructs across latent groups, suggesting that the make-up of personality profiles at childhood age is quite comparable and in essence dimensional. Notwithstanding this, their significant differences in mean scores, may indicate that each of these parallel profiles can be considered conceptually and clinically meaningful. Indeed, the four latent classes showed unique associations over time and across informants with measures of psychopathology and quality of life, generally indicating that children with a Moderate or Protected trait profile are characterized by an adaptive way of functioning. There are subtle differences between these two adaptive classes, however, reflected in an overall higher mean-level trait pattern for the Protected class with the largest difference for the Conscientiousness trait domain. This latter discrepancy may be reflected in the finding that Protected class membership is more positively related to a child's experienced quality of life at school. Membership of the Vulnerable and Un-

dercontrolled class tends to be associated with a higher risk for developing psychopathology and experiencing an impaired quality of life, with Vulnerable children displaying a risk for a wider range of problems compared to the Undercontrolled group. More specifically, an Undercontrolled profile seems to be associated exclusively with externalizing problems, whereas a Vulnerable trait profile is related to psychopathology within both the internalizing and the externalizing spectrum. Accordingly, the Vulnerable class membership appeared to be the most at-risk condition for developing an overall impaired quality of life. These findings make the case for administering a trait measure in the general diagnostic process of psychopathology at a young age. A general trait description may distinguish more explicitly between children that score below the cutoff of a traditional psychopathology measure and are consequently all considered as "healthy". Among these healthy children, however, there are significant differences in personality as reflected in the different latent trait groups that are presently proposed. These individual differences are meaningfully related to long-term adaptation, but are not necessarily tapped by common measures of psychopathology. A trait measure may hence be sensitive to screen for at-risk children that are not automatically flagged by established psychopathology measures, and may therefore be a valuable way to obtain a more comprehensive understanding of a child's vulnerabilities. In this regard, the rather non-specific, but overall maladaptive outcome for the Vulnerable group empirically underscores that trait profiling has -without the necessity of making a formal diagnosis- the potential to screen for a number of children that is at risk for long-term maladjustment based upon a measure that describes individual differences between children from an



adaptive and age-specific viewpoint. The present results hence indicate that these mathematically constructed childhood personality configurations have real-world significance and are prospectively related to differential developmental trajectories of (mal)adaptation. Beyond

the value of scores on individual dimensions, the merit of an additional focus on types lies in its holistic approach of human functioning that connects closely with how practitioners approach individuals during their diagnostic procedures and treatment.

---

## **Evolución de la inhibición conductual hacia el trastorno de personalidad por evitación**

*Sergi Ballespi Sola. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona*

---

A menudo, los trastornos del adulto no son tan “agudos” ni incipientes como parece. Muchos muestran importantes precursores en la adolescencia, en la etapa escolar e incluso en la primera infancia. El trastorno antisocial de la personalidad, por ejemplo, fácilmente puede haber sido precedido por un trastorno disocial, éste por un negativista-desafiante y, a veces, éste por un TDAH o por un temperamento difícil. El trastorno de personalidad por dependencia tampoco nace de la noche a la mañana, sino que suele ser precedido por un estilo de vinculación anómalo a lo largo del desarrollo, a menudo identificado como un trastorno de ansiedad por separación en la etapa escolar o como un trastorno reactivo del vínculo en la primera infancia. Un tercer ejemplo es el trastorno de personalidad por evitación, a menudo precedido por una fobia social generalizada. Ésta tampoco apareció de repente, sino que la antecedieron muchas veces signos claros de una intensa timidez durante la etapa escolar e incluso un temperamento excesivamente inhibido en la etapa preescolar.

El trastorno de personalidad por evitación y la fobia social generalizada son más difíciles de tratar que la inhibición o la timidez. ¿Por qué tenemos que lidiar con problemas difíciles de tratar si podríamos atajar abordando los antecedentes? ¿Por qué si ciertos fenómenos muestran una clara continuidad a lo largo del desarrollo, no los tratamos hasta que son “trastornos”? La respuesta sería que no tiene sentido tratarlos hasta que causan suficiente malestar. Y consideramos que causan suficiente malestar cuando superan algo así como el percentil 97

de deterioro y desadaptación. Entonces cumplen criterios diagnósticos. Sin embargo, el fenómeno ya estaba ahí antes con nombres diferentes. Y quizá acompañado por un elevado malestar, sólo que sin rebasar el exigente umbral de las clasificaciones diagnósticas.

Todavía existe otro motivo por el que cuesta identificar como “importante” lo que precede a “los verdaderos trastornos”. Antiguamente se creía que el niño no podía sufrir, que no existían trastornos en la infancia. Con el tiempo se demostró que sí. Pero lo que antes ocurría con respecto a la infancia ocurre todavía con la etapa preescolar. Cuesta creer que lo que ocurre ahí pueda ser ya importante, que en la etapa preescolar puedan darse ya “trastornos”. Ni siquiera un nivel altísimo de inhibición conductual, aun conduciendo a un fenotipo conductual muy similar al de la fobia social, se considera un trastorno. En todo caso es una “dificultad” o un “problema de temperamento”.

He ahí otro problema que las nosologías aún no han solucionado. El DSM ha incorporado especificaciones para la infancia, pero entra poco en la etapa preescolar. La Clasificación Diagnóstica 0-3 abarca sólo los 3 primeros años del desarrollo. Ninguna clasificación aborda bien las particularidades de la etapa preescolar. Esto se debe, en parte, a que durante mucho tiempo se ha creído que lo que le ocurre al preescolar es todavía “pequeño”, ya llegarán los “grandes trastornos”.

Sin embargo, los problemas del preescolar no son en realidad “pequeños”, sino que pueden ser “muy grandes”.



En primer lugar porque, dada justamente su tierna edad, el niño es más inmaduro y carece de los recursos que luego va a desarrollar para hacer frente al malestar. Está más indefenso. En segundo lugar, porque la precocidad correlaciona con una gran plasticidad neuronal; luego cualquier solución puede ser más fácil y más ágil, pero cualquier problema puede quedar más gravemente gravado en ese cerebro en construcción. Y en tercer lugar, lo que le ocurra al preescolar es especialmente importante porque queda mucho camino por recorrer, es decir, por estropear. Así que las repercusiones pueden ser mayores.

De tal forma que, aunque un problema de “inhibición”

en la primera infancia puede ser fácilmente relegado al campo del temperamento y por lo tanto no tratado (pues no es un trastorno), quizá no hace falta esperar a ver si evoluciona hacia una intensa timidez, luego una fobia social y finalmente una personalidad evitativa, sino que interviniendo pronto, aunque no se supere el umbral de “trastorno”, aunque el problema tenga nombre de temperamento, y aunque parezca que el niño es todavía muy joven, quizá en realidad se consigue que el tratamiento sea más fácil que el de una fobia social y además se evitan al niño diez años de malestar y desarrollo patológico. Esto último quizá no lo llegaremos a saber nunca. Pero tampoco hace falta.

---

## Tratamiento centrado en la persona. implicaciones de conocer el temperamento

*Antonio Pelaz Antolín. CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias*

---

Todos los que trabajamos con niños sabemos que no todos son iguales; unos son osados, otros creativos, divertidos, sensibles, irritables, sociables, extravagantes y por supuesto, agresivos. Por ello, no podemos olvidar que el enfoque debe ser la persona y no el problema y la meta es la orientación a la solución.

La Terapia Centrada en la Persona entiende que el bienestar se alcanzará cuando se logre congruencia, aceptación incondicional y empatía, entendiéndose que la persona tiene la posibilidad de desarrollarse basándose en sus propios recursos, si se le provee de un ambiente favorable. Significa pues, dotarle de independencia e interdependencia, confianza y compromiso, soberanía y solidaridad. Para ello es importante distinguir aquellos aspectos de la personalidad que son innatos, biológicamente determinados y más o menos estables a lo largo de la vida; de aquellos aspectos más influenciados por las circunstancias, la educación y por el propio temperamento.

Una propuesta interesante en este sentido es la que realiza Cloninger con un modelo integrador biopsicosocial de la personalidad en el que resulta importante distinguir entre temperamento y carácter. El temperamento es mod-

eradamente heredable, implica respuestas automáticas ante estímulos emocionales, determina hábitos y emociones y se mantiene más o menos estable y no influenciado a lo largo de la vida. Incluye cuatro dimensiones: Búsqueda de Novedades, Evitación del Daño, Dependencia de la Recompensa y Persistencia. El carácter no es tan heredable, se refiere a los procesos cognitivos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, y es influenciado por factores sociales, culturales, familiares y biográficos. Tres son las dimensiones del carácter: AutoDirección, Cooperación y AutoTranscendencia.

A partir de este modelo se ha desarrollado un grupo de instrumentos de análisis como es el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) del que existe una versión para niños de entre 9 y 13 años y que resulta una herramienta muy útil y práctica pues el conocimiento del temperamento nos va a permitir determinar capacidades y limitaciones del niño y transmitir las tanto a él como a su entorno, así como trabajar en terapia los aspectos del carácter con el objetivo de lograr una mayor autodeterminación y autorresponsabilidad, atendiendo a esas capacidades y limitaciones. Las implicaciones clínicas están por tanto, en:

- El diálogo con los padres. Les ayudará a tener un



esquema comportamental del hijo más organizado y a trabajar los prejuicios sobre él y la educación, fomentando el concepto de las diferencias individuales frente al prejuicio de características patológicas. Y eliminará sentimientos de culpa, haciéndoles entender que el temperamento es el que es.

- La interacción con el ambiente. Contribuirá a una convivencia tolerante y flexible de padres, profesores, amigos y personas relacionadas con unos rasgos individuales no patológicos. Esto a su vez permitirá ofrecer métodos alternativos de control y modulación y le proporcionará las oportunidades para desarrollarlo en la forma que necesita.
- Los programas de tratamiento. Permitirá diseñar un proyecto terapéutico personalizado de las dimensiones del Carácter, teniendo en cuenta la mayor “concordancia” con el estilo temperamental (tratamiento centrado en la persona):

1.- Para fomentar la Autodirección se trabajarán los siguientes aspectos:

- Conocimiento de las capacidades y aceptación de las limitaciones.
- Determinar objetivos conforme a estas capacidades y limitaciones.

- Planificar y organizar cómo llegar a dichos objetivos.
- Enseñarle a intentarlo solo, a tomar decisiones y a cumplir lo que se ha propuesto.
- Disfrutar de los logros.

2.- En el caso de la Cooperación, el colegio y las actividades extraescolares y de ocio o de deporte en grupo nos permitirán trabajar los siguientes aspectos:

- Fomentar la integración, la identificación y la pertenencia a un grupo.
- Entender que podemos ser diferentes.
- Entender los sentimientos de los demás.
- Buscar soluciones a los conflictos y no culpables.
- Colaborar para que las cosas salgan bien.
- Ser agradables y respetuosos trae más beneficios que perjuicios.
- Aprender a compartir, el sentido de la justicia y el significado de decir la verdad.

En definitiva, conocer el Temperamento del niño permitirá proporcionarle las oportunidades para desarrollarlo en la forma que necesita y así forjar un Carácter consistente. Entendiendo que rasgos extremos de temperamento no son sinónimo de patología, tal vez sí de riesgo; el temperamento es el que es y que el bienestar lo marca el carácter que se puede trabajar y modificar.



---

## 10:30-12:00 MESAS REDONDAS

---

### **BIOLOGIA Y AMBIENTE EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE (Auditorio AXA)**

*Coordinadora: Arantza Fernández Rivas. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao*

---

#### **INTRODUCCIÓN**

El Trastorno límite de personalidad (TLP) es una patología frecuente y grave. La presenta el 2% de la población general; y específicamente en edad adolescente se ha detectado en el 6,34% de las muestras de adolescentes atendidos en equipos de Salud Mental ambulatorios y hasta el 49% de los adolescentes que precisan de hospitalizaciones psiquiátricas. La notable gravedad de este trastorno queda constatada en el alto índice de tentativas de suicidio y conductas autolesivas que conlleva, en la alta comorbilidad con otros trastornos del eje I (T. depresivos, T. de ansiedad, T. abuso de sustancias, entre otros)

y en la notable repercusión vital (más frecuente conflictiva familiar y relacional con iguales, conductas sexuales de riesgo, conductas transgresoras, fracaso escolar, etc.) que conlleva a los adolescentes que lo padecen.

En la etiopatogenia de este trastorno se enlazan factores biológicos y ambientales., los cuales serán abordados en esta mesa de modo detallado. Además se completará con una descripción exhaustiva de uno de los abordajes psicoterapéuticos desarrollados para TLP en adolescentes que ha demostrado ser clínicamente eficaz: la Terapia Dialéctica Conductual.

---

#### **Biología y etiología**

*Dr. José Ramón Gutiérrez Casares. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz*

---

La investigación sobre las disfunciones biológicas del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se ha centrado sobre las vulnerabilidades genéticas, neurobioquímicas y estructurales del cerebro. Varios sistemas de neurotransmisores han sido estudiados: serotonina, dopamina, vasopresina, acetilcolina, noradrenalina y gamma-aminobutírico. También se ha estudiado la relación entre el TLP y las disfunciones del sistema nervioso periférico.

#### **Factores genéticos**

Los datos sobre el papel de los factores genéticos en el TLP son escasos. En un estudio de gemelos los datos de concordancia para el TLP oscilaban entre el 35 y el 7% en parejas de gemelos monozigotos y dizigotos respectivamente lo que sugería un fuerte efecto genético en el

desarrollo del trastorno.

Los análisis genéticos multivariantes han identificado cuatro factores de los cuales el más importante es el denominado “disregulación emocional” que describe el afecto lábil, el funcionamiento cognitivo inestable, el sentido del self inestable y la inestabilidad de las relaciones emocionales. Este factor se parece al TLP en muchos aspectos y su heredabilidad se supone alrededor del 47%.

#### **Factores neurobiológicos**

La deficiencia funcional de 5HT y, posiblemente de DA, MAO y vasopresina posiblemente se asocien con los rasgos impulsivos, agresivos y de autolesiones del TLP. Sin embargo, la disregulación emocional puede explicarse mejor por déficits en los sistemas noradrenérgicos



y colinérgicos y por las respuestas elevadas del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. Además, estos condicionamientos biológicos son altamente sensibles a los efectos de los factores ambientales que ocurren a lo largo de la vida.

### Neuroimagen

La neuroimagen estructural y funcional ha revelado la existencia de redes disfuncionales en regiones del cerebro que parecen mediar importantes aspectos de la sintomatología del TLP. Estas redes son el córtex cingulado anterior, el córtex prefrontal dorsolateral y orbitofrontal, el hipocampo y la amígdala.

El hipocampo y la amígdala, son áreas que también parecen tener un papel en la neurotransmisión serotoninérgica disfuncional, la cual se ha asociado con agresión impulsiva desinhibida en pacientes con TLP. Además, se ha hallado una reducción de los volúmenes frontales y de la N-acetyl-aspartate, un marcador de la integridad neuronal. En estudios de provocación con estímulos emocionales y estresantes se ha encontrado un fracaso o una desactivación del córtex cingulado anterior en pacientes con TLP. Ya que el córtex cingulado anterior puede ser visto como una región cerebral que regula el control afectivo, la disfunción de estas áreas puede estar relacionada con la disregulación afectiva del TLP.

Trabajos en animales han establecido que la amígdala tiene un papel central en la regulación emocional. En un estudio con un paradigma de estimulación emocional combinado con RMN-funcional (fMRI), se recogió un aumento de la señal bilateral en la amígdala en los pacientes con TLP comparados con los controles reportaron un aumento de la activación en la amígdala izquierda en respuesta a la expresión facial de emociones negativas con fMRI.

Los resultados de estudios de neuroimagen estructural indican una reducción de los volúmenes del hipocampo y de la amígdala en pacientes con TLP.

En el contexto de la disminución del volumen de las regiones sensibles al estrés (hipocampo) el sistema del cortisol merece cierta atención. Se ha encontrado una hipersensibilidad el eje HPA en pacientes con TLP y una historia de abuso mantenido en la infancia. Esto soporta la hipótesis de una relación entre la aparición de traumas precoces y un incremento de la función del eje HPA en la vida adulta.

Estos hallazgos parecen indicar que un debilitamiento del control inhibitorio prefrontal podría contribuir a la hiperactividad de la amígdala. Simultáneamente, los trastornos límbicos y prefrontales sugieren una patología cerebral dual tal y como un correlato neuropatológico de un síndrome de hiperarousal-discontrol, visto en pacientes con TLP. Sin embargo, todavía está por dilucidar si las disfunciones neurobiológicas son pre-existentes (genéticas, factores connatales o eventos adversos durante la infancia) o la consecuencia de la enfermedad en sí misma.

La atrofia del hipocampo y, en algún grado, de la amígdala ha sido hallada consistentemente en pacientes con TLP. Los estudios revelan una reducción del volumen del hipocampo entre el 13 y el 20% así como reducciones de la amígdala entre el 8 y el 24%.

Estudios volumétricos más recientes revelan, otra vez, una reducción del volumen del hipocampo pero encuentran un agrandamiento de la amígdala en pacientes con TLP y depresión comórbida.



## Ambiente y etiología: apego precoz y trauma

*Arantza Fernández Rivas. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao*

Factores ambientales relacionados con las relaciones de apego precoz o vivencias traumáticas han demostrado jugar un papel relevante en la génesis del TLP.

Desde la teorización de Bowlby sabemos que hechos traumáticos relacionados con el apego como pérdidas vinculares o vivencias de abuso llevan a modificaciones en las representaciones internas del self y de los otros además de afectar a las estrategias del niño para procesar pensamientos y sentimientos. Esto llevará al menor a un fallo en la mentalización, esto es, en la capacidad de identificar adecuadamente sentimientos o atribuir motivos en él o en otros; situación que le hará ser más vulnerable a desarrollar trastornos psicopatológicos, entre los que se hallan los trastornos de la personalidad.

En otras corrientes teóricas actuales, como es el caso de la Terapia Dialéctica Conductual que en esta mesa abordaremos, también se centra en los aspectos ambientales como uno de los factores fundamentales para la génesis de este trastorno. Se trata del denominado “ambiente invalidante”. Este corresponde a la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada, en particular, a ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo; y a responder de una manera extremada (en exceso o defecto) a la experiencia privada que sí es compartida por el grupo. Por lo tanto el ambiente invalidante hará creer al niño que sus sentimientos, pensamientos y percepciones no son reales o no importan o interesan.

Dentro de los factores ambientales que más han sido foco de estudio destacan las vivencias traumáticas.

El antecedente de trauma en pacientes con TLP es altamente frecuente. Estudios epidemiológicos han hallado que el 30,2% de los pacientes con TLP padecen así mismo Trastorno por estrés postraumático (TEPT), y a la inversa, el 24,2% de los sujetos con TEPT padece TLP. En adolescentes con TLP ingresados en Unidades psiquiátri-

cas se estima que al menos el 73,5% habían sido expuestos a algún trauma.

La comorbilidad TEPT-TLP empeora el pronóstico asociándose a un mayor deterioro y menor probabilidad de remisión a largo plazo.

Alrededor del 70% de los individuos con TLP refieren una historia personal de abuso físico o sexual. Los traumas en la infancia pueden contribuir a síntomas como la alienación, la desesperada búsqueda de relaciones protectoras y la erupción de los sentimientos intensos que caracterizan al TLP.

Sin embargo, dado que relativamente pocas personas que han sufrido abuso físico o sexual desarrollan un TLP, es esencial tener en cuenta otros factores en la etiopatogenia de este trastorno, como son la disposición temperamental.

Además el TLP se puede presentar sin un antecedente de trauma, por lo cual estos traumas no son causa suficiente para explicar por sí mismos la génesis de este trastorno. Lo que sí representan son el extremo de un ambiente invalidante.

Aproximadamente el 30% de las personas con TLP han experimentado pérdidas parentales precoces o separaciones prolongadas de sus padres, experiencias que contribuyen al temor al abandono característico del TLP. Otros aspectos de las relaciones familiares precoces que frecuentemente refieren estos pacientes es la existencia de negligencia en los cuidados recibidos en su niñez, o haberse sentido alienados o desconectados de sus familiares.

Todos estos aspectos serán desarrollados en esta ponencia con más detalle.



## Ambiente y tratamiento: terapia dialéctica conductual

*Carmen Sánchez Gil. Programa TLP. Centres Dr. Emili Mira. INAD. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.*

---

La Terapia Dialéctica Conductual o Dialectical Behavior Therapy (DBT) fue desarrollada por la Dra. M.M. Linehan Universidad de Washington (WA), (1991, 1993), para pacientes adultos suicidas con Trastorno Límite de la Personalidad. Esta terapia mantiene una teoría biosocial respecto al origen del TLP, donde una vulnerabilidad biológica junto con un posible ambiente invalidante podrían dar lugar una desregulación emocional, aspecto que considera central. La DBT se caracteriza por la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales desde una concepción dialéctica del proceso terapéutico. El terapeuta adopta una actitud de equilibrio en la aceptación de la situación del paciente y el cambio en aquellos aspectos problemáticos. Se parte de un modelo de déficit en habilidades y en resolución de problemas. La DBT integra técnicas como la validación y el mindfulness. Se trata de una terapia estructurada con objetivos de trabajo concretos (intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, conductas interferentes con la terapia, con la calidad de vida, habilidades específicas).

Son múltiples los estudios, controlados y no controlados, que han mostrado eficacia en medidas como intentos de suicidio, autolesiones, depresión, ira,... Estos estudios se han realizado con población adulta. Muchos de estos pacientes iniciaron la presencia de sintomatología clínica al principio de la edad adulta, pero muchos otros desde su adolescencia habían presentado problemas de ideación suicida, autolesiones, impulsividad, inestabilidad afectiva, irritabilidad, agresividad, ira...). La dificultad para hacer diagnósticos en una etapa tan compleja de la vida, junto con la precaución de los clínicos a la hora de etiquetar precozmente, han hecho cuestionar el diagnóstico de TLP en adolescentes. Independientemente del diagnóstico, los profesionales han observado que hay adolescentes con una problemática parcial o totalmente propia del TLP que por su gravedad y su mantenimiento en el tiempo, precisa un abordaje terapéutico específico.

La necesidad de encontrar tratamientos eficaces ha hecho que se intenten aplicar programas terapéuticos que han mostrado eficacia en adultos. Este fue el planteamiento de Miller y Rathus (2007) cuando hicieron su adaptación del la DBT para adolescentes.

La DBT para Adolescentes (DBT-A) es un programa de tratamiento que, fiel al programa de DBT adultos, sigue su filosofía y utiliza sus técnicas, pero adaptadas a la población adolescente e incorporando aspectos tan fundamentales en esta etapa como la participación del entorno familiar en el proceso terapéutico.

La DBT-A, como en adultos, tiene también varios componentes terapéuticos:

√ Terapia individual: ayuda a los adolescentes a entender los precipitantes de su conducta, las consecuencias positivas y negativas de sus acciones y facilita el cambio desde la aceptación.

√ Grupo de entrenamiento en habilidades conductuales con adolescentes o en formato unifamiliar o multifamiliar:

- Mindfulness: focalizar la mente, dirigir la atención, observar las propias emociones
- Tolerancia al malestar: reducir conductas impulsivas y aceptar la realidad.
- Regulación emocional: describir emociones y regular la intensidad emocional
- Efectividad Interpersonal: mantener las relaciones interpersonales y el autorrespeto, intentando conseguir lo que se necesita en la interacción.
- “Walking the middle path”: Encontrar un punto intermedio o integrador en los dilemas dialécticos entre adolescente y familia.

√ Consulta telefónica: con adolescentes y familiares en intervención en crisis, y “coaching” en la apli-



cación de habilidades.

√ Equipo de consulta: soporte emocional y técnico para el Equipo Terapéutico.

La duración del Programa de Tratamiento puede ser de 4 a 12 meses en función de la disponibilidad asistencial y

la intensidad de la problemática. Los datos actuales sobre la aplicación de la DBT-A indican que puede ser una terapia eficaz en adolescentes con problemas de conducta suicida y autolesiva, así como en otras conductas problemáticas.

---

## PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) (Sala Barcelona, NH Constanza)

*Coordinadora: Rosa Calvo. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona*

### Diagnóstico del TEA en niñas y adolescentes. Características clínicas y diagnóstico diferencial

*Noemí Balmaña. Unidad de salud mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa*

---

El estudio de los Trastornos dentro del Espectro del Autismo (TEA) toma cada vez mayor importancia teniendo en cuenta su alta prevalencia y fuerte base genética. Sin embargo, se ha estudiado poco las diferencias de género en la manifestación clínica de los TEA aún observándose una mayor incidencia del cuadro en los varones.

Al igual que con la población general, se han llegado a encontrar algunos aspectos distintivos aunque no determinantes.

**a)** A nivel de prevalencia, se ha encontrado que solo uno de cada cuatro casos de Trastorno Autista son mujeres (1:4) (Fombonne, 1999; Honda et al., 2005), y de un caso entre ocho (1:8) en el grupo de alto funcionamiento (Ehlers y Gillberg, 1993).

**b)** A nivel de rendimiento cognitivo, existe mayor consistencia entre autores de que las niñas con TA, suelen presentar mayores dificultades intelectuales que los niños (Lord et al. 1982; Volkmar, 1993), pero sin encontrar datos concluyentes para el grupo de alto funcionamiento.

**c)** A nivel social, parece ser que las niñas TEA suelen mostrar mayor sociabilidad valorada en su sonrisa social, iniciación para juegos sociales, iniciación social (aunque esta sea inadecuada) y tipos de intereses. Jennifer Copley (2008) ha analizado algunas de las diferencias de género en el síndrome de Asperger (SA) en su libro “Girls with

asperger’s syndrome. Gender differences in Behaviour and Social Interaction” y comenta que las niñas con SA pueden adoptar mayores estrategias sociales para esconder sus déficit sociales y comportamentales, lo que podría explicar la mayor dificultad para diagnosticarlas. Suelen tener más recursos para aprender expresiones y charlas sociales, lo que las ayuda a pasar más desapercibidas en la sociedad cuando el contacto social es puntual. Así mismo, ante situaciones de conflicto social, no suelen responder de forma agresiva. Suelen ser más capaces para aparentar estar integradas en el grupo situándose en la periferia, sin relacionarse realmente; si tienen una amiga, es ésta la que tiene la iniciativa para llamar, quedar y proponer la actividad a hacer; suelen ser más expresivas no verbalmente en comparación a los niños; su expresividad no verbal puede confundir puesto que pasan inadvertidas a menos que se mantenga una interacción – intercambio social prolongado con la niña afectada; suelen utilizar gestos y expresiones faciales que han observado en los demás, aunque a menudo de forma exagerada según la situación, así como de forma estereotipada, puesto que su abanico no es flexible ni variado; en grupo a menudo pueden pasar desapercibidas si su comportamiento social se basa en la imitación de lo que las demás hacen; intentan utilizar más sus capacidades intelectuales que sus competencias de intuición social, sin embargo, cuando no pueden imitar lo que hacen los demás, y se trata de una situación nueva, es cuando su déficit social se hace presente. Por último, las niñas y adolescentes con SA a



menudo pueden aparentar “pequeñas profesoras” de la misma forma que sucede con los niños, hablando de forma pedante, utilizando un lenguaje formal, técnico y muy redundante, hablando de forma obsesiva de un mismo tema. Sin embargo, el hecho de que las niñas presenten mayores habilidades sociales, dichos comportamientos son interpretados como inmadurez, infantil o extravagante, en vez de cómo síntomas del trastorno autista.

**d)** A nivel de intereses, se ha encontrado que las niñas TEA suelen mostrar intereses socialmente más aceptables que los niños (Soppitt, 2006). Cuando son pequeñas, las temáticas suelen girar al tema de: la música, animales, muñecas, series de televisión o juegos determinados. Cuando son más mayores, los intereses suelen ser: series

de televisión (high school musical, p. ej.), cantantes, animales... La inadecuación a todas las edades suele estar relacionada con la intensidad, el uso circunscripto y repetitivo, poco flexible y variado, más que la calidad de su interés. Repiten y recrean una situación más que inventar y crear un juego simbólico variado.

Resulta interesante continuar estudiando las diferencias y similitudes de género de las personas con TEA. Dichas diferencias pueden influenciar en las áreas de intervención. De manera que en los objetivos de trabajo con las mujeres TEA quizás se debería ofrecer más recursos dirigidos a la inadecuación social y a potenciar aspectos cognitivos, puesto que la sociabilidad y el área motora se encuentran más preservadas.

---

## Neuroimagen en tea. Diferencias de género

*Mara Parellada. Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

*“Afrontar la adolescencia”.*

---

A lo largo de las últimas décadas se han puesto de manifiesto diferencias en el cerebro de hombres y mujeres. A nivel macroscópico, los varones tienen un cerebro mayor (corregido por tamaño corporal), a lo largo de la vida y mayor volumen de otras estructuras como el planum temporale o la fisura de Silvio, mientras que las mujeres parecen tener mayores volúmenes relativos de la corteza temporal superior, área de Broca, hipocampo y caudado. Las mujeres también tienen mayor conectividad en la comisura anterior (que conecta lóbulos temporales), la masa intermedia (conexión al tálamo). Otros resultados son menos consistentes, pero varios estudios apuntan a una mayor proporción de sustancia gris frente a sustancia blanca en mujeres (Luders & Toga, 2010; Paus, 2010). Un gran estudio reciente muestra una mayor conectividad funcional local cortical y subcortical en mujeres y mayor densidad de sustancia gris (Tomasi & Volkow, 2012). Aún está por estudiar en mucha mayor profundidad el dimorfismo sexual en el cerebro humano, su origen y dependencias, y las repercusiones funcionales del mismo. Uno de los aspectos más estudiados (pero aún mucho más en animales que en humanos) es el efecto de

la testosterona prenatal, cuya influencia sobre el desarrollo cerebral parece congruente con el dimorfismo sexual encontrado en algunas regiones cerebrales (Lombardo, Ashwin et al., 2012).

Los hallazgos más replicados en neuroimagen estructural en autismo son el mayor volumen cerebral en la infancia temprana en niños con autismo respecto a controles, el aumento de los hemisferios cerebelares y la reducción del volumen del cuerpo calloso (Pina-Camacho, Villero et al., en prensa). En estudios de estructura de sustancia blanca y neuroimagen funcional, se ha encontrado funcionalidad anómala en redes fronto-temporales y límbicas en relación con los déficits de comunicación (lenguaje pragmático y comunicación social), en redes temporo-parieto-occipitales con los déficit sintácticos del lenguaje y en redes fronto-estriato-cerebelares en relación con los comportamientos repetitivos e intereses restrictivos de los sujetos con autismo calloso (Pina-Camacho, Villero et al., 2011). En un estudio que examina solo mujeres con autismo frente a mujeres controles, se replica el hallazgo de más sustancia gris en giro frontal



superior izquierdo y unión temporo-parietal en el grupo de mujeres autistas (Calderón, Retico et al., 2012).

La microestructura de la sustancia blanca en algunas áreas como ya hemos señalado posiblemente relevantes para el autismo (como el giro temporal superior, región inferior del lóbulo parietal y giro postcentral) parece también tener un dimorfismo sexual, asociado con funcionamiento cognitivo, en tareas medidas de sistematización y empatía (Chou, Cheng et al., 2011). El funcionamiento en tareas de sistematización y empatía ha servido de base para una teoría explicativa del autismo y de la distribución continua y normal de los rasgos autistas en la población general, con una mayor puntuación en varones frente a mujeres (Baron-Cohen, Wheelwright et al., 2001), que conceptualiza el autismo como una masculinización del cerebro (Extreme Male Brain-EMB theory of autism). Esta teoría está empezando a argumentar evidencias de estudios de neuroimagen en su apoyo, con estudios que muestran que en las mismas áreas que los hombres muestran diferencias respecto a las mujeres (de tamaño, de momento), las personas con autismo presentan diferencias entre sexos aún mayores. En este momento hay estudios en marcha que intentan elucidar qué mecanismos biológicos pueden subyacer estos hallazgos (Auyeung, Baron-Cohen et al., 2009).

## Referencias

1. Auyeung, B., S. Baron-Cohen, et al. (2009). Fetal testosterone and autistic traits. *Br J Psychol* 100(Pt 1): 1-22.
2. Baron-Cohen, S. (2006). The hyper-systemizing, assortative mating theory of autism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30(5): 865-872.
3. Baron-Cohen, S., S. Wheelwright, et al. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry* 42(2): 241-251.
4. Calderoni, S., A. Retico, et al. (2012). Female children with autism spectrum disorder: an insight from mass-univariate and pattern classification analyses. *Neuroimage* 59(2): 1013-1022.
5. Chou, K. H., Y. Cheng, et al. (2011). Sex-linked white matter microstructure of the social and analytic brain. *Neuroimage* 54(1): 725-733.
6. Lombardo, M. V., E. Ashwin, et al. (2012). Fetal testosterone influences sexually dimorphic gray matter in the human brain. *J Neurosci* 32(2): 674-680.
7. Luders, E. and A. W. Toga (2010). Sex differences in brain anatomy. *Prog Brain Res* 186: 3-12.
8. Paus, T. (2010). Sex differences in the human brain: a developmental perspective. *Prog Brain Res* 186: 13-28.
9. Pina-Camacho, L., S. Villero, et al. (Submitted). Neurobiological evidences for subsuming or not DSM-IV categories under one sole ASD category. A review on structural magnetic resonance imaging data.
10. Pina-Camacho, L., S. Villero, et al. (2011). Autism Spectrum Disorder: Does Neuroimaging Support the DSM-5 Proposal for a Symptom Dyad? A Systematic Review of Functional Magnetic Resonance Imaging and Diffusion Tensor Imaging Studies. *J Autism Dev Disord*.
11. Tomasi, D. and N. D. Volkow (2012). Gender differences in brain functional connectivity density. *Hum Brain Mapp* 33(4): 849-860.



## Un programa para mejorar el desarrollo psicosexual y las relaciones de los adolescentes con tea

Rosa Calvo. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

---

La adolescencia es una época de transición, caracterizada a su vez por múltiples cambios, tanto físicos como socio-emocionales, por lo que es una época difícil para los adolescentes con TEA, que presentan escasa capacidad de comprensión social y dificultades para afrontar los cambios (Dahl, 2004). El desarrollo socio-emocional suele verse demorado en los adolescentes con TEA, pero el desarrollo físico puberal suele ser normal (Gillberg, 2001). La discrepancia entre su desarrollo socio-emocional y físico, les puede generar con frecuencia frustración y alteraciones en la conducta socio-emocional. La reducción de conductas sexuales problemáticas en los adolescentes con TEA y mejorar su insight en los factores de riesgo para las alteraciones del desarrollo psicosexual debería ser uno de los objetivos principales de la intervención en adolescentes con TEA. En la población femenina con TEA se han identificado más alteraciones de la conducta sexual y mayor vulnerabilidad ante las situaciones de riesgo (Attwood, 2008). Así, en las jóvenes con TEA, se han identificado experiencias sexuales más precoces que en la población general y también mayor número de relaciones con un componente de abuso (Hendrickx, 2011). Se ha demostrado que al menos un tercio de los adolescentes con TEA de alto funcionamiento se beneficiarían de una intervención dirigida a la sexualidad (Hellemans, 2007) pero hasta la fecha, no se dispone de ningún programa de intervención basado en la evidencia.

El programa «Afrontar la Adolescencia», desarrollado conjuntamente por la Universidad Erasmus y la institución de Salud Mental Yulius Academy, de Rotterdam, intenta responder a esta carencia. Se presenta la adaptación a nuestro entorno del programa.

La intervención se centra en la identificación, prevención y tratamiento de las conductas no deseadas, en torno a la pubertad y sexualidad, como las transgresiones sexuales, la victimización, el embarazo no deseado y las en-

fermedades de transmisión sexual.

Se ha iniciado el reclutamiento de 30 adolescentes con diagnóstico de TEA (DSM-IV), CI>80, obteniéndose información sobre la gravedad de su sintomatología clínica y comorbilidad, así como acerca su desarrollo psicosexual y funcionamiento socio-emocional.

El programa se ofrece de manera individual. Esto es importante debido a las diferencias en el desarrollo socio-emocional, el nivel de información y la capacidad de procesamiento sensorial y perceptivo que existen dentro de la población con TEA (Happé y Frith, 2006). Además, el funcionamiento grupal puede ser problemático para los pacientes con TEA. La mayoría tiene problemas en las habilidades sociales básicas necesarias para el buen funcionamiento en un grupo, como el establecer turnos de palabra y ser capaz de escuchar a los demás y dar respuestas adecuadas.

Durante 18 sesiones (de 45-60 minutos cada una y frecuencia semanal) se trabaja en los diferentes temas relacionados con el desarrollo puberal y la psicosexualidad, fomentando la práctica en forma de ejercicios y “deberes” para realizar en el entorno natural del adolescente. Se dedica una parte importante de la intervención a la perspectiva más amplia de la sexualidad, auto-imagen y al respeto por la diversidad (por ejemplo, respecto a las diversas preferencias sexuales). Los temas que se abordan en “Afrontar la Adolescencia” se basan en modelos de Hellemans (1996) y Mesibov (1982). Estos modelos distinguen una jerarquía de siete niveles para adaptar la educación sexual al grado de conocimiento y funcionamiento de cada adolescente en particular. Se describen los siguientes estadios: 1) Reglas sociales y sexuales, 2) higiene personal, 3) partes del cuerpo y funciones, 4) masturbación, 5) educación, en el sentido más estricto, 6) soporte emocional, 7) habilidades sociales orientadas a la



construcción de las relaciones íntimas.

El programa se realiza en aproximadamente 6 meses. Transcurridos estos, se realiza una nueva valoración de la sintomatología TEA, el desarrollo psicosexual y los problemas conductuales y socio-emocionales concurrentes en todos los adolescentes con TEA.

El estudio piloto de Rotterdam ha proporcionado resultados preliminares (pendientes de publicación) positivos: mejoría de autoestima y confianza de los adolescentes, mejoría de sus conocimientos sobre sexualidad y disminución de sus preocupaciones.

---

## 12:30-13:30 CONFERENCIA (Auditorio AXA)

---

### NAVIGATING ADHD THROUGH ADOLESCENCE: ABOUT THE BRAIN, GENES AND CLINICAL CARE

*Jan K. Buitelaar. Radboud University Nijmegen Medical Center. Donders Institute of Brain, Cognition and Behavior. Dept of Cognitive Neuroscience. Nijmegen*

*Moderador: José Ramón Gutiérrez Casares. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz*

*Conferencia patrocinada por JANSSEN*

---

#### **Developmental aspects of ADHD: adolescence as a key period**

The relevance of developmental factors for understanding ADHD appears from at least two observations. First, the variance in age of onset, which ranges from onset at preschool age for a substantial number of cases to onset after age 12 or even at young adult age for other cases. Second, the variance in persistence over time, with some cases showing full remission over adolescence or at young adulthood and other cases whilst other cases continuing to present with full or partial symptoms of ADHD and significant impairment of functioning in adulthood. So far, these “developmental phenotypes” of ADHD have mostly been studied in terms of clinical and descriptive variables. To focus on variation in persistence rate, follow-up studies of clinical cohorts of participants with ADHD have reported psychosocial and psychiatric factors to be associated with persistence of ADHD into adulthood: a family history of ADHD, psychosocial adversity, psychiatric co-morbidity and the number and severity of childhood symptoms. The predictive power of these factors however is limited and the causal mecha-

nisms underlying the association between these clinical predictors and the persistence/remission of ADHD are unclear.

The aims of this presentation are four-fold. Firstly, I will present new data about the course of self-reported and parent-reported ADHD symptoms in a population-based sample of adolescents, based on 4 time-points and multilevel growth curve analysis. Secondly, I will discuss the evidence for a neurobiological hypothesis by Halperin and colleagues about the persistence of ADHD. It suggests that ADHD is caused by subcortical neural dysfunction that is present early in life, remains relatively stable throughout the lifetime and is not associated with remission of symptoms that may occur in adolescence. The development of the prefrontal cortex and associated circuits in early adolescence and up into early adulthood compensates for the persistent subcortical neural dysfunction. Under this model, symptom relief in adolescence and adulthood is mediated by prefrontal executive function (top down) control and suggests that variation in the compensatory ability of each person’s prefrontal cortex explains why only a proportion of children shows



remission of ADHD in adulthood. Thirdly, I will discuss the relevance of functional and structural brain connectivity for understanding developmental phenotypes of

ADHD and illustrate this by recent data of resting-state fMRI analyses. Fourthly, I will discuss practical issues around clinical management of adolescents with ADHD.

---

## 13:30-14:30 CONFERENCIA (Auditorio AXA)

---

### EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE LA VIDA Y PSICOPATOLOGÍA

*Dra. M<sup>a</sup> Jesús Mardomingo. Psiquiatra infantil y Presidenta de Honor de la AEPNYA*

*Moderador: José Ángel Alda. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

*Conferencia patrocinada por SHIRE*

---

La influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo de la conducta del niño y en las características de conducta del adulto es un tema que ha interesado desde siempre a la psiquiatría infantil y que ha cobrado progresivo interés en las últimas décadas. Los estudios clínicos y preclínicos indican, con pocas dudas, cómo los factores ambientales anómalos durante las primeras etapas del desarrollo son factores de riesgo de psicopatología a lo largo de la vida.

El proceso de desarrollo del sistema nervioso que comienza durante la vida intrauterina, prosigue durante la infancia y adolescencia siendo esenciales las experiencias de los primeros años. Los factores ambientales durante estas primeras etapas del desarrollo son fundamentales no sólo para la normalidad del comportamiento del niño, sino también por sus repercusiones a largo plazo en el comportamiento del adolescente y del adulto.

La interacción genes-ambiente cobra una mayor relevancia en estas primeras etapas en que los factores ambientales anómalos modifican la expresión de los genes, dando lugar a cambios en la respuesta del organismo al estrés, con mayor vulnerabilidad para sufrir enfermedades. Una vulnerabilidad que puede mantenerse a lo largo de la vida y que explica el aumento de enfermedades psiquiátricas y médicas, como la depresión, la ansiedad, el suicidio, la obesidad, las enfermedades cardiovascula-

res o el cáncer.

Los modelos animales son una de las fuentes más importantes de investigación en este tema, pues permiten estudiar de qué forma pequeñas modificaciones en el medio ambiente inducen cambios en la expresión de los genes en el sistema nervioso y en la conducta del animal. El aislamiento de la madre y la falta de contacto con los compañeros, son dos de los factores ambientales más relevantes, observándose alteraciones en la reactividad al estrés y en la conducta social y materna de la prole. Conocer estos mecanismos contribuirá a entender mejor la psicopatología humana.

Las alteraciones en la expresión de los genes, que tienen lugar por medio de mecanismos epigenéticos, pueden ser reversibles si se modifican las circunstancias ambientales, o pueden persistir y transmitirse a futuras generaciones. Los cambios epigenéticos influyen en el efecto que tienen en la cría los cuidados maternos, en la respuesta neuroendocrina al estrés y en la respuesta inmunitaria. Todos estos trabajos en modelos animales, en el laboratorio y en el medio natural, han servido para plantear nuevos interrogantes y sugerir algunas respuestas, respecto al papel esencial de las experiencias tempranas en el normal desarrollo de la conducta humana.

Los estudios clínicos indican como la adversidad psicosocial, el maltrato y la falta de cuidados del niño,



aumentan el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad y depresión, trastornos del comportamiento y abuso de sustancias en la adolescencia. Los mecanismos serían similares, alteración de la respuesta inmunoneuroendocrina y aumento de la vulnerabilidad para sufrir estas y otras enfermedades. Cuanto mayor es la intensidad del factor ambiental anómalo, como el maltrato, o el mayor número de acontecimientos vitales estresantes, mayor es el riesgo de psicopatología.

La investigación de los factores de riesgo, de tipo ambiental, para la normalidad de la conducta ha enlazado con el estudio de los factores que tienen un carácter protector. El contacto con la madre y la interacción madre-

hijo, parece ser un factor regulador clave del equilibrio homeostático del organismo, de la protección para sufrir enfermedades y de la normalidad de la conducta del animal y del ser humano.

Puede concluirse que la percepción que el individuo tiene de sí mismo y de su medio ambiente y la capacidad de respuesta y adaptación a las demandas de la vida dependen, en gran parte, de las experiencias vividas durante la infancia.

En esta conferencia se plantean estos temas y las líneas actuales de investigación, poniendo de relieve la complejidad de los mecanismos etiopatogénicos implicados en la psicopatología de la infancia y adolescencia.

---

## 16:00-17:30 MESAS REDONDAS

---

### UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (Auditorio AXA)

*Coordinador: Celso Arango López. Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

*Unidad de hospitalización infanto-juvenil del Hospital Clínico de Valladolid*

*Carmina Ballesteros Alcalde. Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital Clínico de Valladolid*

*Carlos Imaz Roncero. LE en Psiquiatría. Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital Clínico de Valladolid*

---

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para Niños y Adolescentes se crea en cumplimiento de un Real Decreto del 2006 que detalla la asistencia a la salud mental infanto-juvenil, incluyendo en ella el tratamiento ambulatorio, en hospital de día y hospitalización en unidades de agudos, cuando se precise.

En mayo de 2007 se crea la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil Regional de Castilla y León, dentro de un Hospital General de tercer nivel – Hospital Clínico Universitario de Valladolid -, e incluida en el Servicio de Psiquiatría. Dotada de 8 camas en 4 habitaciones dobles, 4 despachos y 2 salas de uso general, además de espacios propios para enfermería y personal

auxiliar. El equipo lo componen un psiquiatra a tiempo total y otro a tiempo parcial, que comparte su tiempo con la asistencia a un Centro de adolescentes con graves problemas de conducta. Así mismo, un psicólogo tiempo parcial. 5 Enfermeras especialistas en salud mental y 5 auxiliares de clínica atienden los tres turnos de asistencia. Y se completa un terapeuta ocupacional, una profesora, una trabajadora social y un celador. Se dispone de personal de seguridad para el apoyo en la contención de los episodios disruptivos.

Desde su puesta en funcionamiento hasta 31 de diciembre de 2011 se han atendido 476 menores de 18 años (255 varones y 221 mujeres). Los menores de 11 años consti-



tuyen un 9% de los ingresos, el grupo entre 11 y 13 años el 25% y los mayores de 13 años el 66%. En la distribución por sexos los ingresos corresponden a un 55% de varones, porcentaje que varía según grupos de edad, siendo un 76% en menores de 11 años; de 59% entre 11 y 13 años, reduciéndose a un 49% en los mayores de 13 años.

Los ingresos proceden de todas las áreas asistenciales de la Autonomía, siendo de reseñar que provienen de autonomías limítrofes. El índice de ocupación durante el primer año fue del 74% aumentando en años siguientes hasta un 85%.

El motivo de ingreso ha sido en un 76% para tratamiento intensivo por psicopatología grave, y el 24% para precisar el diagnóstico o realizar un diagnóstico diferencial.

La causa inmediata más frecuente que provoca el ingreso es la agresividad, en un 52% (29% por heteroagresividad, 13% por autoagresividad – donde se incluyen los intentos autolíticos - y un 10% por auto/heteroagresividad). La siguen los Trastornos del comportamiento alimentario (19%), psicosis (13%) y cuadros de ansiedad (9%) incluyendo en el resto cuadros clínicos obsesivos, afectivos, o incluso por patología orgánica importante asociada a la psicopatológica.

Los diagnósticos principales al alta varían en función de edad y sexo. No obstante, se puede señalar que la causa más frecuente es el grupo de Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90-F98) con un

26%, los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos (F40-49) con un 20%, los Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-59) con un 16% y la Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-29) con un 12% de los ingresos, Trastornos del humor (afectivos) (F30-39) un 6%, Trastornos del desarrollo psicológico (F80-89) en un 6%, Intoxicaciones voluntarias (X60-X84) un 5%.

Las ventajas que ha supuesto la existencia de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil para la asistencia en la Psiquiatría de la Autonomía son numerosas en la consideración de los paidopsiquiatras de dicha Autonomía. La Unidad permite una asistencia intensiva, atender las exploraciones y aspectos médicos no psiquiátricos de los pacientes y de forma más rápida, así como, ayudar a formular un diagnóstico más preciso. Goza de ciertos aspectos de “medio terapéutico” y de atención intensiva hospitalaria. Favorece la observación y tratamiento del menor evitando interferencias familiares y/o ambientales.

Las dificultades fundamentales son la lejanía del domicilio familiar de los pacientes que complica la asistencia de los padres a entrevistas y programas terapéuticos. En algunas ciudades esta resistencia paterna conlleven que algunos pacientes, sobre todo adolescentes, se ingresen en Unidades de Psiquiatría General, en otras se han adecuado algunas camas para estas edades. Y por otra parte se ha hecho muy evidente en los últimos meses la escasez de camas para atender las necesidades de la Comunidad.

---

## Unidad de hospitalización infantil y juvenil del hospital clínic de barcelona

*Luisa Lázaro García. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona*

---

La unidad de hospitalización infantil y juvenil del Hospital Clínic de Barcelona fue creada en el año 1996 con el objetivo de dar asistencia psiquiátrica hospitalaria a todos los menores de 18 años con patología aguda y que procedieran de diversos distritos de Barcelona ciudad, así

como de otros sectores territoriales (Unidad de Referencia en psiquiatría Infantil –U.R.P.I.-). Desde su inicio, se intentó ofrecer una serie de ventajas que incluían la posibilidad de atender todo tipo de trastornos psiquiátricos (alimentarios y no alimentarios), la existencia de una sala



de psiquiatría con posibilidades de contención, a diferencia de las camas de psiquiatría incluidas en Unidades de Pediatría, así como la posibilidad de atender todo tipo de trastornos psiquiátricos con comorbilidad médica, al estar ésta unidad ubicada en un hospital general. La exposición, además de definir la estructura física, la organización funcional y los recursos profesionales con los que cuenta la Unidad, hará especial hincapié en detallar los cambios acontecidos a lo largo de los más de 15 años de evolución asistencial. Dichos cambios se organizarán en 3 ámbitos fundamentales: 1/ Patología y pacientes; 2/ Cambios psicosociales que acompañan al niño y adolescente enfermo; 3/ Modificaciones en la estructura y recursos humanos de la unidad.

En un inicio, un amplio porcentaje de la patología que originaba el ingreso en la Unidad fueron los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), debido principalmente a ser Unidad de Referencia para toda Cataluña para estos trastornos. Con el paso de los años, la necesidad de ingreso de pacientes con TCAs y de otros trastornos psiquiátricos se fue igualando, siendo en la actualidad una más, si bien frecuente, de las patologías de ingreso en esta Unidad. Este hecho ha originado que a lo largo de los últimos 15 años se hayan ido añadiendo nuevas Guías Clínicas o Protocolos de Actuación Terapéutica (Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastornos de Conducta) a las ya existentes inicialmente para los TCAs (Anorexia nerviosa y trastornos relacionados, Bulimia Nerviosa y trastornos relacionados). Otro cambio importante a lo largo de estos años ha sido la disminución de edad de los pacientes ingresados, observándose en estos últimos años un incremento de pacientes prepúberes. Este hecho

ha motivado la incorporación de nuevas actividades, terapéuticas y educativas, con la finalidad de poder separar, en la medida de lo posible, niños menores de 12 años y mayores de esta edad.

En segundo lugar, hemos observado importantes cambios psicosociales que han originado una mayor complejidad no solo en el desarrollo y exposición de la enfermedad del niño y adolescente, sino en las dificultades para llevar a cabo un correcto proyecto terapéutico, que pudiera ir algo más lejos de la mera resolución de los síntomas agudos de la enfermedad. En estos cambios sociales y familiares podemos destacar los cambios en la estructura de la familia nuclear, la disminución de la familia extensa, la inmigración, las adopciones, el aumento de tutelas del menor por parte del Estado, etc.

En último lugar, se comentarán los cambios progresivos que se han ido realizando a medida que se detectaban necesidades especiales y que se centraban fundamentalmente tanto en la estructura física de la Unidad (medidas de seguridad, incorporación de habitación de tiempo fuera,...) como en los recursos profesionales de ésta (necesidad de formación específica de todos los profesionales en la psicopatología en estas edades, incorporación de otras profesionales -personal docente, ocupacional-).

Finalmente, se abordará la necesidad de recursos específicos (subagudos, residenciales), todavía no desarrollados completamente en nuestra sociedad y cuya ausencia crea problemas en la correcta gestión de los recursos asistenciales propios de una Unidad de Hospitalización para patología aguda en niños y adolescentes.

---

## Unidad de adolescentes del hospital general universitario gregorio marañón de madrid

*Dolores Maria Moreno Pardillo. Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid*

---

La Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (H.G.U.G.M.) fue inaugurada en noviembre de 2000, siendo en el momento de su inauguración el único recurso existente para el ingreso específico de patología psiquiátrica adolescen-

te en la Comunidad de Madrid.

La Unidad ha logrado consolidarse como un elemento de referencia no sólo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid sino también a nivel estatal, gracias al trabajo y motivación de los profesionales que integran la Unidad.



La introducción del EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de gestión es sólo un paso más en la búsqueda constante hacia la excelencia y la calidad de los servicios que se prestan, objetivo perseguido desde la inauguración de la Unidad.

Esta Unidad forma parte del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, hospital perteneciente a la Comunidad de Madrid que presta servicios a la población de referencia del Área sanitaria 1. Sin embargo, la Unidad es un recurso supraárea, por lo que cubre la hospitalización de adolescentes de las áreas antiguas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, con un total de 3.786.572 habitantes. De esta población se estima que unos 658.382 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, y son por lo tanto la población de referencia de la Unidad de Psiquiatría Adolescente.

Su objetivo principal es el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total. Para ello cuenta con 20 camas y un personal multidisciplinar especializado en la atención a esta población. Como objetivos específicos de la unidad, citaremos los siguientes:

- Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 12 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- Reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.
- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en

un medio hospitalario.

- Realización de actividades de formación continua y docencia.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Madrid.
- Coordinación con instituciones sociales, educativas y sanitarias extra-hospitalarias.
- Información y apoyo a familiares y representantes legales de los menores con trastornos mentales.
- Realizar investigación clínica y traslacional en neurodesarrollo y psiquiatría del niño y del adolescente (la Unidad es un grupo acreditado del CIBERSAM).

Aunque la actividad principal de la Unidad es la hospitalización breve de adolescentes, presta también los servicios de consultas ambulatorias en las que se cuenta con programas específicos como el de primeros episodios psicóticos en infancia y adolescencia.

Desde la inauguración de la Unidad de Adolescentes se han otorgado múltiples premios tanto a los profesionales que trabajan en la misma como a la propia Unidad. Todos los trabajadores de la Unidad, ahora parte de la Sección de psiquiatría del niño y del adolescente, estamos especialmente orgullosos de los reconocimientos que nos han otorgado por la calidad asistencial prestada. Los principales premios obtenidos estos últimos años son:

- Premio a la Excelencia Clínica para Servicios otorgado por la Sociedad Española de Psiquiatría (año 2009)
- VI Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público en la Comunidad de Madrid
- V Premio de Excelencia de la Comunidad de Madrid
- Premio Pfizer a la Innovación y Excelencia en Gestión Clínica
- Premio de Farmaindustria: Mejores iniciativas al servicio del paciente 2006



---

## ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN LOS TEA (TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA) (Sala Barcelona, NH Constanza)

*Coordinadora: Marta Maristany. UETD. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

### Explorando las bases genéticas de los TEA

*Bru Cormand. Grupo de investigación de neurogenética. Facultad de Biología. Universidad de Barcelona*

---

El autismo se caracteriza por alteraciones en la interacción social recíproca, dificultades en la comunicación verbal y no verbal, comportamientos e intereses estereotipados, y edad de inicio durante los primeros tres años de vida. El autismo representa el extremo de un espectro de alteraciones sociales y de la comunicación y problemas de comportamiento (Trastornos del Espectro Autista, TEA), que incluyen autismo infantil, autismo atípico, síndrome de Asperger y Trastorno Pervasivo del Desarrollo no Especificado (PDD-NOS), con una prevalencia combinada del 1,1%. Los estudios de gemelos y familiares demuestran una heredabilidad del trastorno superior al 85% y la existencia de una base genética compleja, con la participación de múltiples genes de susceptibilidad que interactúan entre sí y con factores ambientales. Sin embargo, en la mayoría de casos no ha sido posible establecer las causas precisas de la enfermedad.

Se han usado distintas aproximaciones experimentales o combinaciones de ellas para identificar genes de susceptibilidad a los TEA, que incluyen el estudio de anomalías cromosómicas a nivel citogenético, el análisis de ligamiento genético en familias con múltiples individuos afectados, los estudios de asociación dirigidos a genes candidatos o a escala genómica (GWAS), el análisis de Variaciones del Número de Copias (CNVs) y finalmente, el cribado de variaciones genéticas raras en genes candidatos o a nivel de exoma. Ello ha permitido identificar anomalías cromosómicas en 15q y 22q, varios loci de ligamiento genético en 2q, 7q, 11p y 17q, algunas variantes comunes de susceptibilidad en genes implicados en adhesión celular como CDH9 y CDH10, o en el desarrollo axonal, como SEMA5A, variaciones del número de

copias de regiones genómicas que incluyen genes como NRXN1, CNTNAP2 o SHANK3, implicados en la formación de la sinapsis neuronal, y también variantes raras puntuales en genes como NRXN1, NLGN3, NLGN4 o SHANK3, entre otros.

El grupo de Neurogenética del Departamento de Genética de la Universidad de Barcelona, en colaboración con el Hospital Mútua de Terrassa y el Hospital Sant Joan de Déu, entre otros centros, ha centrado sus estudios sobre la base genética de los TEA en la identificación de variantes genéticas raras y variantes comunes de susceptibilidad, con el objetivo de contrastar las hipótesis etiológicas Common Disease/Common Variant (CDCV) y Common Disease/Rare Variant (CDRV). Además, se han combinado enfoques libres de hipótesis (secuenciación de exomas, la fracción codificante del genoma, en familias con varios hijos autistas) con enfoques basados en hipótesis (exploración de sistemas de genes candidatos, como los implicados en la neurotransmisión serotoninérgica/dopaminérgica o las neurotrofinas y sus receptores, mediante estudios de asociación caso-control).

Los resultados de los estudios de asociación han permitido identificar varios genes de susceptibilidad a los TEA, como DDC, que codifica para la dopamina decarboxilasa, una enzima fundamental en las vías de síntesis de los neurotransmisores dopamina y serotonina, y BAIAP2, potencialmente implicado en el establecimiento de la lateralidad cerebral. Por otro lado, la secuenciación de exomas en familias multiplex ha permitido identificar variantes raras en genes no relacionados previamente con esta patología.



## Substancias químicas en el ambiente y maduración cerebral. El caso de los tea

Jordi Sunyer. *Universitat Pompeu Fabra. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Center for Research on Environmental Epidemiology. Fundación IMIM. Barcelona*

---

Little is known about environmental causes and contributing factors for autism. Basic science and epidemiologic research suggest that oxidative stress and inflammation may play a role in disease development. Traffic-related air pollution is a common exposure with established effects on these pathways.

The major suspected culprit of the systemic health effects of traffic air pollution are the ultrafine particles (UFP; i.e. atmospheric particles with aerodynamic diameter of < 100 nm). Particles from vehicle emissions can be divided into primary particles formed in the vehicle and secondary particles formed in the atmosphere after emission. Primary particles are insoluble agglomerates of carbonaceous material which may contain metallic ash and adsorbed or condensed hydrocarbons; secondary particles, volatile and comprised mainly of hydrocarbons, are generally in the nanoparticle size range (below 30 nm) and mostly soluble. Small insoluble particle size allows better penetration and diffusion and major particle deposition in the respiratory tract, translating to a systemic reaction as well as direct translocation in the brain. In rats, intratracheal instillation of particles less than 100 nm labeled with radioactivity was subsequently detected in several organs, including the brain. Ultrafine carbon particles and Mn nanoparticles have been found in the olfactory bulb and the cerebrum and cerebellum after inhalation. Changes in cytokine expression in brain mice have been directly linked to intranasal exposure to ultrafine carbon and metallic particles (Guxens and Sunyer 2012).

Air pollution exposure during pregnancy has been reported to have physical and developmental effects on the fetus. In a case control study with 304 autism cases and 259 typically developing controls enrolled in the Childhood Autism Risks from Genetics and the Environ-

ment (CHARGE) study, maternal residence at the time of delivery was more likely be near a freeway ( $\leq 309$  m) for cases than for controls [odds ratio (OR) = 1.86; 95% confidence interval (CI), 1.04–3.45]. Autism was also associated with residential proximity to a freeway during the third trimester (OR = 2.22; CI, 1.16–4.42). After adjustment for socioeconomic and sociodemographic characteristics, these associations were unchanged. Living near other major roads at birth was not associated with autism (Volk H et al 2011).

Two other case-control studies explored the association between hazardous air pollutants and autism spectrum disorders at 8-9 years, one in San Francisco Bay area and another in North Carolina and West Virginia (Kalkbrenner et al 2010; Windham et al 2006). Hazardous air pollutants include hundreds of metals, particulate, and volatile organic compounds known to harm human health. The National Air Toxics Assessment (NATA) program from the US Environmental Protection Agency uses emissions data to model annual-average of hazardous air pollutants levels for each census tract. Individual exposure to hazardous air pollutants was assigned to each subject (cases and controls) using the modelled levels corresponding to the census tract of the birth address. Windham et al. found a significant association of autism spectrum disorders with higher ambient air concentrations of metals such as cadmium, mercury, and nickel. Kalkbrenner et al. estimated null associations between several pollutants including PAH, arsenic, lead, manganese, mercury, and toluene. The main limitation of this study was the selection of controls that had speech and language impairments. They assume that these problems would not be appreciably affected by air pollution.

Toxicologic studies suggest a biologically plausible role of air pollution in disrupting brain development and



function during critical time points in gestation and early life. Diesel exhaust particles present in traffic-related pollution have been shown to have endocrine-disrupting activity and to transplacentally affect sexual differentiation and alter cognitive function in mice (Hougaard et al 2008). The emerging evidence that oxidative stress and inflammation are also involved in the pathogenesis of autism may suggest a biologically plausible rationale for the observed associations in our study. Research examining serum biomarkers reported increased levels of the proinflammatory cytokines tumor necrosis factor- $\alpha$ , interleukin (IL)-6, IL-8, and colony-stimulating factor II, as well as two markers of T-helper 1 immune response (interferon- $\gamma$  and IL-8), in postmortem brain tissue of autism cases compared with controls (Li 2009) matching with the emerging evidence that oxidative stress and inflammation are also involved in the pathogenesis of autism.

Overall, there is the suspicion that urban air pollution could play a role in autism which deserves deeper and more extended research.

## References

1. Guxens M, Sunyer J. A review of epidemiological studies on neuropsychological effects of air pollution. *Swiss Med Wkly*. 2012 Jan 3;141:w13322.
2. Hougaard KS, Jensen KA, Nordly P, Taxvig C, Vogel U, Saber AT, et al. Effects of prenatal exposure to diesel exhaust particles on postnatal development, behavior, genotoxicity and inflammation in mice. *Part Fibre Toxicol* 2008; 5:3.
3. Kalkbrenner AE, Daniels JL, Chen JC, Poole C, Emch M, Morrissey J. Perinatal exposure to hazardous air pollutants and autism spectrum disorders at age 8. *Epidemiology*. 2010;21(5):631-641.
4. Li X, Chauhan A, Sheikh AM, Patil S, Chauhan V, Li XM, et al. Elevated immune response in the brain of autistic patients. *J Neuroimmunol* 2009;207:111-116.
5. Windham GC, Zhang L, Gunier R, Croen LA, Grether JK. Autism spectrum disorders in relation to distribution of hazardous air pollutants in the san francisco bay area. *Environ Health Perspect*. 2006;114(9):1438-1444.
6. Volk HE, Hertz-Picciotto I, Delwiche L, Lurmann F, McConnell R. Residential Proximity to Freeways and Autism in the CHARGE Study. *Environ*

## Tea en el dsm5 y heterogeneidad fenotípica

*Amaia Hervás. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona*

La nueva edición de la Asociación Americana de los Trastornos Mentales DSM5 va a incluir cambio muy importante respecto de la clasificación de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) del DSM IV-TR. Se prevé que se cambiará la terminología TGD por Trastornos del Espectro Autista (TEA), término que implica una denominación más dimensional del autismo. Se eliminarán las subcategorías actualmente incluidas dentro de los TGD, como es el Autismo Infantil, Síndrome de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado. El Síndrome de Rett no será una subclasificación de TEA pero se podrá diagnosticar TEA asociado a Trastornos Médicos en los cuales se podrán incluir el

Síndrome de Frágil X, Síndrome de Rett etc. Cambiarán considerablemente los criterios diagnósticos de los TEA de tal manera que se harán más restrictivos. Todos los TEA tendrán que tener afectación de la reciprocidad social, dificultades en establecer y mantener relaciones con sus iguales, afectación de la comunicación verbal y no verbal y afectación de dos áreas de conductas repetitivas: intereses restringidos, intolerancia al cambio en rutinas y ambiente y/o estereotipias-hipersensibilidades sensoriales. Este requerimiento más estricto de síntomas supondrá también un cambio en datos epidemiológicos de los TEA usando los criterios del DSM5.

Otro cambio supondrá respecto a la comorbilidad de



TEA. Actualmente, el DSM IV-TR no permite el diagnóstico comórbido TDAH y TEA que se prevé que cambiará en el DSM5. Esto supondrá también un cambio en la prevalencia y abordaje del TDAH.

Se presentarán datos de una amplia muestra clínica de pacientes con TEA procedente del Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Se discutirá aspectos de heterogeneidad fenotípica de la muestra con respecto a datos de género y sus diferentes presentaciones entre chicos y chicas. En previos estudios se ha encontrado una preponderancia importante del género masculino sobretodo en TEA de alto funcionamiento presentando clínicamente el género femenino una menor repercusión de conductas repetitivas y estereotipadas. También se presentará las diferencias fenotípicas respecto a las habilidades cognitivas en pacientes con TEA. La comorbilidad es otro aspecto que varía acorde a diferencias cognitivas en TEA y género. Se discutirá sobre la comorbilidad de TEA con sínto-

mas de otros trastornos psiquiátricos como es el TDAH, ansiedad, depresión y conducta. Una nueva categoría diagnóstica está prevista ser incluida en el DSM5 como es el Trastorno de Autorregulación Emocional (TAE) que se predice que en un alto porcentaje esta asociado a TEA. Se presentará los resultados de la comorbilidad de TEA con síntomas del TAE. Las diferencias fenotípicas relacionadas con género, capacidad cognitiva y comorbilidad se elaborarán desde el punto del abordaje clínico e implicaciones para el paciente y su familia.

También se explorarán los aspectos fenotípicos relacionados con la heterogeneidad genética. Aspectos fenotípicos relacionados con familias con una carga genética importante como son las familias múltiplex, con pacientes afectados con variaciones genéticas raras como son los CNVs y si esto va asociado a características clínicas fenotípicas diferenciales. Por último que aspectos se ven relevantes desde el punto de vista de la farmacogenética.

---

## DE LA GENÉTICA A LA INTERVENCIÓN EN TCA (SALA KURSAL, NH CONSTANZA)

*Coordinador: José Mariano Velilla Picazo. Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza*

### El polimorfismo -1438A/G del promotor del gen receptor de serotonina 5HT2A en adolescentes con Anorexia Nerviosa Restrictiva

*Paloma Gil Puga. Fundación Andrea Prader. Zaragoza*

---

Este estudio examina la Anorexia Nerviosa de tipo Restrictivo (ANR) desde una perspectiva global, tratando de identificar posibles factores predisponentes y así poder establecer un perfil de riesgo. Se analiza el polimorfismo -1438A/G del gen del receptor de la serotonina 5-HT<sub>2A</sub>, la agregación familiar y el estado del paciente, tanto a nivel psicológico (los factores relacionados con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), la obesidad, la ansiedad, el estado depresivo y el Carácter y Temperamento), como neurofisiológico (la profundidad máxima de sueño) o endocrino.

La muestra consta de 30 pacientes (7 niños y 23 niñas) diagnosticados de ANR en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de 14,4±1,8 años. La mitad de ellos reciben antidepresivos / antipsicóticos dependiendo del

caso. Se estudia además el ADN de los progenitores de los pacientes que presentan el polimorfismo (N = 33) (16 madres, 17 padres).

Al analizar los genogramas se observa que existe una significativa mayor frecuencia de familiares de pacientes con ANR que sufren un TCA, Trastornos del Estado de Ánimo o Trastornos de Ansiedad. Es llamativa la gran frecuencia de abuelas por vía materna con depresión.

La presencia del alelo A es significativamente más frecuente en los pacientes con ANR (77%) que en los controles (66'6%), siendo el grado de heterocigoto -1438AG el más común en la población estudiada. La presencia del polimorfismo en los progenitores de aquellos pacientes portadores es muy superior respecto a las poblaciones



control utilizadas (82% vs. 66% y 67'1%). El 94% de las madres presentan el polimorfismo, con una proporción muy elevada de homocigotos AA respecto al resto de los grupos, mientras que el 71% de los padres son portadores.

En cuanto al perfil psicológico, los resultados son coherentes con lo ya estudiado para ANR, excepto en el Temperamento y Carácter (TCI-R), que se contraponen a lo descrito por Cloninger. En relación con el ADN, las puntuaciones en la subescala de Duda y Conciencia Estricta del MOCI de los pacientes homocigotos AA son significativamente superiores a las obtenidas por el resto de pacientes AG o GG, mientras que en la subescala de Comprobación tan sólo son superiores respecto a los heterocigotos AG. En la subescala de Bulimia del EDI-2 los pacientes con ANR que presentan el polimorfismo tienen puntuaciones significativamente superiores a los que no lo presentan, encontrándose todas las respuestas por debajo de la media.

Respecto al área neurofisiológica, la mayoría de los pacientes con ANR (57'1%) muestran una profundidad máxima de sueño disminuida respecto a la de los niños de su edad, incluso si reciben antidepresivos o antipsicóticos. Los homocigotos AA presentan de modo significativo una profundidad máxima de sueño alterada y también

los heterocigotos AG pero estos no de modo significativo. Curiosamente, los pacientes sin el polimorfismo también presentan una profundidad máxima de sueño disminuida de modo significativo.

A nivel endocrino estos pacientes presentan niveles bajos de ACTH y de IGF-I, a pesar de estar en una fase de recuperación del peso, situándose el resto de parámetros en valores normales.

Basándonos en estos resultados preliminares creemos que es posible elaborar un perfil de riesgo a padecer ANR cuando los niños presentan un genograma familiar similar al que hemos descrito, son portadores del polimorfismo -1438A/G del promotor del gen del receptor de la serotonina 5HT2A, se corresponden con las características psicológicas encontradas y muestran una profundidad máxima de sueño alterada.

Este perfil "avisador" pretende contribuir al reconocimiento en niños prepuberales con de un posible riesgo a desarrollar una ANR en edades posteriores, para aplicar en esos casos programas preventivos acordes con su edad.

Para confirmar estos resultados esperanzadores pretendemos proseguir este estudio.

---

## Estudio gemelar de tca en la comunidad valenciana

Luis Rojo Moreno. Sección de Psiquiatría Infantil. Unidad de TCA. Hospital La Fe. Universidad de Valencia

Luis Rojo<sup>1,2,3</sup>, Natalia Gimeno<sup>3</sup>, Carmen Iranzo<sup>4</sup>, Isabel Martín<sup>2</sup>, Luis Rojo jr<sup>5</sup>

1. Departamento de Medicina, Universidad de Valencia

2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari i Politecnic La Fe. Valencia

3. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERSP)

4. Unidad de Salud Mental. Bunyol. Valencia

5. Fundación para la Investigación. HU La Fe.

---

En los últimos años han sido numerosos los estudios sobre la influencia de polimorfismos en genes específicos en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Por citar dos de los de mayor relevancia, mencionaremos el de Pinheiro et al (2010) y el de Wang et al en 2011.

Pinheiro et al analizan 5151 SNPs (single nucleotide polymorphisms) en 182 genes candidatos en población constituida por 1085 casos de Anorexia Nerviosa y 677 controles. No detectaron asociaciones estadísticamente significativas entre ningún SNPs o haplotipo con ninguna



de las tres definiciones de enfermedad que tuvieron en cuenta (ANp, ANp sin BED, ANr).

Tampoco en el estudio de asociación sobre el genoma (GWAS) de Wang et al (2011) ha obtenido resultados extraordinariamente significativos sobre 1033 casos de AN y 3733 controles pediátricos. Sólo verificaron resultados previos de una asociación de la AN con polimorfismos en HTR1D (Receptor serotonina 1D), y OPRD1 (receptor Delta 1 opioide).

Esta sequía de hallazgos es atribuible a varias razones que van desde la insuficiencia que los fenotipos clínicos tienen en psiquiatría en general y en el campo de los trastornos alimentarios en particular, al hecho de que los factores genéticos que operan en enfermedades complejas son fundamentalmente aditivos. Es decir, la influencia genética, responsable de la expresión de un determinado fenotipo, se produce como consecuencia de la suma de pequeños efectos debidos a múltiples genes. La mejor evidencia de ello son los resultados de diferentes estudios gemelares publicados hasta la actualidad. El mejor ejemplo es el de Bulik et al (2006) quienes, en una amplia población de gemelos suecos, obtienen una heredabilidad del 56% para la AN.

Una deriva importante que han tomado los estudios gemelares, a la vista de la baja fiabilidad que tienen sus fenotipos clínicos, es el estudio de las influencias genéticas en sus factores de riesgo. En este contexto hay que incluir el estudio gemelar que venimos realizando con población de la CV. La población gemelar se ha obtenido a partir de escolares participantes en un programa insti-

tucional de detección y prevención de trastornos alimentarios. Se ha utilizado en su extracción una metodología propia para grandes muestras de población: identificación a partir del centro escolar y superposición de iniciales y fechas de nacimiento. Con posterioridad se analizó la cigosidad a partir de una encuesta de parecidos físicos, ampliamente utilizada en estudios similares y que fue validada en nuestra población.

Se dispone de una muestra total de 526 parejas, 181 MZ (105 de niñas, 76 de niños) y 245 DZ (95 de niñas, 75 de niños y 175 mixtas). Se utiliza para el análisis el programa MX que permite descomponer en la varianza fenotípica los efectos debidos a la genética aditiva (A), el entorno común (C) y el entorno específico (E). Es lo que se conoce como descomposición de Cholesky. Se aplica tanto a un modelo univariado para factores de riesgo (Dieta, impulso a la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, exposición a burlas), como un modelo bivariado con el que se pretende investigar si hay fenómenos de herencia o entornos compartidos entre algunos de los factores de riesgo analizados.

- Pinheiro et al (2010) Association Study of 182 Candidate Genes in Anorexia Nervosa. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2010 July; 153B(5): 1070–1080. doi:10.1002/ajmg.b.31082
- Wang et al (2011) A genome-wide association study on common SNPs and rare CNVs in anorexia nervosa- *Molecular Psychiatry* (2011) 16, 949–959



## Intervención comunitaria en tca y sobrepeso en el norte de españa

*Pedro Manuel Ruiz-Lázaro. Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS*

*Ruiz-Lázaro, Pedro Manuel; Gómez del Barrio, José Andrés\*; Pérez Hornero, Jesus\*\*; Calado Otero, Maria\*\*\*.*

*Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS. pmruiz@aragon.es*

*\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander andresgomez@humv.es*

*\*\*Unidad TCA Hospital Conxo. Santiago de Compostela jepedor@msn.com*

*\*\*\*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. mcalado@terra.es*

### Introducción:

se justifica la posibilidad de realizar un programa integrado de prevención primaria selectiva que reduzca el riesgo de TCA y de sobrepeso en adolescentes.

Tras un estudio epidemiológico de TCA en una muestra amplia representativa estratificada representativa comunitaria de 4.047 adolescentes españoles de 12-18 años con métodos estandarizados (en dos estadios) se puso en marcha un estudio prospectivo para examinar el efecto de un programa escolar controlado para la prevención de TCA.

El grupo ZARIMA Prevención ha desarrollado un programa manualizado de acción comunitaria que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria. Ha sido incluido en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, M.H.E. financiado por la Comisión Europea (Mental Health Europe, 2001) y recomendado para su empleo con poblaciones de habla hispana en los Estados Unidos (Levine y Smolak, 2006). Se ha gestado en colaboración con la asociación de familiares de TCA (ARBADA) y el Consejo Nacional de la Juventud de Aragón (CJA), y fue declarado de interés sanitario y financiado por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón y por el Fondo de Investigación Sanitaria.

### Objetivo:

demostrar prevención primaria de TCA y sobrepeso con una intervención en medio escolar con un programa manualizado.

### Método:

seguimiento a doce meses de la aplicación por equipos interdisciplinarios del Programa manualizado ZARIMA en ensayo controlado aleatorizado multicéntrico (FIS PI05/ 2533) en 1633 adolescentes tempranos escolarizados de la Zona Norte de España (Comunidades de Aragón, Cantabria y Galicia) de 1.813 de la muestra inicial (90,1%) de 1º de la E.S.O.

### Programa:

en todos los centros de las diferentes ciudades se aplica el mismo programa por investigadores estandarizados. La intervención consiste en cinco sesiones semanales de 120 minutos de duración. Se integra en el horario escolar habitual, con actividades en pequeño grupo, coeducativos, técnicas de implicación en alimentación, en imagen corporal, diferencias genéricas, habilidades para resistir la presión social, la influencia sociocultural, interpretar y resistir la influencia de los medios de comunicación, autoestima/autoconcepto, habilidades sociales y comunicativas, entrenamiento asertivo.

Diferentes enfoques técnicos y metodológicos se aplican, como "role-playing", juegos, discusión en pequeño grupo, debates, video, diapositivas, dibujo, representaciones. Las intervenciones se diseñan para llegar a los estudiantes en lo cognitivo, emocional y conductual.

Los asuntos discutidos en las sesiones son de naturaleza emocional, sensible. En todos los casos dos o tres miembros del equipo están disponibles para responder preguntas.



72

Se trabaja con adolescentes, padres y profesores. Se combina la evaluación por profesores, entrenamiento de padres y entrenamiento en habilidades de los estudiantes.

Un año después se da una sesión de refuerzo en nutrición e imagen corporal con actividades en pequeño grupo, técnicas activas, actividades interactivas (Pirámide alimentos, silueta), vídeo DVD de 6 minutos “Comer bien, verse mejor” seguido por discusión de 30 minutos, de sentimientos y experiencias obtenidas del vídeo, y un folleto para los alumnos. Y otra sesión para padres (información sobre TCA, vídeo y discusión de 30 minutos). Los folletos tienen una versión cántabra, canaria y vasca (bilingüe).

Se escribe un extenso manual, una guía teórica/ práctica (material educativo del programa) que se publica y distribuye gratuitamente, la “Guía práctica. Bulimia y anorexia. Prevención de TCA” con siete capítulos teóricos con información para educadores y siete prácticos con objetivos y tareas para adolescentes y padres.

### **Resultados:**

demuestra ser efectivo con diferencias significativas con el CONFINT versión 3.0 PEPI de Abramson y Gahlinger (1993-99) de 1,8% (IC 90% 0,00112 a 0,03568) entre las proporciones de riesgo de TCA en el grupo de intervención (4,48%) y grupo control (6,632%) al año de aplicarlo en adolescentes tempranos en la escuela.

Se justifica la posibilidad de realizar un programa integrado de prevención que reduzca el riesgo de TCA y sobrepeso. Tras aplicar el programa ZARIMA el grupo SANTUCA en ensayo controlado en una muestra de 437 adolescentes cántabros de 1º E.S.O. al año de seguimiento las tasas de sobrepeso ( $P_c < 85$ ) son de un 29,7% en el grupo intervención frente a un 41,3% de los controles con cambio en las chicas y en el sobrepeso (13,4% frente a 24,6%) no así en la obesidad.

### **Discusión:**

se trata del primer programa que demuestra ser eficaz en la prevención del riesgo de TCA y de sobrepeso.



# SÁBADO 12 DE MAYO

## 09:00-10:30 MESAS REDONDAS

---

### **TDAH: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS, IMPACTO FUNCIONAL Y APLICACIÓN CLÍNICA (Auditorio AXA)**

*Coordinador: César Soutullo. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.*

### **Neuroimagen en TDAH en edad infantil y adolescente**

*Oscar Vilarroya. Unitat de Recerca en Neurociencia Cognitiva (URNC). Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.*

---

### **Factores genéticos implicados en el tdah en la infancia: papel del sistema dopaminérgico**

*Marta Ribasés. Servicio de Psiquiatría. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.*

---

La dopamina es un neurotransmisor catecolaminérgico que juega un papel fundamental en la regulación de diversas funciones motoras, neuroendocrinas, motivacionales y afectivas. Diferentes estudios de neuroimagen, genéticos y farmacológicos sugieren la participación de este sistema de neurotransmisión en la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):

(1) La dopamina se expresa en diferentes áreas de cerebro relacionadas con el TDAH, como el núcleo estriado y la corteza frontal.

(2) La dopamina juega un papel fundamental en la regulación de las funciones motrices y cognitivas así como los circuitos de recompensa.

(3) Los pacientes con TDAH presentan niveles alterados del transportador de dopamina en regiones del cerebro implicadas en el trastorno.

(4) Estudios de resonancia magnética han identificado anomalías en regiones cerebrales ricas en inervaciones dopaminérgicas en pacientes infantiles con TDAH.

(5) Los tratamientos farmacológicos de tipo psicoe-

stimulante que muestran efectos terapéuticos exitosos en el TDAH, como las anfetaminas o el metilfenidato, afectan principalmente el sistema dopaminérgico bloqueando el transportador de dopamina y incrementando los niveles de este neurotransmisor en el espacio sináptico.

(6) Modelos animales sugieren alteraciones dopaminérgicas en el TDAH, centrandose su atención en genes que codifican receptores dopaminérgicos, el transportador de dopamina y enzimas implicadas en el metabolismo de este neurotransmisor.

(7) Se han identificado variantes polimórficas en genes dopaminérgicos como factores de riesgo genético implicados en el TDAH a través de estudios de asociación caso-control y familiares.

Todas estas líneas de investigación refuerzan el papel de alteraciones dopaminérgicas en el TDAH. En el presente estudio se ha evaluado la contribución en el TDAH de 9 genes implicados en la neurotransmisión dopaminérgica (DRD1, DRD2, DRD3, DRD4, DRD5, DAT1, TH, DBH y COMT) a través de la genotipación



de 61 polimorfismos de nucleótido simple (SNPs) en una muestra de 533 pacientes con TDAH (322 niños y 211 adultos), 533 controles y 196 núcleos familiares con TDAH de origen español. Se han observado evidencias de la contribución del gen que codifica el transportador de dopamina D1 (DRD1) en TDAH infantil de subtipo combinado. Esta asociación no ha sido detectada al considerar el grupo de pacientes adultos con TDAH, sin em-

bargo, los resultados observados en la muestra infantil se han replicado en una muestra independiente de 353 familias alemanas. La asociación entre el gen DRD1 y el TDAH infantil en dos cohortes Europeas refuerza la validez de los resultados obtenidos y sugiere que alteraciones en el sistema dopaminérgico participan en la etiología del TDAH en la infancia.

---

### **TDAH: desde el genotipo al fenotipo. implicaciones clínicas**

*Amaia Hervás. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona*

---

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que comienza en la infancia y que o bien presentando todas las características clínicas del trastorno o bien presentando el síndrome de manera parcial, con síntomas que tienen una importante repercusión funcional continúa en la edad adulta. El TDAH se caracteriza por la presencia clínica de tres dimensiones de síntomas: hiperactividad, inatención e impulsividad que pueden ocurrir independientemente o bien combinados. La futura clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM5, ha propuesto la eliminación de las subcategorías del TDAH actualmente incluidas en el DSMIV-TR: predominantemente impulsivo, combinado y predominantemente inatento. También se prevé que el DSM5 va a dar importancia a diferentes aspectos de afectación cognitiva y clínica como es el Tiempo Cognitivo Lento, pacientes con TDAH con un procesamiento cognitivo enlentecido y que presentan síntomas exclusivamente de inatención.

Los estudios cuantitativos de genética del TDAH han puesto de relevancia la necesidad de estudiar los aspectos genéticos a nivel molecular implicado en el TDAH. El TDAH es un trastorno que ocurre en familias de pacientes con TDAH con mayor frecuencia de lo esperado. Existen varios estudios que han encontrado polimorfismo de riesgo implicados en la etiología del TDAH. Estudios

recientes indican también que alteraciones cromosómicas raras (CNV) ocurren también en el TDAH como se han implicado en otros trastornos psiquiátricos como es el caso de la esquizofrenia, el autismo etc. Se presentarán los resultados de una amplia muestra clínica de pacientes con TDAH menores de 18 años, muestra recogida en el Hospital Universitario Mutua de Terrassa y se profundizará en los diferentes aspectos relevantes fenotípicos. Se explorarán las diferencias fenotípicas respecto al género de pacientes afectados con TDAH, prevalencia de las diferentes comorbilidades en TDAH y su relación con género y patrones cognitivos. Se explorarán diferencias en el fenotipo y en el abordaje clínico del TDAH asociado a las diferentes comorbilidades: ansiedad, depresión, conducta y el futuro trastorno de autorregulación emocional. Se desconocen muchas de las asociaciones fenotípicas de la comorbilidad del TDAH con el trastorno de regulación emocional, si ésta comorbilidad va más frecuentemente asociado a un número elevado de comorbilidades, si tiene más afectación cognitiva, si se asocia más frecuentemente al género masculino. Se explora en detalle esta comorbilidad. Se comentará la evidencia que existe entre diferencias fenotípicas con determinados genotipos de riesgo en el TDAH. Finalmente la presentación presentará los estudios de farmacogenética presentes en el TDAH y su implicación en la práctica clínica.



## DIFERENTES ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO INFANTO-JUVENIL (Sala Barcelona, NH Constanza)

*Coordinadora: Inmaculada Baeza Pertegaz. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona*

### Síntomas positivos: tratamiento de casos resistentes

*Itziar Flamarique. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona*

La esquizofrenia de inicio temprano (antes de los 18 años) es una forma grave de la enfermedad con peor pronóstico y funcionamiento social. El tratamiento farmacológico de primera línea consiste en antipsicóticos como en adultos (Hollis et al, 2000; Hafner et al, 1995). Sin embargo, hay entorno a un 30-50% pacientes resistentes (Conley et al, 2001). En primer lugar, es importante valorar el cumplimiento y que la dosis del fármaco sea la adecuada.

La clozapina es un antipsicótico utilizado en casos de esquizofrenia resistente a otros antipsicóticos (Kane, 1992; Kane et al, 1988). En adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, se ha mostrado superior a otros antipsicóticos de segunda generación (Fraguas et al, 2011; Shaw et al, 2006; Kranzler et al 2005). También se ha visto que disminuye la conducta agresiva y el número de hospitalizaciones (Sporn et al, 2007; Kranzler et al, 2005). En cuanto a la catatonía, hay estudios en adultos que sugieren que puede mejorar los síntomas catatónicos (England et al 2011; Dursun et al, 2005; Lausberg et al, 1998). Sin embargo, el tratamiento con clozapina presenta efectos secundarios similares a otros antipsicóticos, y especialmente preocupante es el riesgo de agranulocitosis por lo que se ha de monitorizar con regularidad. Para pacientes que responden parcialmente a la clozapina, la potenciación podría ser otra opción de tratamiento, pero no existe ningún estudio en población adolescente con esquizofrenia. En adultos, se ha sugerido que añadir arpiprazol a la clozapina puede mejorar la tolerancia de esta última (Barbui, 2011; Muscatello et al 2011).

Otro tratamiento utilizado en casos de esquizofrenia resistente y síntomas catatónicos es la terapia electroconvulsiva (TEC). Es un tratamiento eficaz en adultos (Chan-

pattana et al 2006) y hay algunos estudios que muestran que la TEC es segura y eficaz para algunos adolescentes con esquizofrenia (Baeza et al, 2010; Bloch et al 2011; Walter et al 1999), tanto para pacientes resistentes como para pacientes con síntomas catatónicos.

La combinación de TEC y clozapina ha sido utilizada en casos resistentes. Dos estudios han revisado esta combinación en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia, en los que encontraron una mejoría de 67 y 72% de la muestra (Havaki-Kontaxaki et al 2006; Kupchik et al 2000). En adolescentes sólo hay algún caso aislado publicado en la literatura.

Otros estudios han sugerido que, la terapia cognitivo-conductual junto con el tratamiento farmacológico, puede reducir la gravedad de los síntomas positivos resistentes al tratamiento (Erickson, 2010).

En el Hospital Clínic realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes que habían recibido tratamiento con TEC entre los 13 y 18 años de edad desde enero 2003 hasta diciembre 2010. Un total de 30 pacientes recibieron TEC en este periodo con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. En 6 pacientes la TEC fue indicada por presentar catatonía, 1 por un síndrome neuroléptico maligno y 23 por ser resistentes a otros antipsicóticos ensayados previamente o problemas de tolerancia. De los 30 pacientes, 14 realizaron tratamiento con clozapina simultáneamente al TEC. Los parámetros de TEC y los efectos adversos fueron recogidos de forma sistemática. Las puntuaciones de la PANSS antes y justo después del TEC, así como la tasa de rehospitalización durante un año de seguimiento fueron utilizadas para valorar la eficacia del tratamiento. La respuesta se definió



como un 20% de descenso en la puntuación de la PANSS.

El 70 % de los pacientes de la muestra respondieron al tratamiento con TEC. La media de mejoría en síntomas positivos fue del  $43,3\% \pm 12,15\%$ . En cuanto a los efectos secundarios, se observaron cefalea, inquietud y mialgia en 12 pacientes, en un 8,7% de las sesiones de TEC. Ningún paciente presentó convulsiones prolongadas, crisis tardías, y en relación a la clozapina, ninguno presentó neutropenia o agranulocitosis. La tasa de rehospitalización de los pacientes que realizaron tratamiento

con clozapina durante un año de seguimiento fue menor (6,3%) respecto al grupo que realizó tratamiento con otros antipsicóticos (58,3%) ( $p=0.004$ ). A modo de conclusión, según los resultados del estudio parece que la combinación de TEC y clozapina es eficaz y segura en la población adolescente con esquizofrenia resistente o catatonía, y la tasa de rehospitalización durante un año de seguimiento es menor en el caso de la clozapina comparada con otros antipsicóticos.

---

## Abordaje multidisciplinar del tratamiento de los síntomas negativos

*Àngels Piera. Hospital de Día Infanto-Juvenil de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme*

---

La esquizofrenia de inicio en la infancia y en la adolescencia es una enfermedad crónica y severa que sin un abordaje específico e intensivo puede desembocar en un importante deterioro y pérdida de autonomía del enfermo. Sigue los mismos criterios clínicos que la esquizofrenia del adulto, presentando sin embargo algunas modificaciones en relación a su clínica, curso y pronóstico.

Resulta fundamental tratar de establecer un diagnóstico de forma precoz para aplicar medidas que permitan minimizar el impacto de la enfermedad. En la esquizofrenia de inicio en la infancia y en la adolescencia predominan formas de inicio insidioso, con predominio de síntomas negativos y deterioro social y académico, como primeras manifestaciones de la enfermedad. También es característica la aparición de síntomas negativos en la fase de recuperación después de un episodio agudo de síntomas positivos y la persistencia de síntomas residuales negativos interepisódicos durante largos periodos de tiempo.

Por tanto desde fases tempranas se debe hacer un abordaje terapéutico de los síntomas negativos que pueden llegar a ser muy invalidantes.

Los síntomas negativos clásica mente caracterizados por aplanamiento afectivo, anhedonia, apato-abulia, alojia y aislamiento social, pueden ser manifestaciones persistentes y directas de la fisiopatología de la enfermedad

o pueden ser secundarios a factores modificables.

El abordaje terapéutico de los síntomas negativos se realiza desde una intervención multidisciplinar, pues intervienen diversos profesionales y recursos de la red de Salud Mental y de Bienestar Social con el objetivo de reducir al máximo el impacto socio-familiar de la enfermedad deficitaria.

El tratamiento de mayor peso en el abordaje terapéutico de los pacientes con esquizofrenia es el tratamiento psicofarmacológico. El uso de antipsicóticos de segunda generación se ha extendido en el tratamiento de la esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia por su eficacia en el tratamiento de síntomas positivos, su menor incidencia de síntomas negativos secundarios -respecto a los antipsicóticos clásicos- y su relativa seguridad. De forma paralela al tratamiento con antipsicóticos, debe hacerse un buen diagnóstico diferencial de procesos comórbidos que pueden enturbiar el curso de la enfermedad, como por ejemplo la apatía y anhedonia depresivas, los efectos extrapiramidales secundarios a los neurolepticos, entre otros y que deberemos tratar de forma específica. En el tratamiento de los síntomas negativos, son prometedores los estudios que se están llevando a cabo con nuevos psicofármacos y agentes terapéuticos dirigidos a mejorar tanto los síntomas negativos primarios como los cognitivos. Pero, por el momento y a falta de un



tratamiento que cure la sintomatología deficitaria, siguen siendo fundamentales las intervenciones psicosociales.

Estas intervenciones basadas en evidencias consistentes, centran sus esfuerzos en diferentes ámbitos.

Por un lado la intervención con el paciente esquizofrénico con predominio de síntomas negativos puede beneficiarse de programas de terapia cognitivo-conductual dirigida a favorecer la consciencia y el manejo de síntomas y debería iniciar sesiones de rehabilitación cognitiva diseñada con diversos programas ad hoc y con la que se ha evidenciado una mejora de síntomas cognitivos aplicándola desde fases iniciales de la enfermedad.

También son importantes las intervenciones familiares dirigidas a implicar a los familiares en el proceso terapéutico, dándoles información sobre la enfermedad

y su curso, aportando estrategias para mejorar la comunicación y afrontar y resolver problemas en relación al paciente, tratando de disminuir la sobrecarga familiar.

La atención de enfermería dirigida a la adquisición de hábitos saludables, reforzando la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria y monitorizando su estado de salud.

Los programas de rehabilitación social dirigen sus esfuerzos a procurar una óptima adaptación educativa y/o ocupacional del paciente y una buena integración social, trabajando entre otros aspectos, las habilidades de comunicación, el tiempo de ocio.

Programas de rehabilitación vocacional, trabajo protegido y servicios educativos se deben poner en marcha en el tratamiento de los síntomas negativos de la esquizofrenia.

## El papel de la rehabilitación cognitiva

*Olga Puig. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona*  
*O Puig<sup>1</sup>\*, R Penadés<sup>2</sup>, I Baeza<sup>1</sup>, V Sánchez<sup>1</sup>, E de la Serna<sup>1</sup>, M Bernardo<sup>3</sup>, J Castro-Fornieles<sup>1</sup>*

*1 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. SGR 1119*

*2 Servicio de Psicología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.*

*3 Servicio de Psiquiatría. Programa Esquizofrenia Clínic. Hospital Clínic de Barcelona (\* opuig@clinic.ub.es)*

Actualmente los déficits cognitivos son considerados una de las manifestaciones principales de la esquizofrenia. La mayoría de los pacientes presentan un patrón generalizado de alteraciones cognitivas, con mayores dificultades en funciones ejecutivas, memoria, atención, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Uno de los aspectos más importantes asociado a los déficits cognitivos es su gran impacto en el funcionamiento psicosocial del paciente.

Sabemos que la esquizofrenia de inicio infanto-juvenil tiene un curso más severo e implica un mayor impacto funcional que la esquizofrenia de inicio en la etapa adulta. Aunque todavía es tema de debate, los últimos estudios parecen indicar que el patrón de afectación cognitiva es similar en los adolescentes con esquizofrenia respecto a los adultos con primeros episodios psicóticos. No obstante, el inicio precoz de la enfermedad ha sido asociado a menor nivel intelectual y mayores niveles de déficit

cognitivo, especialmente en memoria, lenguaje, función ejecutiva y velocidad motora (Rajji et al., 2009). A nivel funcional, el inicio precoz de la enfermedad implica un riesgo doble de desarrollar incapacidad para funcionar adecuadamente. En diversos estudios de seguimiento a más de 10 años, se ha encontrado que los pacientes que habían tenido un inicio infanto-juvenil de la enfermedad presentaban una disfunción severa en el seguimiento (Lay et al., 2000; Oie et al., 2011).

Las terapias de rehabilitación cognitiva (RC) son un conjunto de intervenciones psicológicas que tienen por objetivo mejorar los procesos cognitivos de los pacientes (la memoria, la velocidad, la función ejecutiva, la metacognición, etc.), entendiendo la rehabilitación como un proceso de aprendizaje, y con el fin último de incidir en el funcionamiento psicosocial del paciente. Existen diversos tratamientos de RC que difieren en el formato (individual/grupo), la longitud, si son computerizados o no,



y en si incluyen rehabilitación psicosocial o no: IPT (Integrated Psychological Therapy – Brenner y cols, 1994), CET (Cognitive Enhancement Therapy – Hogarty y cols, 2004), NET (Neurocognitive Enhancement Therapy – Bell y cols, 2001), CRT (Cognitive Remediation Therapy – Delahunty y cols, 1993; Wykes y cols, 1999), NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation – Medalia y cols, 2002), APT (Attention Process Training – Solhberg y cols, 1987), AS (Attention Shaping – Silverstein y cols, 1999). El IPT y el la CRT se pueden encontrar en español. Las técnicas utilizadas para facilitar el aprendizaje difieren desde la instrucción y práctica repetida de ejercicios cognitivos, hasta el andamiaje y el aprendizaje sin errores para fomentar el aprendizaje de estrategias cognitivas.

¿Son las terapias de RC eficaces? Los meta-análisis más recientes indican que la RC es eficaz en la mejora de los déficits cognitivos y que esta mejora se asocia a un mejor funcionamiento psicosocial. Estos efectos son independientes del rigor metodológico empleado en los estudios. El uso de diferentes tipos de tratamiento no

afecta a los resultados. En cambio, la administración de un programa de RC coadyuvante con un tratamiento de rehabilitación psicosocial, así como el enfoque en el aprendizaje de estrategias y el hecho que los pacientes estén clínicamente estables, se relacionan con un tamaño del efecto mayor (Wykes et al., 2011).

Hasta el momento, sólo se dispone de 2 estudios de RC en pacientes adolescentes. Ueland y cols (2004) encontraron que los pacientes en tratamiento de rehabilitación mejoraban en mayor grado en el funcionamiento cognitivo y psicosocial, aunque los análisis inter-grupo no fueron significativos. En el seguimiento a 1 año, los pacientes que habían realizado RC mantenían las mejoras en el procesamiento visual (Ueland y cols, 2005). Posteriormente, Wykes y cols (2007) encontraron mejoras en las funciones ejecutivas y en el funcionamiento psicosocial de los pacientes que habían realizado CRT versus los pacientes que seguían el tratamiento habitual. Nuestros resultados preliminares también apoyan la eficacia de la CRT en adolescentes con esquizofrenia clínicamente estables.

---

## **PAIDOPSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA: LA INTERCONSULTA EN PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA O PAIDOPSIQUIATRÍA DE ENLACE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO (Sala Kursal, NH Constanza)**

*Coordinador: Sabel Gabaldón Fraile. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

### **La paidopsiquiatría psicosomática: pasado**

*Óscar Herreros Rodríguez (1) Belén Rubio Morell (2) y Xavier Gastaminza Pérez (3)*

*(1) Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares, Hospital San Agustín. Jaén.*

*(2) Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Infantojuvenil. S Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.*

*(3) Paidopsiquiatría Psicosomática. U. Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. UAB.*

---

Se entiende por Psiquiatría de Interconsulta y Enlace la subespecialidad de la Psiquiatría que comprende las habilidades y conocimientos necesarios para la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales que surgen en el seno de las enfermedades somáticas, ya sean producto directo de estas, ya de sus tratamientos. Ampliando su

sentido, se puede encargar igualmente de la evaluación y tratamiento de las enfermedades mentales primarias presentes en pacientes afectos además de otras enfermedades somáticas. Dadas las características médicas de los pacientes, suele desarrollarse en un entorno hospitalario.

Su área de trabajo comprende diversos aspectos de



la Psiquiatría Clínica, como son: la Psicósomática, la Psicología de la Salud, o la Neuropsiquiatría. La Psicósomática es la disciplina de la Psiquiatría que se ocupa del conocimiento de las relaciones “mente-cuerpo”, las influencias de lo psicológico en las enfermedades somáticas. Se emplea con gran frecuencia como sinónimo de Interconsulta y Enlace, aunque esta segunda, incluyendo en sí la Psicósomática, abarca otros campos: comorbilidades de las enfermedades somáticas, aspectos médico-legales, etc.

Su origen es tan antiguo como el de la propia Medicina. La Medicina china tradicional, por ejemplo, es ya inherentemente psicósomática, entendiendo que psique y soma están profusamente interconectados: así, el exceso o defecto de siete emociones (alegría, tristeza, ira, miedo, aprensión, preocupación y aflicción) se consideran el origen de las enfermedades. Algo similar sucede en la antigua Medicina hindú, que considera que ciertos componentes de la personalidad residen en determinados órganos del cuerpo, por lo que las emociones poderosas pueden desencadenar afectaciones de estos órganos.

Pero es Hipócrates (460-370 a.C.) quien, con su “Teoría de los Cuatro Humores”, apuntala la evidencia del complejo sistema de relaciones entre el comportamiento de una persona y su situación orgánica. Su énfasis en la importancia del ambiente, el clima y el estilo de vida en la salud y la enfermedad, su preocupación por las implicaciones de lo psicológico en el enfermar, y su búsqueda de los orígenes fisiológicos de las enfermedades, hacen de él el padre de la Medicina Psicósomática y del enfoque bio-psico-social. Siglos después, Renè Descartes (1596-1650) plantea el dualismo mente-cuerpo: el ser humano

se compone de una mente (alma) y un cuerpo, entidades separadas que interactúan (en la glándula pineal). Nace entonces un debate filosófico de siglos, que aún perdura.

Johann Christian Heinroth (1773-1843), mientras tanto, acuña en 1818 el término “psicósomático”, en el contexto de la psicogénesis de los síntomas físicos. Y tras él llegaron Anton Mesmer y la hipnosis, Charcot, Bernheim, y Freud. Hasta George Engel (1913-1999), que postula su modelo “bio-psico-social” (1977) como una alternativa al hasta entonces prevalente modelo biomédico.

La historia clínica de la Psiquiatría de Interconsulta y Enlace arranca con el nacimiento de los Hospitales Generales, entre el final del siglo XIX y el principio del XX, y la necesidad de cubrir y tratar los aspectos psicológicos y psiquiátricos del enfermar de los pacientes ingresados, más allá de la formación de sus médicos. Y en 1937, Leo Kanner publica el que puede considerarse artículo fundacional de la Paidopsiquiatría Psicósomática: “The development and present status of psychiatry and pediatrics” (Pediatrics 1937; 11: 418-35). Mientras, en 1930, se establece la primera clínica psiquiátrica en un Departamento de Pediatría, en la Johns Hopkins School of Medicine.

Desde entonces, se han desarrollado múltiples programas de interconsulta y enlace infante-juvenil, se ha aprobado en muchos países de nuestro entorno la Medicina Psicósomática como una especialización diferenciada y con programa propio de formación, ha nacido y se ha desarrollado la Psicología Clínica infante-juvenil, y se han establecido múltiples sociedades científicas nacionales e internacionales en este campo, e igualmente múltiples revistas científicas especializadas.



## La paidopsiquiatría psicósomática: presente

Xavier Gastaminza Pérez (3), Óscar Herreros Rodríguez (1) y Belén Rubio Morell (2).

(1) Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares, Hospital San Agustín. Jaén.

(2) Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Infantojuvenil. S Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

(3) Paidopsiquiatría Psicósomática. U. Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. UAB.

Maximino Lozano, en el año 2002, propuso, por primera vez, el término de Psiquiatría Psicósomática como el mejor para denominar en presente la subespecialidad psiquiátrica conocida anteriormente como Psiquiatría de Interconsulta y Enlace uniendo así tradición y modernidad (Lozano M, 2002).

Esta propuesta de este prestigioso psiquiatra zamorano, radicado en Madrid y Jefe de sección de Interconsulta y Psiquiatría de enlace en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, abrió un debate entre los expertos especialistas de nuestro país.

Poco después se convierte en una propuesta española presentada en la sociedad en Europa por el propio Lozano y el Profesor Antonio Lobo en el 2005 (Lozano y Lobo 2005) a través de la revista de investigación en psicósomática en lengua inglesa. Enlazando así con la tradición e historia medico-psiquiátrica con la modernidad científica y enlazando también con anteriores análisis de esta área de conocimiento (Lobo, A. 1986). Posteriormente se convirtió en una posición española manifestada y publicada, en el año 2007, por los principales autores y grupos de investigación españoles, esto es: A. Lobo, P. Saz, A. Sarasola, A. Bulbena, J. De Pablo, E. García-Camba, J.M. Farré, J. García-Campayo, M. Girón, M. Lozano, C. Mingote, L. Salvador-Carulla, y M.F. Barcones. en la revista internacional Psychosomatics.

Estos autores y grupos activos eran coordinados también por el profesor Antonio Lobo, primero a través de la red REPEP del Instituto Carlos III y desde el año 2008 a través de Cibersam (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental) y sus programas de investigación. En concreto por el programa de investigación de Trastornos psicósomáticos, de ansiedad y de control de impulsos.

Junto a ello hemos optado por el término Paidop-

siquiatría, Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia, por considerarlo más preciso, sencillo y propio de nuestra lengua (cuya larga historia tiene unas bases etimológicas frente a las predominantemente descriptivas de otras lenguas actuales) e incluso eufónico. Frente al erróneo y equivoco término Psiquiatría Infantil o psiquiatría Infanto-juvenil u otros.

Así llegamos al presente de la Paidopsiquiatría Psicósomática. Un presente cuya principal característica es la PARADOJA. Y una paradójica situación que se encuentra adornada, complicada, o limitada por una serie larga de Pes: esto es una serie larga de condicionantes cuya letra inicial es la letra P y que nos proponemos desarrollar, como son los determinantes de: pequeña o/y poca, pobre o/y pendiente, periférica o/y postpuesta, penosa o/y pesada, son algunas de las características de la Paidopsiquiatría psicósomática que en presente nos gustaría plantear con la referencial paradoja señalada de entrada.

### Referencias bibliográficas:

1. Lozano M. 2002. Un nombre para la conceptualización y la práctica de la medicina psicósomática y la psiquiatría de enlace: "Psiquiatría psicósomática". *Psiquiatría.com* 2002; 6(1):1-2.
2. Lozano, M. y Lobo A. 2005. Psychosomatic psychiatry: A Spanish proposal for a new dimension. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 59, Issue 6, Pages 451-452.
3. Lobo A. 1986. Philosophical humanism and empirical science: Spanish perspectives on psychosomatics. *Advances*. 1986; 3(4):58-76.
4. Lobo, A. et al. 2007. Spanish Perspective on Enlarging a Small Specialty: The National Research Network for Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *Psychosomatics* Vol.48, Issue 1, Pages 46-53.



## La paidopsiquiatría psicosomática: futuro

Belén Rubio Morell (2), Óscar Herreros Rodríguez (1) y Xavier Gastaminza Pérez (3).

(1) Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares, Hospital San Agustín. Jaén.

(2) Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Infantojuvenil. S. Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

(3) Paidopsiquiatría Psicosomática. U. Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. S. Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. UAB.

La psiquiatría de interconsulta y enlace pediátrica, es la subespecialidad de la psiquiatría infantil y del adolescente responsable de la salud mental de los pacientes físicamente enfermos. Según Lipowski se define como la actividad asistencial diagnóstica y terapéutica, formativa y de investigación realizada por los psiquiatras en las áreas no psiquiátricas del hospital general. Las peticiones de interconsulta psiquiátrica son de suma importancia pero en ocasiones pueden ser malinterpretadas. La derivación a los servicios de salud mental todavía lleva consigo cierto estigma difícil de erradicar. La mejor forma de normalizar este problema es la inclusión de especialistas de salud mental que trabajen estrechamente con el equipo pediátrico. Cuando esto se consigue, la oportunidad de mejorar el cuidado hospitalario de los niños y sus familias desde el manejo multidisciplinar de la enfermedad pediátrica está asegurada. Los objetivos más importantes para un servicio de interconsulta y enlace pediátrica son 1) facilitar la detección temprana de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con enfermedades físicas, 2) ayudar a la diferenciación de trastornos psiquiátricos o psicológicos que se manifiestan con síntomas somáticos, 3) ayudar a evitar estudios diagnósticos y procedimientos innecesarios, 4) apoyar al niño y a su familia a sobrellevar una enfermedad y su tratamiento y 5) asistir al equipo médico y de enfermería en la comprensión de las reacciones y conductas de los niños y adolescentes físicamente enfermos y a sus familias. Los pacientes suelen ser agrupados en una de estas categorías a) pacientes con enfermedad orgánica y emocional comórbida que complica su tratamiento, b) pacientes con trastornos somatomorfos y c) aquéllos con síntomas psiquiátricos que son consecuencia de una enfermedad física primaria o de su tratamiento.

La presencia de Unidades de Interconsulta y Enlace de psiquiatría del niño y del adolescente en España es esca-

sa. Generalmente se encuentran en hospitales universitarios grandes u hospitales pediátricos. Tales unidades están bajo la dirección de servicios de psiquiatría de adultos o en algún caso de psiquiatría infantil, y lideradas por un psiquiatra infantil, aunque en muchas ocasiones es un psicólogo clínico contratado por el servicio de pediatría, y que se ocupa de un programa específico. La naturaleza de estas unidades debe ser multidisciplinar, con representación de psiquiatras y psicólogos clínicos de niños y adolescentes. Asimismo, deben ofrecer atención a los pacientes hospitalizados en las áreas no psiquiátricas, así como establecer programas específicos ambulatorios que requieran la atención de equipos multidisciplinarios. En la actualidad existe una gran discrepancia entre el ratio de personal de interconsulta pediátrica por número de camas hospitalarias en comparación con el recomendado para los servicios de adultos. Las unidades de interconsulta pediátrica hospitalaria son así además de escasas, deficitarias en la mayoría de hospitales generales e infantiles, no estando cubiertos la mayoría de programas de interconsulta y enlace de forma acorde con las necesidades clínicas.

La mayoría de los estudios de medicina psicosomática muestran cómo se ha producido un incremento significativo en la demanda de interconsulta paidopsiquiátrica. Probablemente guarda relación con el mayor reconocimiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas o secundarias a las enfermedades físicas. Además, progresivamente parece haber una mayor concienciación en nuestra población infantil y juvenil del impacto psicológico que la enfermedad pediátrica genera en las distintas esferas del niño y del adolescente, personal, escolar y social, así como la extensión del impacto psicológico a los distintos miembros de la familia. De esta forma, nos encontramos que las demandas más frecuentes de interconsulta paidopsiquiátrica son casos de delirium,



adaptación a la enfermedad, diagnóstico diferencial con trastornos somatomorfos, comportamientos disruptivos, necesidad de tratamiento psicofarmacológico, escasa adherencia al tratamiento, manejo del dolor, adaptación de los padres y hermanos a la enfermedad, ansiedad ante las intervenciones médico-quirúrgicas o valoración de la ideación o riesgo suicida. Si bien, también parece haber un mayor reconocimiento de las dificultades de adaptación a la enfermedad pediátrica en los padres, debido a un mayor número de interconsultas para tal fin, siendo frecuentes las interconsultas para valoración e intervención en padres de niños con enfermedades oncológicas, niños en unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos y enfermedades crónicas con importante deterioro funcional del niño. Por último, otro rol importante de las Unidades de interconsulta psiquiátrica del niño y del adolescente hospitalarias es la formación y el apoyo al equipo médico y de enfermería pediátrica.

Teniendo en cuenta la situación de la Interconsulta de

psiquiatría del niño y del adolescente en España, el futuro de la misma debe dirigirse hacia la creación y desarrollo de tales unidades multidisciplinarias, que presten atención a la población pediátrica hospitalizada y que desarrollen programas específicos no sólo de atención al paciente agudo, sino programas de seguimiento y prevención ambulatorios como Programas de psico-oncología, paciente dializado, trasplante de órganos, quemados, VIH, etc. Estas unidades deberían estar constituidas en un equipo que incluya un psiquiatra infantil, un psicólogo clínico, una enfermera especialista en salud mental y un trabajador social.

Por último, debería incluirse la interconsulta de psiquiatría del niño y del adolescente como rotación específica en los programas de formación de los médicos internos residentes de psiquiatría y los psicólogos internos residentes, debido a la especificidad de esta subespecialidad de la psiquiatría del niño y del adolescente.

---

## 11:00-12:30 MESAS REDONDAS

---

### ASPECTOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA A NIÑOS Y ADOLESCENTES (Auditorio AXA)

*Coordinadora: María Dolores Domínguez Santos. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). Universidad de Santiago*

#### La evaluación de la competencia en el adolescente

*Montserrat Esquerda Aresté. CSMIJ de Lleida*

---

La atención sanitaria a los pacientes menores de edad ha sufrido un profundo cambio desde la segunda mitad del siglo XX, no solo en el campo de avances científico-técnicos sino también en aspectos ético-legales. Este proceso se ha dado principalmente en una doble vertiente: por una parte la implementación del principio de autonomía y del consentimiento informado, y por otra parte el progresivo reconocimiento de los derechos de los menores.

El concepto de persona autónoma como persona capaz de tomar sus propias decisiones basadas en sus creencias y en concordancia con su plan vital, es un concepto

nuevo en la asistencia sanitaria tradicional. Clásicamente era el profesional el que como experto decidía lo mejor para el enfermo, en un modelo de relación paternalista. Pero hay que tener en cuenta que este modelo se desarrollaba en una sociedad de código único y en un contexto con opciones terapéuticas y diagnósticas muy limitadas.

Este panorama sufre un profundo cambio en las últimas décadas, en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adquieren una gran complejidad, con lo que las decisiones médicas se convierten en altamente sofisticadas, y todo ello inmerso en un contexto social cambiante,



en el que los pacientes piden asumir un rol más activo.

Pero los profundos cambios en relación a la atención sanitaria a menores no se dan sólo en el reconocimiento de la autonomía de los pacientes sino también en el mismo concepto de menor, pasando de un modelo basado en la protección absoluta, en que todos los derechos relacionados con el menor pertenecían a los padres o tutores, evolucionando a un nuevo modelo en que existe un progresivo reconocimiento de los derechos de los menores, proporcional al grado de madurez y de desarrollo del menor.

En este panorama, un punto clave es la valoración de la competencia para la toma de decisiones, que requiere ser enmarcado en un delicado equilibrio autonomía y beneficencia, entre desarrollo y vulnerabilidad.

La aproximación a la valoración de la competencia del menor debería tener en cuenta que:

- Existe variabilidad interindividual: no podemos generalizar a los menores por edad ni por grupos de pertenencia, sino que debe realizarse una valoración individualizada del menor que nos ocupa. Por ello debemos conocer no sólo el concepto de “menor maduro” sino también las posibilidades de medida de dicha madurez.

- Hay variabilidad circunstancial: no todas las decisiones precisan el mismo grado de madurez para ejercerlas. La madurez exigida debe ser proporcional a la gravedad de la decisión, por lo que debe plantearse el grado de riesgo que se asume con una decisión sanitaria concreta, independientemente que la tome un menor o un adulto.
- No olvidar la variabilidad intra-sujeto: en el ejercicio de la competencia, una misma persona según las circunstancias y el contexto en toma la decisión puede variar su capacidad, principalmente cuando existen factores externos como ansiedad, miedo, dolor, estrés o presión grupal.

Más allá de la valoración de la competencia, la adquisición de la madurez del menor es un proceso, y como tal es dinámico, evolutivo e individual. Pero es necesario tener en cuenta que en la persona, el desarrollo de las capacidades humanas es un proceso no garantizado solamente por la herencia genética, sino que depende de la interacción con el ambiente y con la sociedad. Es decir, la madurez no es un hito que espontáneamente se alcanza a una edad determinada genéticamente sino que dependerá de múltiples y complejos factores, e implica por ello un aprendizaje.

---

## La confidencialidad en la relación terapéutica

*Núria Terribas i Sala. Instituto Borja de Bioética. Universidad Ramon Llull. Barcelona*

---

La evolución de la relación asistencial en el contexto sanitario, desde un modelo paternalista a otro basado en el principio de autonomía, supone que el derecho del paciente a mantener el control de la información y de las decisiones sobre su salud ocupa un lugar prioritario y, además, hace hincapié en que él es el titular indiscutible e intransferible de ese derecho.

Este principio general se quiebra cuando, por alguna razón, el paciente no es considerado competente para tomar decisiones, como ocurre en el caso de los menores de edad. La inmensa mayoría de los conflictos detectados en relación con la confidencialidad en la asistencia psiquiátrica del niño y del adolescente, se expresan a nivel de diferentes áreas, como son las dificultades de

manejo de la confidencialidad con la familia (padres y tutores), en el trabajo en equipo, en redes asistenciales, en las informaciones a terceros, en las relaciones con la justicia, etc. Uno de los ámbitos donde se expresaran con mayor frecuencia estos conflictos es en el manejo de la Historia Clínica y la documentación clínica derivada, como soporte básico de la confidencialidad.

Tradicionalmente hemos partido de la concepción del menor, y muy especialmente aquél que sufre algún tipo de trastorno mental, como un paciente “no competente” con el que debe establecerse necesariamente una alianza terapéutica para poder avanzar en su atención y mejora, pero haciendo siempre partícipes de su situación y problemática a todas aquellas personas de su entorno



con especial responsabilidad sobre ellos. Desde los padres como máximos responsables, hasta sus tutores o responsables docentes, otros profesionales de distintos niveles asistenciales, etc. A menudo el hecho de compartir esta información sensible y muy delicada, sin excesiva cautela en la preservación de la confidencialidad, ha supuesto dificultades específicas en el abordaje exitoso de la patología, suponiendo consecuencias negativas para el menor como la sobreprotección, la estigmatización, el aislamiento o la pérdida de confianza en el profesional o terapeuta.

Así, la gestión y manejo de la información referente al menor con trastorno mental, no puede dejar de tener muy en cuenta este factor, y exige al profesional un cuidado específico para determinar qué información debe compartirse y con quién, con qué finalidad, y con qué nivel de participación o beneplácito del propio menor, según su edad y grado de madurez, teniendo en cuenta siempre su mejor beneficio.

Al respecto, es importante tener en cuenta cuál es el marco ético y jurídico en España respecto al tratamiento del menor, en especial cuando hablamos de edades en que la evolución o madurez psicológica del menor hacen necesario integrarle de forma muy clara en todo su proceso y ponderar hasta dónde esa madurez le hace competente para gestionar su propia intimidad. Si bien la normativa española hasta hace escasos años no reconocía de forma explícita los derechos del menor en cuanto a su salud, la regulación en la Ley 41/2002 de autonomía

del paciente y homólogas leyes autonómicas, introducen de forma clara la figura del menor maduro, marcando una distinción nítida de los 16 años como “mayoría de edad sanitaria” para gestionar todos los procesos de información y toma de decisiones, y entre los 12 y 16 años debiendo ponderar el profesional el grado de madurez de ese menor a fin de concretar su grado de implicación y protagonismo. A su vez, ya la Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor disponía claramente el derecho al “secreto de las comunicaciones” y por ende, la transmisión de información en el contexto de la relación clínica debe entenderse como “comunicaciones” que atañen a la vida personal de ese menor.

Dado este marco jurídico, que viene a integrar criterios éticos de respeto a la intimidad también en el ámbito del menor, el profesional deberá contrastar con él la información sobre su salud, explorando hasta qué punto le supone una dificultad que su entorno más próximo comparta su diagnóstico, tratamiento o evolución, y estableciendo también en ese aspecto pactos que afiancen el vínculo de confianza con el profesional, sin olvidar el objetivo primordial que es su debida atención y resolución del problema de salud que presente, siempre que sea posible. A su vez, tendrá siempre presente el hecho de que sus padres o representantes legales son quienes asumen la responsabilidad última de su cuidado, debiendo conjugar –tarea no fácil– los derechos del menor con las responsabilidades parentales sobre él.

---

## Aspectos éticos de la investigación psiquiátrica con niños y adolescentes

*Sabel Gabaldón Fraile. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

---

En los últimos años, la consideración de la infancia como grupo vulnerable, ha determinado una tendencia a exagerar los límites éticos de la investigación en niños conduciendo, dicha voluntad de protección, a una situación de desamparo de la práctica clínica pediátrica y dificultando que el niño se beneficie de los avances científicos. Además, ha condicionado una práctica médica basada con frecuencia en la extrapolación de los datos obtenidos de estudios de investigación realizados en

adultos. En la actualidad, aproximadamente, la mitad de los fármacos utilizados para tratar a los niños de la Unión Europea nunca han sido probados en menores y no están autorizados para ellos, son los llamados fármacos “off label” o “fuera de registro”. En la práctica de la psiquiatría infantil más de un 70% de los fármacos utilizados tienen estas características, lo que sitúa a los niños en una especie de “orfandad terapéutica” éticamente inaceptable.

La investigación clínica en la infancia y adolescencia,



es necesaria y deseable para que la práctica clínica sea científicamente correcta y éticamente buena, siempre que se asegure el cumplimiento de las condiciones éticas de no maleficencia, justicia y respeto a la autonomía del paciente (consentimiento válido).

Para proteger de manera efectiva los intereses de los niños es necesario basar la práctica clínica en pruebas científicas derivadas de ensayos clínicos y partiendo de una premisa fundamental: No hay práctica clínica correcta si no va precedida de una investigación clínica correcta en qué basarla. A partir de Real Decreto 223/2004, por el que se regulan en España los ensayos clínicos con medicamentos, se incorpora al ordenamiento jurídico interno la Directiva Europea 20/2001/CE, que es el marco actual para la investigación en la Unión Europea.

La investigación en niños y adolescentes es necesaria para realizar una práctica clínica correcta y, por tanto, ética. Su objetivo es validar las prácticas clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas. Debemos entender que lo que no es metodológicamente correcto, es éticamente inaceptable, y que no existe contradicción entre la especial protección que debe procurarse a los menores y su participación como sujetos de investigación, siempre que se asegure que sean tratados de forma justa y no maleficente. Cuando esto se cumple, las decisiones de sustitución de los padres o tutores, si persiguen el interés objetivo del niño, pueden considerarse éticamente correctas. Por ello, deberían promoverse la realización de estudios multicéntricos de calidad en los que participen los distintos niveles asistenciales.

Los ensayos clínicos en niños deben realizarse una vez se ha obtenido la autorización en adultos. Deben utilizarse escalas específicas y validadas para cada grupo de edad. Los ensayos clínicos estarán reforzados por estudios farmacocinéticos adecuados.

En un trabajo de Investigación éticamente correcto se deben dar las siguientes correspondencias:

1. Diseño éticamente correcto y validez metodológica: Principio de no maleficencia - Beneficencia
2. Equivalencia clínica de los tratamientos propuestos o de las ramas del ensayo (riesgos y beneficios de distribución equitativa): Principio de justicia
3. Consentimiento informado: Principio de autonomía o respeto por las personas

Proponemos, ante un trabajo de investigación, realizar los siguientes análisis:

Análisis por principios o normas éticas:

1. Autonomía:
  - Protección de la confidencialidad
  - Obtención del Consentimiento Informado
  - Decisiones de sustitución
2. Beneficencia:
  - Se prevé un beneficio directo
  - Se maximiza el bienestar del paciente
3. No Maleficencia:
  - Validez científica
  - Competencia del equipo investigador
  - Uso de placebo
4. Justicia:
  - Selección equitativa de la muestra
  - Utilidad social
  - Compensación por daños
  - Clausulas de seguridad
  - Protección de grupos vulnerables

Análisis por consecuencias:

1. Para los sujetos del ensayo
2. Para la sociedad



## CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA, NEUROBIOLOGÍA, CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO (Sala Barcelona, NH Constanza)

*Coordinadora: Montse Pàmias Massana. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell*

### Neurobiología del suicidio

*Víctor Pérez Sola. Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. CIBERSAM. Barcelona*

---

De acuerdo con la definición de suicidio propuesta por DURKHEIM el suicidio es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos mentales, siendo la tentativa de suicidio una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes. Los pacientes que realizan intentos de suicidio presentan una elevada morbilidad más del 50% repiten el acto suicida y mortalidad por suicidio (10% a los 10 años). Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo una o varias tentativas previas.

El comportamiento suicida se origina, por la interacción y solapamiento de factores: biológicos, personalidad, psicosociales, trastornos mentales e historia familiar. El estudio de los factores neurobiológicos de la conducta suicida fue iniciado por Asberg y colaboradores (1976) al correlacionar la disminución de las concentraciones de la serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio. Mann y colaboradores (1999) proponen un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos.

Los estudios en familias han demostrado que la transmisión genética juega un papel importante en la neurobiología de la conducta suicida, independientemente de los factores de herencia relacionados con las diferentes enfermedades mentales. Por otra parte la alta correlación entre impulsividad, agresividad y suicidio se han propuesto bases psicológicas del comportamiento suicida y

como estas conductas se han correlacionado con alteraciones en los neurotransmisores y con el modelo de estrés y la activación del eje HPA se han planteado modelos que explican la conducta suicida a partir de las alteraciones evidenciadas los sistemas de neurotransmisión de las enfermedades mentales.

La importancia de estos hallazgos neurobiológicos en la conducta suicida radica en que, al margen de poder explicar parte de esta conducta, brindan la posibilidad de prevenirla mediante estrategias de intervención temprana en las poblaciones vulnerables y aunque a la luz de los datos actuales la utilización de esta estrategia en la clínica actual es lejana sin duda es uno de modelos más atractivos para las intervenciones de prevención y tratamiento de la conducta suicida.

### Bibliografía recomendada

1. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res* 2008; 12(2):93-110.
2. Ernst C, Mechawar N, Turecki G. Suicide neurobiology. *Prog Neurobiol* 2009; 89(4):315-33.
3. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* 2012; 379(9820):1045-55.
4. Preti A. Animal model and neurobiology of suicide. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35(4):818-30.
5. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry* 2010; 25(5):268-71.



---

## Epidemiología y clínica de la conducta suicida en la adolescencia

Rebeca Gracia Liso. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

---

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes en las sociedades occidentales, tras los accidentes de tráfico y la muerte por tumores, constituyendo el 12% de la mortalidad en este grupo de edad, y con tasas mundiales de 7.5 por 100.000 habitantes, aunque estas cifras son variables en función del país. En las últimas décadas, mientras las tasas generales de suicidio se han mantenido estables o han disminuido, se ha observado una tendencia al alza del número de suicidios entre los jóvenes, especialmente entre los varones, así como un incremento de la conducta suicida (ideación, autolesiones y tentativas autolíticas) en este grupo de edad.

España, tiene una tasa de suicidio entre los adolescentes de 15-19 años de 2,082 por 100.000 habitantes, situándose en los últimos puestos en relación al resto de los países de la Unión Europea donde países como Lituania, alcanzan cifras de 20,2 por 100.000 habitantes.

El suicidio es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, psicológicos y biológicos. Se han estudiado los factores que incrementan el riesgo de suicidio en población adolescente, identificándose los siguientes:

1. Las tentativas autolíticas: constituyen el mejor predictor de suicidio, incrementando el riesgo hasta 60 veces más que las personas que no han realizado tentativas previas. La prevalencia de las tentativas autolíticas en población adolescente es de 9,7%, siendo más frecuentes en las chicas (no así como el suicidio consumado que es más frecuente en varones). Otras formas de conducta suicida como las autolesiones sin intencionalidad suicida y la ideación suicida, son especialmente frecuentes en el periodo adolescente (hasta un 29% de los adolescentes afirman haber experimentado pensamientos suicidas en algún momento de sus vidas), y ambas constituyen un factor de riesgo de tentativas futuras.

2. Los trastornos mentales: Hasta un 90% de los sui-

cidios consumados padecían un trastorno mental. Los trastornos afectivos, son los más prevalentes y están presentes hasta en un 35% de los suicidios. Otros trastornos como los trastornos psicóticos, el abuso de sustancias, los TCA, tienen un riesgo mayor de conducta suicida, así como otros trastornos como el TDAH, o los TEA en que el incremento de riesgo suicida estaría mediado por un incremento del riesgo de depresión.

3. Factores familiares: se ha demostrado que existe transmisión familiar de la conducta suicida y en relación a esto, se han descrito endofenotipos que mediarían en la transmisión de la conducta suicida, como la impulsividad o la transmisión de trastorno afectivo de inicio temprano. Otros factores familiares como la presencia de trastorno mental en los progenitores, experiencias de abuso sexual, pérdida de los progenitores, o disfuncionalidad familiar también se han estudiado como posibles factores de riesgo de conducta suicida.

4. Factores temperamentales y neurocognitivos: la impulsividad, las dificultades de regulación conductual, y tendencia a la agresividad se ha relacionado con conducta suicida de inicio temprano. Otros factores cognitivos como el déficit de estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas incrementan el riesgo de conducta suicida.

5. Experiencias de abuso en la infancia: se ha relacionado el haber experimentado abusos en la infancia con un mayor riesgo de conducta suicida. Diversos estudios sugieren que la experiencia de maltrato y abuso sexual en la infancia puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes que actuarían como mediadores de la conducta suicida.

6. Otros factores: se han estudiado otros factores como las dificultades de identidad de género, el fenómeno de imitación e influencia de los medios de comunicación, las experiencias de bullying o victimización que podrían actuar como precipitantes de la conducta suicida.



Los programas de prevención de suicidio están focalizados en la intervención sobre estos factores de riesgo. En el servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Corporació Sanitària Parc Taulí, se está desarrollando desde el año 2008 un programa seguimiento e intervención de tentativas autolíticas en población adolescente ( que forma parte del proyecto europeo contra la depresión: EAAD) cuyos resultados se presentarán durante la exposición.

#### REFERENCIAS:

1. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005; 4(2):114-20.
2. Instituto Nacional Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2009.
3. Madge N, Hawton K, McMahon EM, Corcoran P, De Leo D, de Wilde EJ, Fekete S, van Heeringen K, Ystgaard M, Arensman E. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20(10):499-508.
4. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(4):337-50.
5. Brent D, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior. *N Engl J Med* 2006; 355:2719-2721.

---

## Abordaje terapéutico de la conducta suicida en pacientes adolescentes. Programa de intervención

Joaquim Puntí Vidal. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

---

La conducta suicida se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, en especial la depresión. En los adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada, tratamiento farmacológico (ISRS) asociado a terapia cognitivo-conductual (TCC) con nivel A de evidencia científica. En estos pacientes, el tratamiento antidepresivo produce una disminución de la ideación y de la conducta suicida, si bien, la mayoría de los estudios hasta el momento realizados son de corta duración (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2010).

En el terreno del tratamiento psicoterapéutico, a día de hoy, no existe evidencia empírica de una intervención específica que sea claramente eficaz para los pacientes que han realizado intentos autolíticos. La evidencia respecto a las intervenciones psicoterapéuticas para los adolescentes que han realizado intentos de suicidio es extremadamente limitada porque existen una serie de dificultades específicas en los ensayos clínicos aleatorizados cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. Estas dificultades son: a) la existencia de factores comunes a todos los tratamientos

psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica) que afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control; b) los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir pequeñas variaciones que influyen en el resultado; y c) en la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

En la última década, el tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida ha adquirido mayor relevancia, sobre todo aquél que se basa en el uso de técnicas cognitivo-conductuales, pero los ensayos clínicos aleatorizados, los metaanálisis y las revisiones sistemáticas para el grupo de adolescentes/jóvenes adultos aún son pocos. Los tratamientos psicoterapéuticos de los que disponemos de mayor evidencia, son: la TCC (Robinson, Hetrick & Martin, 2011), la terapia dialéctico-conductual (Mujoomdar, Cimon & Nkansah, 2009), o la terapia de resolución de problemas (TRP). En este último caso, Eskin, Ertekin & Demir (2008), encontraron que los adolescentes y adultos jóvenes con depresión y riesgo suicida que habían recibido TRP obtenían, frente al grupo de lista de



espera, una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas de depresión de Hamilton y Beck, así como una reducción del riesgo de suicidio medido con la Escala de Probabilidad de Suicidio (Suicide Probability Scale) y un aumento significativo de la autoestima y la capacidad asertiva.

En la ponencia se presenta el programa de intervención y abordaje terapéutico de la conducta suicida en adolescentes, implementado en la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona). El programa utiliza, por un lado, la TCC, con el uso de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio. La intervención cognitiva se centra en: a) la identificación de los procesos cognitivos subyacentes a la conducta suicida; b) la modificación pensamientos automáticos desadaptativos asociados a situaciones específicas; y c) el entrenamiento en estrategias de control y cambio cognitivo, emocional y conductual ante el mal-estar psicológico (activación conductual). Por otro lado, el programa utiliza la TRP de resolución de problemas como un componente de intervención específico, con objetivo de: a) contextualizar la tentativa autolítica dentro de un proceso ineficaz de toma de decisiones; b) favorecer un locus de control interno que incremente la autoeficacia percibida del adolescente; c) mejorar la capacidad para generar alternativas de solución ante un problema; y d) aumentar su capacidad para tomar decisiones no impulsivas, basadas en consecuencias positivas, tanto a

corto como a largo plazo. Finalmente, la psicoeducación e intervención terapéutica con los padres (o familia), es otro de los elementos que se incluye como complemento a estas intervenciones.

## REFERENCIAS

1. Eskin, M., Ertekin, K. & Demir, H. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 227-245.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.*
3. Mujoomdar, M., Cimon, K. & Nkansah, E. (2009). Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness. *Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.*
4. Robinson, J., Hetrick, S. E. & Martin, C. (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 3-26.

---

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS INFANTILES (FEEDING DISORDERS) (Sala Kursal, NH Constanza)

*Coordinador: Gonzalo Morandé Lavín. Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*

### Diagnóstico y Seguimiento Nutricional

*Consuelo Pedrón. Servicio de M. Digestivo y Nutrición. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

Los pacientes con trastornos de alimentación de la primera infancia acudirán en primera instancia a una consulta de pediatría por síntomas como el bajo peso, los vómitos recurrentes, la falta de apetito o las dificultades para la alimentación. Estas manifestaciones clínicas pueden presentarse como un síntoma aislado o formar parte

de una enfermedad orgánica. En algunos casos asociarán además desnutrición aguda o crónica.

La labor del médico pediatra es fundamental y consistirá en descartar procesos orgánicos de base, realizar una valoración nutricional, diagnosticar la existencia de trastornos de conducta alimentaria e iniciar un tratamien-



to precoz.

El diagnóstico de estas patologías requiere la realización de una historia clínica y exploración física detalladas y, en determinados casos, la obtención de pruebas complementarias dirigidas.

La historia clínica recogerá los antecedentes familiares, con especial atención a los aspectos psicosociales y económicos, y los antecedentes personales: la información prenatal y del parto, la anamnesis por aparatos, el desarrollo psicomotor y la cronología de la alimentación. Se pondrá especial atención a los datos relacionados con las dificultades para la alimentación o el rechazo del alimento (momento de comienzo, duración, cantidad, calidad y textura de la alimentación) preocupación y ansiedad de los padres, interacciones conflictivas durante la comida y experiencias traumáticas con la alimentación. Además se realizará una historia dietética y se interrogará sobre la conducta y los hábitos alimentarios del niño y la actitud de los padres o de la persona encargada de alimentarle.

En la exploración física se valorará el hábito constitucional, el turgor de la piel, el tono muscular y el panículo adiposo, los signos clínicos sugestivos de déficits específicos y los signos de mal cuidado. Es necesario un examen completo por órganos y aparatos con especial atención a los problemas neurológicos y digestivos.

Además debe realizarse una exploración antropométrica con peso, talla, perímetro craneal y cálculo de índices derivados del peso y la talla, que nos permitirá diagnosticar la existencia de desnutrición aguda y/o crónica. Es fundamental valorar estos parámetros a lo largo del tiempo, la velocidad de crecimiento tanto de peso como de talla, y analizar los datos previos que se nos aporten.

El estudio complementario básico está condicionado por las causas orgánicas que con más frecuencia provocan desnutrición y por la evaluación bioquímica del estado nutricional. El empleo de otras pruebas vendrá indicado por los hallazgos de la anamnesis y de la exploración

física sugerentes de patología orgánica específica.

Con los datos obtenidos estaremos en condiciones de diagnosticar la existencia de una patología orgánica de base y/o de un trastorno de conducta de la alimentación del niño pequeño.

El tratamiento y seguimiento médico se dirigirá a:

- Controlar la enfermedad de base en caso de que exista.
- Recuperar y/o mantener un adecuado estado nutricional.
- Proporcionar una serie de consejos a los padres para garantizar una alimentación adecuada.

La recuperación del estado de nutrición es básica y debe comenzarse incluso antes de haber finalizado el estudio. El objetivo prioritario es administrar al niño las calorías necesarias y los nutrientes esenciales de forma equilibrada. El proceso ha de ser gradual para evitar complicaciones. Es necesario proporcionar a los padres una serie de consejos prácticos sobre la elaboración de una dieta equilibrada e instruirlos sobre el modo de aumentar el contenido calórico de la alimentación sin aumentar el volumen de las tomas. Cuando ello no sea suficiente se instaurará una nutrición artificial por sonda en régimen domiciliario.

En algunas ocasiones puede ser necesario hospitalizar al paciente. Así se interrumpe el círculo vicioso de tensión familiar y problema de la alimentación, permitiendo después la recuperación en un segundo tiempo a nivel ambulatorio. La hospitalización permite observar con más detalle la interacción madre-hijo en los casos dudosos y hacer un estudio más completo ante la sospecha de causa orgánica. También está indicada cuando el estado de desnutrición es grave y se precisa iniciar soporte nutricional artificial.

El seguimiento en consulta se realizará de forma individualizada y coordinada. El objetivo último será ofrecer a los padres y al resto del equipo multidisciplinar la seguridad de que el problema orgánico está controlado.



## Tratamiento psicológico y trabajo con padres

*Beatriz Sanz. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*

Una intervención temprana en los trastornos de alimentación en los primeros años de vida es fundamental de cara a la prevención de posibles alteraciones en el desarrollo emocional del niño y en la construcción de un vínculo afectivo estable entre los padres y su hijo. La alimentación es una de las principales fuentes de intercambio emocional en los primeros años y será uno de los pilares en los que el niño establezca la capacidad de cuidar de sí mismo (a partir de la identificación con las figuras parentales).

Es necesario analizar las dificultades de la alimentación en el conjunto del funcionamiento de cada niño y establecer qué función desempeñan dentro de la dinámica de cada familia concreta. Planteamos un trabajo específico hacia el niño situado como sujeto frente a sus propias dificultades y con el grupo familiar para lograr que los padres recuperen su papel de protección en el cuidado de sus hijos. Muchas veces es como un puzzle en el que hay que cambiar las piezas de lugar: los padres nos hablan de qué le sucede a su hijo y de cómo se sienten ellos.

En los primeros momentos es importante valorar cómo va estableciendo los ritmos de sueño y de alimentación e identificar cómo es su forma de reclamar y calmarse y qué respuestas moviliza en su entorno. (Nos encontramos en ocasiones con bebés que sólo comen dormidos, no pueden sentir que la comida forma parte de ellos).

En algunas ocasiones los problemas de alimentación del niño se enmarcan en un contexto de dificultades específicas en la interacción y comunicación que se acompaña de conductas muy selectivas e intolerancia a los cambios (nunca se han llevado nada a la boca, sólo aceptan determinadas texturas).

Es importante integrar la alimentación en todo el acercamiento del niño al entorno, si mantiene una adecuada exploración o por el contrario presenta una respuesta de alerta excesiva o una respuesta muy fóbica y de inhibición. Analizamos cómo el niño ha ido desarrollando su capacidad de jugar y va estableciendo conductas de

reciprocidad.

Otro grupo de pacientes son los niños inapetentes, malos comedores desde el nacimiento; donde encontramos un enorme desencuentro entre un bebé que rechaza y unos padres que insisten en darle de comer a toda costa. Estos cuadros se cronifican y en ocasiones la única forma de comunicación entre los padres y su hijo se estructura a partir de ese rechazo.

A medida que el niño crece es importante prestar atención a cómo establece su propio proceso de separación y la presencia de duelos previos en las familias de origen. En muchas ocasiones los problemas se instauran a partir de un momento de cambio: retirada del pecho, cambios en la dieta, rechazo tras una enfermedad o el nacimiento de un hermano... que requieren el establecimiento de una nueva modalidad de relación y van acompañados de procesos de pérdida.

Nos situamos frente a casos más leves como aquellos en los que los padres quedan sometidos a la terquedad del niño (que decide dónde o qué va a comer...) hasta situaciones en las que el niño se instala en un proceso patológico, se perpetúan los síntomas y llega a un estado de grave desnutrición.

Es necesario escuchar qué significa para esta madre que su hijo no coma, o cómo son sus dificultades para acercarse a un niño que vomita de forma repetida. Valorar cómo son las imágenes de peligro y amenaza de los padres de un niño que deja de comer.

Es necesario hacer un trabajo de discriminación entre las dificultades del niño y las propias de los padres, resituar el conflicto y diferenciar sus miedos.

Desde el hospital se abre la posibilidad de un espacio en la consulta que permite apuntalar y sostener un "encuentro" en el que los padres y el hijo empiezan a romper el mecanismo de repetición que mantiene los síntomas. Unos y otros empiezan a hacer cambios e inician otros modos de relación.



## Tratamiento multidisciplinar de los trastornos de alimentación de la primera infancia

*Francisca González. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid*

---

El Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid hace años que viene prestando atención a los niños que presentan trastornos de alimentación en la primera infancia. A partir de 2005 se inicia una labor asistencial en la que trabajan de forma integrada y multidisciplinar las consultas de Nutrición-Gastroenterología, Psicología Clínica y Rehabilitación-Logopedia.

Este nuevo método de trabajo surgió por el interés de los médicos en atender ciertos aspectos recurrentes en los problemas de alimentación que, desde un abordaje exclusivamente médico, no recibían una cumplida respuesta, dada la complejidad semiológica que presentan estos procesos clínicos en la primera infancia.

La atención va dirigida a dos grupos de pacientes: los que presentan una patología orgánica asociada y aquellos que sin tener patología orgánica asociada, presentan dificultades en la alimentación (alimentación selectiva, dificultades en la masticación o la introducción de sólidos, vómitos o rechazo al alimento) que pueden poner en grave riesgo la salud física y/o psíquica de los pacientes y el funcionamiento de su sistema familiar. En algunos pacientes, la presencia de un desnutrición grave o moderada o las implicaciones clínicas de su enfermedad han condicionado la necesidad de un soporte artificial (sonda nasogástrica y/o gastrostomía desde el nacimiento o en un largo periodo de tiempo).

Partimos de una atención centrada en los diferentes problemas y necesidades que presentan los niños y sus familias desde una forma común de entender una nosología compleja, que requieren además de la intervención médica, la de otras disciplinas como la psicología que se ocupa del niño y su entorno y la rehabilitación logopédica que trabaja las funciones orofaciales de la alimentación.

Se realiza una evaluación clínica interdisciplinar y se inicia el tratamiento individualizado en función de las necesidades del niño y su familia.

Uno de los pilares básicos de la intervención son las sesiones clínicas interdisciplinares en las que se comparten

los diferentes aspectos de las indicaciones terapéuticas. En estas sesiones se determinan los objetivos del tratamiento y se valora la evolución de cada caso lo que permite tomar decisiones de forma conjunta y valorar los cambios en el niño, en la familia y en la escuela, donde intentamos que los educadores compartan las orientaciones de alimentación con el equipo terapéutico y con los padres.

Se realiza una intervención específica dentro de un hospital pediátrico, en el que se aborda la enfermedad del niño. En muchos pacientes la intervención se inicia durante el ingreso hospitalario y se mantiene de forma ambulatoria.

## INTERVENCIÓN EN LAS FUNCIONES PRÁXICAS DE LA ALIMENTACIÓN ORAL

Desde los primeros días de la vida del niño pueden aparecer problemas en el proceso de la alimentación que se inicia en el nacimiento y va progresando a través de las etapas evolutivas de la lactancia, la fase de semisólidos y la fase de sólidos.

Para que el proceso de la alimentación se desarrolle adecuadamente es necesario un funcionamiento coordinado de todas las estructuras que intervienen. Cuando aparece alguna alteración funcional o estructural nos vamos a encontrar con dificultades en la alimentación de diferentes tipos y gravedad.

Todas las funciones práxicas que intervienen en la alimentación forman las bases de los procesos prelingüísticos que son la piedra angular del desarrollo del lenguaje. Mamar es un ejercicio perfecto para el desarrollo de las estructuras orales del bebé, propiciando un buen desarrollo del habla y de la succión (Clark 1994).

Los niños que por diferentes causas han sido alimentados por sonda desde su nacimiento o a los pocos días de nacer, suelen presentar algunas de las características



siguientes: alteración de las estructuras y/o del funcionamiento o descoordinación de estas, pérdida del reflejo de succión o aparición muy débil, descoordinación de succión-deglución-respiración, hipersensibilidad oral, vómitos frecuentes, así como ausencia de exploración oral y escasa o nula percepción de la sensación de hambre/saciedad. Otros niños presentan dificultades posteriores a la etapa de lactancia, especialmente en la introducción de la cuchara, la masticación, la transición a sólidos y otras alteraciones como aversiones alimentarias.

En estos casos son necesarias unas técnicas específicas y adaptadas a cada niño dependiendo del tipo de disfunción y la gravedad. Los tratamientos para la instauración de la alimentación por vía oral deben realizarse en el propio hospital, no solo para evitar posibles riesgos sino también para contar con la presencia y colaboración de

los padres a fin de ayudarlos a adquirir progresivamente las habilidades necesarias para poder alimentar eficazmente a sus hijos.

El marco hospitalario permite construir un entorno protector en el que los padres se acercan al momento de la comida en un contexto de seguridad, sin los miedos y temores que habitualmente viven ante las posibles reacciones de sus hijos.

El logopeda interviene en la valoración de las estructuras y funciones oromotoras, la aplicación de técnicas específicas para el restablecimiento de dichas funciones, la modificación de las conductas inadecuadas del niño con la comida y con la persona que le alimenta y en la orientación a los padres en los aspectos prácticos de la alimentación y de la comunicación e interacción con sus hijos.

---

## 12:30-14:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA

---

### AVANCES RECIENTES EN LA COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL TOC PEDIATRICO: INNOVACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

*David Mataix-Cols. King's College London, Institute of Psychiatry. Londres. Reino Unido*

*Moderador: Luisa Lázaro García. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBER-SAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona*

---

#### NOTA BIOGRAFICA

El Profesor Mataix-Cols es psicólogo clínico, especializado en el estudio y tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad y obsesivo-compulsivos. En 1997-1998 fue investigador visitante en el Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School, USA. Tras completar su doctorado en 1999, trabajó como profesor en la Universidad de Barcelona. En el año 2000 recibió el prestigioso Marie Curie Fellowship de la Unión Europea para desarrollar su investigación post-doctoral en el Imperial College de Londres. Actualmente es profesor y Honorary Consultant Clinical Psychologist en el Institute of Psychiatry, King's College, de Londres, y en el Maudsley Hospital. Lidera el Grupo de Psicobiología de los Trastornos de Ansiedad y Obsesivo-Compulsivos

<<http://www.iop.kcl.ac.uk/departments/?locator=1028>>, que dirige investigaciones multidisciplinares (p.ej. bio-psico-sociales) sobre ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados a lo largo de la vida.

Recognition, assessment and treatment of young people with obsessive compulsive disorder (OCD) continues to be a challenge within health care systems. Although childhood OCD is one of the more common serious mental disorders with prevalence rates of 0,25-3%, it may remain undiagnosed for years. OCD impairs psychosocial functioning and it may produce substantial disability for young people and their families if left untreated. Therefore, early detection and intervention, followed by effective treatments, is essential for young sufferers to



minimize distress and secondary handicap. The current recommended treatments for OCD are cognitive behaviour therapy (CBT) and serotonin re-uptake inhibitors (SRIs). Both of these treatments have been validated in randomised controlled trials, and although more evidence is needed, the current consensus is that ideally all young people with OCD should be offered CBT including the technique of exposure and response prevention (ERP). Less is known about the long term outcome and unmet needs of these young patients once they become adults. While most patients respond to available treatments, a substantial number remain unwell or only achieve partial remission. New treatments are currently being tried

to improve these outcomes, including memory enhancers (D-Cycloserine) and treatment protocols are being adapted for special populations, e.g. those with comorbid Autism Spectrum Disorders and OCD. Other challenges include ensuring that evidence-based treatments are adequately disseminated to non-specialist clinics, remote geographical areas and ethnic minorities. Telecare (CBT administered via telephone or the internet) is a promising tool to disseminate these treatments and is currently being evaluated. This presentation will review the current status of research in this area, as well as efforts to disseminating available treatments to reach as many sufferers as possible.



## COMUNICACIONES ORALES

### 1.- EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y FENOTIPO AMPLIO DEL TRASTORNO BIPOLAR PEDIÁTRICO.

*Araujo Jiménez, Eva Angelina. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona / Jané Ballabriga, María Claustré. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona / Bonillo Martín, Albert. Departamento de Psicobiología y Metodología de las ciencias de la salud, UAB. / Serra Jacobo, Rodrigo. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona / Arrufat, Xavier. Consorcio Hospitalario de Vic*

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y fenotipo amplio del Trastorno Bipolar Pediátrico (BPD) se presentan en la infancia y la adolescencia de manera muy similar en su vida cotidiana. Habla acelerada, distracción, agitación motora e irritabilidad, son algunos de los síntomas que presentan ambos trastornos. Actualmente, muchos estudios buscan aclarar la marcada confusión existente entre sus características conductuales y su funcionamiento neurocognitivo. La Función Ejecutiva (FE) es un elemento clave para aclarar esta confusión. Regula el comportamiento cognitivo, emocional y social del ser humano. Implica funciones como: enfoque y mantenimiento de la atención en una tarea, iniciativa para planificar y organizar, control emocional, inhibición de conductas, flexibilidad para cambiar de una actividad a otra, memoria de trabajo, monitorización y conciencia de las propias acciones. Objetivo: Conocer las diferencias ejecutivas que presentan niños y adolescentes de entre 6-17 años de edad que cumplen con criterios diagnósticos de TDAH y TBP. Método: La muestra está compuesta de 76 niños/adolescentes diagnosticados con TDAH en el Consorcio Hospitalario de Vic, comarca Osona. Se realizó una entrevista diagnósti-

ca para corroborar la presencia de criterios diagnósticos de TDAH y/o de BPD, tanto a los niños/adolescentes como a sus padres. También respondieron a un cuestionario para evaluar la FE. Se realizaron análisis de Modelo de Ecuaciones Estructurales para observar la presencia de disfunción ejecutiva en los niños que presentaban estos criterios. Resultados: Encontramos que el TDAH se caracteriza por una mayor disfunción ejecutiva en comparación con el TBP. La presencia de criterios diagnósticos de TBP predice la aparición de problemas en la flexibilidad de los niños/adolescentes ( $\beta=0.23$ ,  $p=0.014$ ), pero no otros déficits de la FE. Los criterios diagnósticos de ADHD tipo desatento predice la presencia de disfunciones ejecutivas más que el padecer de los tipo hiperactivo o TBP. Conclusiones: Es posible realizar una diferenciación entre el TDAH y TBP a partir de su FE. Es necesario poner mayor atención en el diagnóstico clínico de estos trastornos; distinguir sus características propias para ofrecer mejores tratamientos a nivel clínico. Es indispensable realizar más estudios que aporten mayor información sobre la distinción entre ambos trastornos.

### 2.- ANOMALÍAS EN PATRONES ACTIVACIÓN EN NIÑOS CON TDAH DURANTE TAREAS GO/NO GO; UN ESTUDIO DE NEUROIMAGEN FUNCIONAL

*Moyá Querejeta, Jaime. Hospital Clínic de Barcelona / Gil Martínez, Laia. Hospital Clínic de Barcelona / Nicolau Palou, Rosa. Hospital Clínic de Barcelona / Vila Nieto, Montserrat. Hospital Clínic de Barcelona / Garcia Giral, Marta. Hospital Clínic de Barcelona / Castro-Fornieles, Josefina. Hospital Clínic de Barcelona*

#### Fundamentos

Las anomalías en la activación cerebral, sobre todo en vías fronto-estriales, es un hallazgo replicado tanto en niños como en adultos con TDAH (Rubia et al., 2011). De hecho, han proliferado los estudios de neuroimagen funcional que han valorado diferentes funciones ejecutivas como la inhibición de respuesta motora o la inhibición de



la interferencia, hallándose menor activación en córtex prefrontal dorsolateral, córtex frontal inferior o caudado, entre otros. La atención selectiva también tiene un interés especial y su investigación podría ayudar a avanzar en el conocimiento de las alteraciones subyacentes al TDAH.

### Objetivos

Determinar si los patrones de activación cerebral durante una tarea go/ no go difieren entre pacientes con TDAH combinado y controles sanos.

### Métodos y/o pacientes

La muestra fueron 10 varones diestros de entre 9 y 16 años que cumplían criterios DSM-IV para TDAH del subtipo combinado sin comorbilidad y nunca habían tomado medicación para el TDAH (Edad=11,67 DT=2,81) y 3 controles también diestros (Edad=13,05 DT=2,5043). Criterios de exclusión eran tener un CI inferior a 80, abuso de sustancias y presencia de alteraciones médicas significativas.

Se obtuvieron imágenes estructurales 3D usando secuencias de T1 MPRAGE (corte sagital) mientras los participantes realizaban la tarea Simon. Los análisis de la situación basal y la tarea se llevaron a cabo utilizando el programa SPM8.

La tarea Simon implica un efecto de incompatibilidad de estímulo-respuesta y mide la inhibición de la interferencia y la atención selectiva. Los sujetos tienen que pulsar un botón izquierda / derecha, dependiendo de si un estímulo en forma de flecha de 300ms de duración apunta a la izquierda o a la derecha de la pantalla.

Existen 76% de ensayos congruentes, la flecha que apunta hacia la izquierda (o derecha) aparece a la izquierda de la pantalla y 12% de los ensayos en los que las flechas aparecen en el lado opuesto de donde apuntan y los sujetos tienen que inhibir la respuesta de acuerdo a la interferencia. Para controlar el efecto de la aparición de baja frecuencia de los ensayos incongruentes la tarea contiene una condición "oddball" (Rubia et al, 2006, 2009).

### Resultados

En el análisis de ANCOVA de casos vs controles de la tarea funcional se ha observado una hipoactivación en la región frontal superior medial. Esta zona se relaciona con el control de los impulsos y presenta grandes conexiones con áreas motoras como córtex lateral premotor, área

motora suplementaria y región motora cingulada. A diferencia de un estudio similar de Rubia et al (2007), no se hallaron alteraciones en regiones temporales. Otras áreas tampoco mostraron diferencias entre ambos grupos.

Estos datos son claramente preliminares ante la escasez de controles en este momento del estudio y la limitación que representan para la potencia estadística en este análisis. Según el ritmo de reclutamiento actual, en el momento del congreso prevemos poder presentar la comparación con un grupo mayor de controles y así poder aportar también datos fiables de DTI, volumétricos y de resting state.

### Conclusiones

Los resultados actuales sugieren una disfunción de regiones frontales que sería congruente con las evidencias de estudios previos (Cubillo et al., 2011) y muestra la implicación de estas zonas en las disfunciones atencionales de estos pacientes.

Este estudio está financiado con una beca de la Fundación la Marató de TV3, Televisión de Catalunya.

### 3.- ESTUDIO DE RMN CON DTI EN PACIENTES CON TDAH EN TRATAMIENTO CON ESTIMULANTES, SIN TRATAMIENTO Y CONTROLES SANOS

*CABUS PIÑOL, GEMMA . Servicio Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid / IMAZ RONCERO, CARLOS. Servicio Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid / GEIJO URIBE, SORAYA. Servicio Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid / AJA FERNANDEZ, SANTIAGO. ETSI Telecomunicación. Universidad de Valladolid / FUERTES ALIJA, JUAN JOSE. Servicio Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid / ARGYBAY QUIÑONES, DANIEL. ETSI Telecomunicación. Universidad de Valladolid*

### FUNDAMENTOS.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes de la infancia y adolescencia. Los avances en las técnicas de neuroimagen han permitido describir unas bases biológicas de este trastorno. Los defectos en la conectividad, disfunción de la red neuronal por defecto, o las altera-



ciones estructurales y funcionales cerebrales se señalan como sus mecanismos etiopatogénicos. El metilfenidato puede modular la activación de estas conexiones deficientes durante tareas cognitivas e incluso se ha demostrado que puede normalizar las deficientes conexiones fronto-estriatales y fronto-cerebelosas durante tareas de atención mantenida. El tensor de difusión (DTI) permite el análisis en vivo de la integridad de la sustancia blanca, reflejando el grado de conectividad.

Utilizamos la RMN con la técnica del DTI para el estudio de la conectividad cerebral, incluyendo cerebelo, en varones en edades comprendidas entre los 6 y los 12 años con TDAH tipo combinado y sujetos controles, y les aplicamos test psicológicos. Las hipótesis del estudio pretenden demostrar un déficit de conectividad en los pacientes con TDAH sin tratamiento, y demostrar que existe una normalización de la misma con el metilfenidato, en comparación con los sujetos controles.

#### MÉTODOS.

Se realiza un estudio unicéntrico, observacional, transversal. Los pacientes se diagnostican de TDAH subtipo combinado mediante entrevista clínica estructurada (Kiddie-SADS), se les aplica una batería neuropsicológica (CPT de Conners, WISC-IV), y RMN por DTI con tractografía y mapeo por color. Se realizan tres grupos, un grupo TDAH sin tratamiento, un segundo grupo TDAH con tratamiento, y un grupo control. Los sujetos son apareados por sexo, edad, y coeficiente de inteligencia. Todos los pacientes son varones, diestros, en edades comprendidas entre los 6 y 12 años. Las imágenes se obtienen de una RMN 1,5-T General Electrics. Los pacientes con tratamiento reciben el metilfenidato con un mínimo de 6 meses. Se incluyen en el grupo control aquellos sujetos sanos o que consulten por sintomatología menor no relacionada con el TDAH o en los que se quiera descartar patología neurológica mediante RMN.

#### RESULTADOS.

Se esperan encontrar alteraciones miroestructurales con disminución de la FA en las regiones prefrontales, estriado, parte posterior del cuerpo caloso, núcleo caudado, rama anterior de cápsula interna, y pedúnculos cerebelosos en los sujetos con TDAH naïve respecto a controles sanos, y valores similares entre el grupo TDAH con metilfenidato respecto a grupo control. También se obtendrán las correlaciones netre los valores de FA y la

edad de los sujetos para determinar si existe un retraso madurativo en los pacientes con TDAH.

#### CONCLUSIONES.

Pendiente de análisis de resultados.

*El proyecto ha sido apoyado y financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología del Estado Español en el SUBPROGRAMA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN FUNDAMENTAL NO ORIENTADA. CONVOCATORIA 2010. RELACIÓN DE AYUDAS CONCEDIDAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN FUNDAMENTAL, PLAN NACIONAL DE I+D+i 2008-2011. Nº Referencia: TEC2010-17982 y por la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León: Proyectos de Investigación en Biomedicina, Biotecnología y Ciencias de la Salud, seleccionados en el año 2010 en las Gerencias de Atención Especializada y Gerencia de Emergencias Sanitarias).EXPTE.: GRS 555/A/10*

#### 4.- ¿CÓMO LA SINTOMATOLOGÍA, LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS Y LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL EN LOS NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) IMPACTA EN LA VIDA FAMILIAR SEGÚN LA VISIÓN DE LOS PADRES?

*Vila Nieto, Montse. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. / Garcia Giral, Marta. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. / Nicolau Palou, Rosa. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. / Moya Querejeta, Jaime. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. / Gil, Laia. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. / Castro Fornieles, Josefina. Unitat de TDAH. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona.*

#### OBJETIVO:

en este estudio se correlaciona el impacto familiar, en-



tendido como las dificultades que crea el hecho de convivir con un hijo con TDAH según la percepción de los padres y la sintomatología y gravedad del TDAH así como el estado psicopatológico general del niño.

### METODO:

la muestra comprende 101 pacientes entre 8 y 16 años que acuden a la Unidad por presentar un diagnóstico de TDAH, 83 aceptaron entrar en el estudio, con una media de edad de 11,075 años en un rango de 8 a 15,5 años, de las cuales 82 son varones y el 47% son mayores de 11 años.

Para el estudio del impacto se utiliza el cuestionario autoadministrado de Donenberg y Baker(1993) y traducido por MJ Presentación-Herrero et al (2006) de 50 ítems. Para el estudio se obtiene un total de 58 cuestionarios válidos. Para valorar la sintomatología de TDAH y severidad se valora con los cuestionarios de Conners 48 padres, obteniendo un total de 83 cuestionarios válidos y con el cuestionario ADHD-RS IV a padres con un total de 52 cuestionarios válidos. Para la patología general se utiliza el cuestionario de comportamiento de Achenbach para padres (CBC), obteniendo un total de 78 cuestionarios válidos. Según la entrevista semi-estructurada KDSADS, la muestra se divide en 17 niños inatentos y 66 combinados.

En este estudio se han realizado las correlaciones con la RHO de Spearman y la comparativa por subtipo de patología con la prueba de Kruskal-Wallis (chi-cuadrado).

### RESULTADOS:

Existen correlaciones significativas ( $p < 0.05$ ) entre los factores del cuestionario de impacto y las diferentes escalas del Conners 48, del ADHD-RSIV y del CBC que se mostraran en la presentación.

Según se subdivide la muestra en subtipos de TDAH el cuestionario de impacto correlaciona el factor de sentimientos y vida con el subtipo combinado con  $p < 0.05$ .

### CONCLUSIONES:

Al valorar la sintomatología TDAH según el Conners 48, se observa que los problemas de conducta, de aprendizaje y el índice general afectan negativamente la gran mayoría de las áreas valoradas por el cuestionario de impacto: generan más sentimientos negativos hacia el hijo, mas problemas en la vida familiar, en la economía familiar y en factor general que implica grado de dificul-

tad de vivir con el niño así como en el factor que valora la influencia que ejerce el niño en la vida familiar. Cuando utilizamos una escala de severidad de la sintomatología TDAH (ADHDRS), se observa nuevamente un impacto en la vida de la familia, los sentimientos hacia el niño y en factor de grado de dificultad de vivir con el chico. En ambos cuestionarios queda preservada la vida en pareja y la relación con iguales y en el último también la economía y la influencia. En la relación entre el CBC y el cuestionario de impacto, los factores del CBC de agresividad, conducta externalizante y puntuación total correlacionan significativamente con todos los factores de impacto, exceptuando la vida de pareja y la relación con iguales. Los problemas sociales y el incumplimiento de normas del CBC correlacionan significativamente con los factores de sentimientos negativos hacia el niño, impacto en la vida familiar y grado de dificultad de vivir con él. Las valoraciones del CBC de falta de atención tienen un impacto en los sentimientos negativos hacia el chico y en la vida familiar. El subtipo combinado según KDSADS correlaciona con el factor de sentimientos negativos hacia el chico del cuestionario de impacto.

Por lo tanto, siendo importante valorar que la sintomatología TDAH impacta claramente en diferentes áreas de la vida familiar según la valoración de los padres, la patología conductual es la que crea un mayor impacto en la vida familiar y en la relación del sujeto con su contexto inmediato.

### 5.- ESTUDIO EUROPEO DE FASE 3, ALEATORIZADO, DE DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

*Cesar, Soutullo. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España / Isabel, Hernández Otero. H. Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, España / Colleen S., Anderson. Shire Development LLC, Wayne, PA, Estados Unidos / Andrew, Lyne. Shire Pharmaceutical Development Ltd, Basingstoke, Reino Unido / Liza, Squires. Shire Development LLC, Wayne, PA, Estados Unidos / David, Coghill. Division of Neuroscience, Ninewells Hospital, Dundee, Reino Unido*



**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del profármaco estimulante dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

**Métodos:**

Este estudio de fase 3, aleatorizado (n=336), controlado con placebo, de una dosis diaria optimizada de LDX (30 mg, 50 mg, 70 mg), se realizó en Europa en niños y adolescentes (6-17 años) con TDAH, durante 7 semanas. La medida principal de eficacia fue el cambio respecto a la línea de base en la escala de valoración TDAH versión IV (ADHD-RS-IV) en el punto final de evaluación. El grupo de tratamiento de referencia incluyó el sistema oral de liberación osmótica-metilfenidato (OROS-MPH, 18 mg, 36 mg, 54 mg). Las valoraciones de seguridad incluyeron los efectos adversos surgidos del tratamiento (TEAE) y los signos vitales.

**Resultados:**

En el punto final, la diferencia entre LDX y placebo en la media del cambio (ajustada por mínimos cuadrados) respecto a la puntuación basal (intervalo de confianza del 95%) de la puntuación total del ADHD-RS-IV fue de -18,6 (-21,5, -15,7) ( $p < 0,001$ ; tamaño del efecto: 1,80). La diferencia entre OROS-MPH y placebo en la media del cambio (ajustada por mínimos cuadrados) desde puntuación basal hasta el punto final en la puntuación total ADHD-RS-IV fue de -13,0 (-15,9, -10,2) ( $p < 0,001$ ; tamaño del efecto: 1,26). Los TEAE más frecuentes para LDX incluyeron disminución del apetito, cefalea e insomnio.

**Conclusión:**

LDX fue efectivo y, en general, bien tolerado en niños y adolescentes con TDAH.

Ayudado por financiación de Shire Development LLC.

6.- TDAH Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS FUNCIONALES: UN ANÁLISIS DE UN MODELO CONCEPTUAL A PARTIR DE ECUACIONES ESTRUCTURALES SEGÚN PADRES Y NIÑOS.

*Serra Giacobbo, Rodrigo. Universitat Autònoma de Barcelona / Jané, Maria Claustre. Universitat Autònoma de Barcelona / Bonillo, Albert. Universitat Autònoma de Barcelona / Arrufat, Francesc. Hospital de Vic, España*

*/ Araujo Jiménez, Eva. Universitat Autònoma de Barcelona*

Los síntomas somáticos funcionales (SSF) pediátricos son frecuentemente asociados a ansiedad y sobreprotección paterna en la literatura. Sin embargo, pocas investigaciones han estudiado el fenómeno en niños con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

**Objetivo:**

Examinar el efecto de la ansiedad, y sobreprotección paterna sobre los SSF manifestados en niños y adolescentes con TDAH; y verificar si los SSF están asociados con el nivel de perjuicio funcional.

**Método:**

La muestra estuvo formada por 76 niños/as y adolescentes de 6 a 17 años de la comarca de Osona (Cataluña, España) diagnosticados con TDAH. Padres y niños contestaron a una entrevista semiestructurada sobre los síntomas psiquiátricos y somáticos. Los padres también han informado sobre los estilos educativos. Se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para evaluar posibles efectos directos de las variables estudiadas sobre los SSF. Cabe resaltar que se construyeron dos modelos: uno basado en la información de los niños y otro según las respuestas de los padres.

**Resultados:**

Ambos modelos presentaron buenos índices de ajuste (niños: CFI = .98; TLI = .98; RMSEA = .02; padres: CFI = .91; TLI = .91; RMSEA = .04). En el modelo de los niños la variable latente ansiedad generalizada presentó un efecto directo sobre los SSF ( $\beta = 1.51$ ;  $t = 3.1$ ;  $p < .01$ ). Los SSF a su vez, tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el nivel de deterioro del funcionamiento general ( $\beta = -.41$ ;  $t = -3.4$ ;  $p < .01$ ). En el modelo de los padres se verificó un efecto directo de la variable latente sobreprotección ( $\beta = .40$ ;  $t = 2.4$ ;  $p < .05$ ) y de la fobia específica respecto a los SSF ( $\beta = .28$ ;  $t = 3.1$ ;  $p < .01$ ).

**Conclusiones:**

Los SSF se asociaron con algunos tipos de ansiedad y perjuicio funcional. La sobreprotección también ejerció un efecto directo sobre los SSF según el informe de los padres. Los resultados sugieren que los síntomas somáti-



cos funcionales en niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH siguen un patrón semejante a los niños sin dicha condición. Sería importante ratificar los resultados en futuras investigaciones con una muestra mayor.

### 7.- MALESTAR PSÍQUICO EN LOS PADRES DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS RECIENTEMENTE DE TDAH

*Alda Diez, José A. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu / Ubiñana Echarte, Marta. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu / Serrano Troncoso, Eduardo. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu / Fusté Caralt, Adriana. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu / Ferreira García, Estrella. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu / San Molina, Luis. Servicio de Psiquiatría y Psicología InfantoJuvenil. Hospital Sant Joan de Déu*

#### Objetivo:

Valorar la existencia de psicopatología materna y paterna en el momento de la primera consulta de niños diagnosticados por primera vez de TDAH.

#### Método:

Se realiza un estudio descriptivo de tipo retrospectivo donde se incluyen todos los pacientes con nuevo diagnóstico de TDAH (naive) atendidos en la unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu desde agosto de 2009 hasta noviembre de 2011. La muestra incluye a 83 pacientes. El 81,9% son niños (n=68), con una edad media de  $9,52 \pm 2,74$  años y un rango entre 5 y 17 años. La edad media de las madres era de  $40,40 \pm 4,26$  años y un rango entre 28 y 51 años, y la de los padres era de  $43,06 \pm 5,14$  años, y un rango entre los 31 y 57 años. El 78% de los padres están casados. Dentro del protocolo de evaluación de los pacientes se incluye un cribado para padres mediante el GHQ de 28 ítems de Goldberg para adultos estableciéndose como punto de corte de malestar psíquico en los padres puntuaciones = a 6. ; ADHD rating scale adultos (punto de corte = 14); WURS (punto de corte = 36).

#### Resultados:

El 41% de las madres y el 21,% de los padres de nuestra muestra presentaban malestar psíquico significativo (GHQ=6), un 49,4 % de las madres, y el 42,1% de los padres presentaba niveles significativos para ansiedad y el 22,9% de las madres y el 13,2% de los padres presentaba niveles significativos en depresión. Un 23,2% de madres y un 26,3% de padres presentan síntomas de TDAH en la actualidad. Encontramos una correlación positiva entre malestar psíquico en las madres y síntomas de TDAH en los niños valorados por sus padres y profesores. También encontramos correlación positiva entre el malestar psíquico de los progenitores y los síntomas de TDAH que éstos presentan en la actualidad.

#### Conclusiones:

Los padres de niños recientemente diagnosticados de TDAH presentan mayores niveles de malestar psíquico, ansiedad, depresión y TDAH que la población general. Sería recomendable realizar un cribado del estado emocional y de la presencia de síntomas de TDAH en los padres de los niños atendidos en nuestra consulta ya que esta sintomatología es un factor importante en la evolución de estos niños.

### 8.- DIFERENCIAS ÉTNICAS EN DELINCUENCIA EN UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

*Mayordomo Aranda, Angels. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Hickey, Nicole. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Muhammad, Gul. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Hodes, Matthew. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Kramer, Tami. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK*

#### OBJECTIVOS:

(i) examinar la variación étnica en la conducta delictiva en adolescentes de una población del centro de Londres, (ii) explorar los posible riesgos y factores protectores en delincuencia juvenil en los diferentes grupos étnicos y



(iii) determinar si estas diferencias pueden explicarse en base al mayor o menor vínculo que estos individuos tienen con la sociedad (Teoría del Control Social, Hirschi 1969).

#### MÉTODOS:

327 adolescentes (54% varones) con una edad media de 15,1 años (RQ 14,16) de una escuela secundaria de Londres. La muestra se dividió en 6 grupos étnicos: Blanco Británico, Blanco otro, Árabe/ de Oriente Medio, Negro, Bangladés /Pakistání, y grupo mixto. Participantes cumplieron cuestionarios auto-aplicados de delincuencia juvenil, cohesión familiar, obligaciones familiares, religiosidad (afiliación religiosa y de culto), y el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ). La escala de delincuencia juvenil produjo una puntuación total y a su vez fue sub-clasificada en 6 tipos de delincuencia: hurto, daño criminal, uso de drogas, ebriedad en público, problemas conductuales y otros.

#### RESULTADOS:

Dos medidas de delincuencia juvenil mostraron una variación étnica significativa: ebriedad en público ( $\chi^2(5)$ , 26.15  $p < 0.000$ ) y uso de cannabis ( $\chi^2(5)$ , 11.16  $p < 0.048$ ); con el grupo blanco británico mostrando mayor probabilidad de exhibir tal comportamiento y el de Bangladés/Pakistání y Árabe/de Oriente Medio los que menos. Al explorar las posibles causas de la variación étnica se encontró que los grupos Bangladés/Pakistání y Árabe/de Oriente Medio (minorías étnicas en Reino Unido) provenían de familias más estables (con ambos padres biológicos), con puntuaciones más altas en la escala de obligación familiar (valores familiares más tradicionales) y una mayor religiosidad. Se realizaron regresiones logísticas.

#### CONCLUSIONES:

Estudios previos sobre diferencias étnicas en la prevalencia de delincuencia son contradictorios. Los datos oficiales sobre delincuencia en el Reino Unido y EE.UU muestran mayores niveles de delincuencia en las minorías étnicas en comparación con las mayorías étnicas, mientras que las escalas auto-aplicadas muestran sólo una leve superioridad, una similar o incluso una menor tasa de delincuencia en los grupos étnicos minoritarios. Nuestro estudio muestra una significativa menor prevalencia de uso de cannabis y ebriedad en público entre los grupos étnicos

minoritarios. Estos grupos minoritarios (Bangladés/Pakistání y Árabe/de Oriente Medio) podrían estar en menor riesgo de delinquir debido a sus mayores vínculos sociales según la teoría de Control Social.

#### 9.- INFLUENCIA DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

*Real López, Matias. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Turbi Pinazo, Ángel M. Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" / Revert Marín, Laura. Hospital Clínico, Valencia / Calvo Orenge, Gema. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Haro Cortés, Gonzalo. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Benito Delegido, Ana. Hospital Provincial Pla, Alicante*

#### Fundamentos y Objetivos:

Dentro de los trastornos psiquiátricos de la adolescencia, los trastornos de conducta, concretamente el Trastorno Disocial (TD) y el Trastorno Negativista-Desafiante (TND), presentan una prevalencia que oscila entre el 1 y el 10% y entre el 2 y el 16% (DSM-IV-TR).

Numerosos modelos tratan de explicar la aparición de estos trastornos atendiendo a factores predisponentes de naturaleza multifactorial. En cuanto al papel de los factores genéticos, existe un amplio consenso respecto a la influencia ejercida por el temperamento. Entre los factores ambientales destaca la influencia familiar.

Estudios previos han puesto de manifiesto un importante papel de la dinámica familiar (DF) en el desarrollo de psicopatología infanto-juvenil y su posterior evolución.

#### Hipótesis:

1. Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con una DF disfuncional.
2. Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con la presencia de TND o TD.
3. Los antecedentes psicopatológicos familiares se relacionan con la presencia de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).
4. La DF disfuncional se relaciona con la presencia



de TND o TD en la adolescencia.

5. La DF disfuncional se relaciona con la presencia de TUS.

Se pretende describir las variables familiares relacionadas con el consumo de sustancias y la enfermedad mental; valorando estas variables como factores de vulnerabilidad / riesgo en el desarrollo de TD y/o TND en la adolescencia.

#### Métodos y pacientes:

Estudio transversal con componentes descriptivos y analíticos compuesto hasta el momento por una muestra de 332 controles (46,4% varones; 53,6% mujeres), y 31 Casos, (45,2% varones; 54,8% mujeres) Los instrumentos de evaluación son: Hoja de datos socio-demográficos, entrevista estructurada para Datos Socio-Familiares, Cuestionario de Evaluación Integral de Dinámica Familiar: Catalá-TXP, (en fase de validación), CAQ: Cuestionario de Análisis Clínico de Krug; HSPQ: cuestionario de personalidad y temperamento de Cattell, Beloff y Coan y POSIT: Cuestionario de Tamizaje para el diagnóstico de abuso o dependencia de drogas. Hoja de consentimiento informado.

#### Criterios de inclusión:

- 14-16 años
- Presencia/ausencia de Trastorno Disocial o Trastorno Negativista Desafiante
- Ausencia de otros diagnósticos psiquiátricos
- Convivencia en el seno familiar
- Aceptación voluntaria del adolescente y familia en participar

Los controles proceden de varios centros de Educación Secundaria de Castellón y Valencia.

Los casos son pacientes (trastorno de conducta y/o consumo de sustancias) de las USMIAs o que acuden a los recursos sociales por problemas de conducta y/o absentismo escolar.

#### Resultados:

Uno de los principales problemas que encontramos con este tipo de población es que no acuden a las visitas por ello resulta difícil aumentar la N así como en algunas ocasiones completar la batería de cuestionarios.

Los trastornos de conducta estudiados son el TD (46,7%) y el TND (53,3%).

Existe mayor prevalencia de antecedentes familiares

de alcoholismo (35,5% vs 9,9%), de drogodependencias (25,8% vs 4,8%) y psiquiátricos (32,3% vs 12,4%) en el grupo de Casos. Aparece una menor puntuación media en POSIT, valorando uso/abuso de sustancias, entre los Casos, indicando mayor problemática de estos sujetos en éste ámbito que en el grupo Control.

#### Conclusiones:

En el momento actual nos encontramos en fase de análisis estadísticos. La muestra obtenida hasta el momento actual no nos permite llegar a conclusiones generalizables.

#### Limitaciones:

Dificultad para encontrar un diagnóstico puro debido a una alta comorbilidad entre los TD o TND y TDAH.

Los adolescentes con TD o TND no siempre acuden a las consultas por lo que el proceso de captación se ve enlentecido.

Por cuestiones éticas no se incluye un grupo con TD o TND en el que no se realice intervención alguna y no se realizan controles de tóxicos en orina, por lo que no se dispondrá del diagnóstico de certeza de abuso de sustancias. Por ello esta variable se utilizará como cofactor y no como variable independiente.

Financiación: Conselleria de Sanitat 2009, 2011.

## 10.- COMPARACIÓN DE LAS TRAYECTORIAS CRIMINALES DE DELINCUENTES JUVENILES HOMBRES Y MUJERES DESDE LA ADOLESCENCIA HASTA LA EDAD ADULTA

*Forti Buratti, Maria Azul. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London / Kramer, Tami. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London / Hickey, Nicole. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London*

#### Contexto:

La mayoría de los estudios sobre conducta antisocial y delincuencia publicados hasta la fecha están centrados principalmente en población masculina. Sin embargo, dada la evidencia del aumento de conductas delictivas y antisociales en la población femenina, se hace patente



la necesidad de realizar investigaciones también en este grupo.

Las conductas antisociales forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno de conducta, una de los principales motivos de derivación al circuito de salud mental infantojuvenil.

El objetivo de este estudio es comparar las características (v.g. tipo, frecuencia, gravedad y versatilidad de los delitos) de una muestra de delinquentes juveniles, varones y mujeres, que fueron condenados por primera vez cuando tenían entre 10 y 17 años, y de los que se dispone datos relativos a su trayectoria delictiva hasta la edad adulta (a los largo de 30 años). Esta muestra fue dividida en dos grupos según la edad a la que fueron condenados por primera vez: los de inicio temprano (10 a 12 años) e inicio tardío (15 a 17 años).

#### Métodos:

Del conjunto de datos sobre delinquentes en el Reino Unido, obtenidos del "Offenders Index", se extrajo una cohorte anónima de los menores de edad detenidos entre enero y marzo de 1980, compuesta por todas las menores detenidas en ese periodo, y un número igual de varones seleccionados aleatoriamente del total. Se obtuvieron también los datos relativos a las detenciones de estos individuos durante los siguientes 30 años.

La muestra se subdividió en relación al género y a la edad en que tuvieron la primera condena, creando 4 grupos: mujeres de inicio temprano (n=341), varones de inicio temprano (n=487), mujeres de inicio tardío (n=1388) y varones de inicio tardío (n=1420).

La trayectoria delictiva de cada individuo se dividió en 4 periodos según la edad: 10 a 17, 18 a 25, 26 a 33 y mayores de 34; en cada uno de estos grupos de edad se registró el número total de los doce diferentes tipos de delito (violencia contra la persona; otros delitos graves; delitos sexuales graves; otros delitos sexuales; incendio intencionado; hurto; estafa/falsificación; drogas; daños y perjuicios; infracción de tráfico; delitos contra la administración de justicia; otros delitos). Las características de las trayectorias delictivas en las cuales los subgrupos fueron comparados incluyen la frecuencia y versatilidad de los delitos a lo largo del tiempo. El índice de severidad incluye la frecuencia, gravedad, y versatilidad de los delitos durante cada uno de los periodos estudiados. En el análisis se compararon primero las mujeres y hombres en el grupo de inicio temprano, y segundo las de las mujeres

de inicio temprano e inicio tardío.

#### Resultado y discusión:

El análisis de los datos se está llevando a cabo. En el congreso se presentarán los resultados y sus implicaciones clínicas.

Proyecto de investigación realizado en el marco del programa de Formación Avanzada en Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia, Fundación Alicia Koplowitz.

#### 11.- RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO/ OBESIDAD Y LA FUNCIÓN NEUROCOGNITIVA EN NIÑOS DE POBLACIÓN ESCOLAR

*Blanco Gómez, Ainara. Universitat Rovira i Virgili, departament de psicologia, CRAMC. / Cardona, Mercè. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Ferré, Natalia. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Luque, Verònica. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Escribano, Joaquín. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Canals, Josefa. Universitat Rovira i Virgili, departament de psicologia, CRAMC.*

El aumento de la prevalencia de la obesidad es un problema grave de salud pública. La obesidad es considerada una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele comenzar en la infancia o la adolescencia. Si bien existen estudios que han proporcionado evidencias de que un aumento del índice de masa corporal (IMC) se asocia con un bajo funcionamiento cognitivo en adultos (Dahl et al., 2010), existen pocos estudios que hayan examinado la asociación entre el funcionamiento cognitivo y el sobrepeso en niños y los resultados son inconsistentes (Cserjési et al, 2007; Gunstad et al, 2008; Li et al, 2008; Pauli-Pott et al, 2010).

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre el sobrepeso/obesidad y las funciones ejecutivas en niños de segundo, tercero y cuarto de primaria. Participaron 515 niños de las escuelas públicas y privadas de Reus (Tarragona). Se obtuvo el IMC de todos los niños y se les administró en una primera fase la prueba "Children's Color Trail Test" (CCTT). En una segunda fase (n=221), se administró el "Five Digit Modalities test" (FDT) y el Test de símbolos y dígitos (SDMT) a los ni-



ños con sobrepeso, y obesidad y a un grupo control de normo peso.

Tras realizar un ajuste de las variables mediante regresión lineal y, posteriormente, un ANOVA, no se encontró ninguna relación significativa entre el IMC y los resultados en las pruebas neuropsicológicas.

Nuestros datos no respaldan una asociación entre la función ejecutiva y el sobrepeso/obesidad en niños entre los 7 y 10 años. Así, en edades tempranas podría no hallarse la relación encontrada en edades posteriores, lo que nos permite sugerir que estas relaciones sean secundarias a los efectos neurofisiológicos de la obesidad, y que por ello es importante prevenirla. Para aclarar dicha relación entre sobrepeso/obesidad y las funciones ejecutivas en niños es necesario llevar a cabo más investigaciones con mayores muestras y un seguimiento a largo plazo de las poblaciones de estudio.

## 12.- RELACIÓN ENTRE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y OBESIDAD EN ESCOLARES DE 7-10 AÑOS

*Blanco Gómez, Ainara. Universitat Rovira i Virgili, departament de psicologia, CRAMC. / Cardona, Mercè. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Ferré, Natalia. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Luque, Verònica. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Closa, Ricardo. Universitat Rovira i Virgili, unitat de pediatria. / Canals, Josefa. Universitat Rovira i Virgili, departament de psicologia, CRAMC.*

Se ha sugerido que los problemas psicológicos emocionales en niños pueden ser predictores de obesidad en la adolescencia y en la edad adulta (Anderson et al., 2011; Vamasi et al., 2011). Sin embargo, otros estudios recientes no permiten confirmar la relación entre factores psicológicos y obesidad en población infantil y adolescente (Duarte et al., 2010; Inledon et al., 2011).

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre el sobrepeso/obesidad y los problemas psicológicos en escolares de segundo, tercero y cuarto de primaria. Participaron 250 niños y 265 niñas de las escuelas públicas y privadas de Reus (Tarragona) cuyos padres firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo el IMC de todos los niños y los padres respondieron el Child Behavior Checklist(CBCL).

Los escolares con infrapeso y obesidad presentaron

significativamente más síntomas de depresión-aislamiento que los normopeso/sobrepeso. Los escolares con obesidad presentaron significativamente más problemas sociales que los normopesos/sobrepesos. También, los obesos mostraron mayor puntuación en síntomas somáticos respecto a los escolares de peso normal. En el análisis de regresión múltiple, los problemas somáticos, junto al bajo nivel socioeconómico y la mayor edad, fueron las variables predictoras del IMC.

Estos datos permiten concluir que a edades precoces existe una relación entre problemas psicológicos, específicamente de tipo emocional, y la obesidad. Debido a que ambos aspectos afectan la salud del niño a corto y largo plazo, sería necesario realizar estudios longitudinales para corroborar esta relación.

## 13.- EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TESTIGOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, TRAS UN PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES: PROGRAMA TREI

*Lacasa, Fernando. CSMIJ Cornellà / Alvarez Segura, Mar. CSMIJ Cornellà- Hospital Sant Joan de Deu Barcelona / San, Luis. Hospital Sant Joan de Deu Barcelona / Navarro, Mari Ángeles. CSMIJ Cornellà / Ortiz, Eva M<sup>a</sup>. CSMIJ Cornellà / Richart, Teresa. CSMIJ Cornellà*

### Fundamentos:

La exposición a la violencia doméstica es un poderoso factor de riesgo de salud mental, especialmente de Trastorno de Estrés Postraumático, de desadaptación social y de transmisión generacional de la violencia. Este riesgo está infra detectado, ya que el 23% de los niños y adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental de Cataluña, declaran haber sido testigos de violencia doméstica entre sus padres. En nuestro medio, las herramientas terapéuticas especializadas para tratar estos pacientes son muy escasas. El programa TREI es una adaptación a nuestro medio de la terapia para pacientes adolescentes con antecedentes traumáticos "Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation for Adolescents (STAIR)".



**Objetivos:**

1. Comparar los cambios en los síntomas de estrés postraumático basales y a los 3 meses de finalizar la intervención.
2. Comparar los síntomas postraumáticos de las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperarousal basales y a los 3 meses de finalizar la intervención.

**Método:**

Se ha evaluado a 20 pacientes testigos de violencia doméstica (edad media 11.4, DS 2.6) con la escala la escala PTS-Reaction Index-Child Form, que evalúa los síntomas de estrés postraumático.

**Resultado:**

Se encontraron diferencias significativas en el número de síntomas de estrés postraumático entre antes (9.2, DS 3.8) y después del tratamiento grupal (7.4, DS 3.7,  $p=.024$ ).

Se encontraron a su vez, diferencias significativas en los síntomas de reexperimentación entre antes (3.6, DS 1.7) y 3 meses después del tratamiento (2.6, DS 1.6) ( $p=.012$ ).

Los síntomas de evitación e hiperarousal, disminuyeron tras el tratamiento de grupo pero no de forma significativa.

**Conclusión:**

Tras el tratamiento de grupo TREI, los pacientes testigos de violencia doméstica evaluados, mejoran en los síntomas de re-experimentación del trauma padecido. Estos resultados aconsejan realizar una evaluación de seguimiento a los 3 meses, ampliar el número de casos estudiados e incluir un grupo control.

Ayuda de la Fundación Alicia Koplowitz.

**14.- NIVELES DE ANSIEDAD Y ESTRÉS RELACIONADOS CON EXIGENCIAS DEL MEDIO FAMILIAR Y ESCOLAR.**

López Martínez, María Luisa. Grupo ALBOR-COHS Santander / Magaz Lago, Ángela. Grupo ALBOR-COHS Bilbao / García Pérez, E. Manuel. Grupo ALBOR-COHS Madrid / Collantes Mora, Ana. Grupo ALBOR-COHS Bilbao / Umaran Alfageme, Olga. Grupo ALBOR-COHS

Bilbao / García García, Alberto. Grupo ALBOR-COHS Madrid

**Fundamentos u objetivos:**

La ansiedad como una reacción emocional ante aquellas situaciones en las que una persona percibe una amenaza para su bienestar, bien real o imaginada, nos prepara para defendernos, adaptarnos o generar múltiples y diversas alternativas para resolver dicha amenaza.

A medida que estos niveles de ansiedad aumentan, la persona que la percibe pierde calidad de vida y bienestar interfiriendo esta reacción en los procesos de aprendizaje y en la capacidad para tomar decisiones que le beneficien, pudiendo desencadenar diversos trastornos emocionales.

El objetivo de esta comunicación explicar las diferentes variables que favorecen que nuestros chicos/as en edad escolar presenten estados emocionales ansiosos presentando alternativas para su erradicación y o prevención.

**Métodos y/o pacientes**

En primer lugar, se han analizado los estilos educativos familiares, la percepción de exigencias y los niveles de ansiedad y estrés en 35 adolescentes, de 12 a 16 años, que acuden a consulta psicológica por dificultades académicas y/o problemas de conducta.

La recogida de información se ha realizado mediante auto-informes de los padres y de los adolescentes, empleando los siguientes instrumentos:

PEE: Perfil de estilos educativos familiares

EMANS: Escala Magallanes de Ansiedad

EMEST: Escala Magallanes de Estrés

EPANS: Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad relacionados con el ámbito escolar

SOCRATES: Actitudes ante el estudio y percepción de exigencias vs apoyos familiares

Por otro lado, se han analizado, la percepción de exigencias y los niveles de ansiedad y estrés en 300 adolescentes, de 11 a 14 años, pertenecientes a un grupo de 6º de Educación Primaria y 1º de Educación Secundaria, distribuidos en seis aulas de un mismo centro escolar.

La recogida de información se ha realizado mediante auto-informes de los adolescentes, empleando los siguientes instrumentos:

EMANS: Escala Magallanes de Ansiedad

EMEST: Escala Magallanes de Estrés



EPANS: Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad relacionados con el ámbito escolar

SOCRATES: Actitudes ante el estudio y percepción de exigencias vs apoyos familiares

### Resultados y/o conclusiones

Los adolescentes que acuden a consulta psicológica y conviven en familias con estilo asertivo presentan menos problemas de ansiedad y estrés que quienes conviven en familias con estilos sobreprotector, punitivo o combinado sobreprotector y punitivo.

La percepción de apoyos por parte de los padres y/o de los profesores, protege de la ansiedad y estrés excesivos, mientras que las hiper-exigencias predisponen para la ansiedad y el estrés; tanto en el grupo de población general como en el grupo de adolescentes que acuden a consulta.

No existen diferencias significativas en ansiedad y estrés entre los grupos de población general y el grupo de población que acude a consulta.

## 15.- ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI) - RESPUESTA SOMÁTICA EN LA VIDA ADULTA

*Vargas Castro, José Alexander. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau/Associació Benestar i Desenvolupament, BCN*

### OBJETIVO GENERAL

Determinar como el Abuso Sexual Infantil (ASI) puede llegar a tener repercusiones somáticas en la vida adulta; observando si hay características bio-psico-socio-demográficas de relación, en una población que padeció este flagelo y ha llevado o se encuentra en un proceso psicoterapéutico estructurado.

### SELECCION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se toma la población objeto a partir de 51 pacientes que se visitan en la actualidad (2011), o se han visitado recientemente en la Fundación Vicki Bernadet sede Barcelona. (Centro Terapéutico que ofrece asesoramiento y tratamiento personalizado a víctimas de ASI).

Ya tomada la población objeto por parte de los terapeutas, se realiza una revisión sistémica de cada caso y/o revisión de la historia clínica del sujeto, previo consentimiento informado firmado. Posteriormente se describe

en un primer instrumento las características del ASI, y en un segundo instrumento denominado ASI y somatización, un inventario multisistémico de organicidad.

### RESULTADOS

Han sido evaluados 51 pacientes de forma directa o mediante revisión retrospectiva de su proceso psicoterapéutico, definiendo una experiencia con ASI, por primera vez a los 8 años de edad y último a los 11 años de edad.

El 82 % de las víctimas eran mujeres y 18 % hombres, con posterior multidisciplinariedad ocupacional y capacidad de vinculación social.

El 69% fueron agredidos por hombres adultos, 23% por hombres menores, 2% por mujeres adultas y un 1% por mujeres menores, sin respuesta concluyente en dos de las víctimas.

El ASI fue perpetrado por un solo agresor: En el 29% de los casos, por el padre biológico y en el 16% de los casos por el hermano mayor.

La Forma de presentación del ASI por un solo agresor fue en el 37% de los casos con tocamientos y masturbación, 29% tocamientos y 8% penetración, entre otros.

La frecuencia del ASI fue: 53% de los casos de forma ocasional, 16% con periodicidad semanal, 10% mensual y 4% diario.

Hubo exposición a otras formas de violencia durante la infancia y adolescencia en comorbilidad con el Abuso Sexual Infantil, de tipo negligencia, violencia física y psíquica, económica y Bullying.

En los relatos subjetivos se evidenciaron las variables de silencio, vulnerabilidad y miedo en el 80%, 70% y 70% de los casos respectivamente. La presencia de revictimización y otras formas de maltrato en el 40% y 30% de los relatos.

De acuerdo a la respuesta somática en vida adulta, se evidencia afectación moderada en el 39% de los casos para la variable: frecuentes dolores de cabeza (migrañas, cefaleas, presión en cabeza, etc.) y moderada para el 45% de los casos en referencia a problemas durante el acto sexual (dispareunia, pérdida de líbido, impotencia, eyaculación precoz, frigidez, etc.).

### CONCLUSIONES

Una experiencia de ASI repercute en la salud integral de un individuo, pudiendo ser cofactor detonante de patologías orgánicas y mentales en vida a futuro, alterando



su desarrollo biopsicosocial.

Las víctimas de ASI manejan un nivel estresor diferente que puede afectar el normal funcionamiento hipotalámico-hipofisario-adrenal, representado en patologías orgánicas y mentales en vida adulta.

El ASI tiende a presentarse en compañía de otras formas de maltrato, lo que intensifica la posible lesión existente a vida futura.

La capacidad de hacer vínculo, desempeñar un oficio u ocupación y lograr un nivel de escolaridad, no se evidencian afectados de forma directa por la experiencia de ASI sufrida.

La disfuncionalidad sexual en vida adulta, al igual que cefaleas de diferentes formas de presentación, pueden tener una de sus bases en una experiencia de ASI.

La sensación de miedo, vulnerabilidad, silencio ante los hechos de Abuso Sexual Infantil, al igual que revictimización, son constantes en los individuos que han padecido esta experiencia de maltrato.

## 16.- ANTECEDENTES INFANTILES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: RESULTADOS DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (1980-2010)

*Laura, Mata Iturralde. Fundación Jiménez Díaz. Madrid / Carballo, Juan José. Fundación Jiménez Díaz. Madrid / Blasco Fontecilla, Hilario. Hospital Puerta de Hierro. Madrid / Muñoz Lorenzo, Laura. Fundación Jiménez Díaz. Madrid / López Castroman, Jorge. Fundación Jiménez Díaz. Madrid / Baca García, Enrique. Fundación Jiménez Díaz. Madrid*

### Fundamentos

Existen en la literatura múltiples estudios que apoyan la hipótesis de que la presencia de antecedentes psiquiátricos en el eje I en la infancia y la adolescencia se asocia con tasas elevadas de trastorno de personalidad (TP) en la vida adulta.

### Material y métodos:

A partir del Registro Acumulativo de Casos de la Comunidad de Madrid se diseñó la base de datos utilizada en nuestro estudio. En este Registro, iniciado en 1980, se han incluido todas las visitas producidas en los disposi-

tivos públicos de salud mental de la provincia de Madrid hasta el año 2010. El total de pacientes identificados en estos registros desde 1980 hasta 2010 fueron 432289 pacientes. De estos pacientes se incluyeron en el estudio prospectivo a aquellos que: 1) fueron diagnosticados mediante criterios de la CIE en la edad infanto-juvenil de algún trastorno psiquiátrico al menos en 2 visitas por un psiquiatra o un psicólogo; 2) continuaron su seguimiento en la edad adulta; 3) en el momento del estudio tenían entre 18 y 30 años.

De forma prospectiva se analizó la evolución de los distintos trastornos infantiles y se determinó el porcentaje de pacientes diagnosticados de TP en la vida adulta. Se compararon las tasas de diagnósticos de TP en el adulto entre pacientes con diagnósticos infantiles del eje I mediante el método de Wald.

### Resultados:

De los 8093 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 1787 (22,08%) fueron diagnosticados en la edad adulta de TP. La presencia de un trastorno afectivo en la edad infanto-juvenil se asoció a una evolución hacia TP en un 28,44% (IC 95% 23,89-32,98) de los casos, mientras que el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad en la edad infanto-juvenil, se asoció a esta evolución en el 18,56% (IC 95% 16,82-20,36) de los casos. La presencia de un trastorno de alimentación en la edad infanto-juvenil se relacionó con la presencia de TP en la edad adulta en un 15,40% (IC 95% 12,33-18,48). De forma similar, la presencia de algún trastorno del desarrollo en la edad infanto-juvenil se relacionó con la presencia de un TP en la vida adulta en un 16,23% (IC 95% 12,40-20,06). El porcentaje de pacientes diagnosticados de un trastorno hiperactivo que en la vida adulta fueron diagnosticados de un TP fue de un 25,54% (IC 95% -0,85-1,36), mientras que en el caso de los trastornos disociales su evolución fue de un 34,14% (IC 95%-0,54-1,22).

### Conclusión:

1. La presencia de un trastorno externalizante o internalizante en la edad infanto-juvenil parece que favorece la presencia de un TP en la vida adulta lo que apoya la visión de que los TP se remontan a perturbaciones emocionales y conductuales tempranas.
2. Las dificultades psicosociales y emocionales que predisponen al desarrollo de un trastorno mental



en la infancia y la adolescencia podrían facilitar, teóricamente, la aparición de un TP en la etapa adulta.

3. Futuras investigaciones prospectivas que incluyan marcadores biológicos y ambientales, antecedentes familiares, así como el estudio de la psicopatología infanto-juvenil podrían ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar un TP en la etapa adulta sobre los que desarrollar intervenciones preventivas.

### 17.- MANEJO EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. (PEP)

*Chiclana Actis, Guadalupe. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid. / Calvo Calvo, Ana. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid. / Rapado Castro, Marta. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid. / Sánchez Gutiérrez, Teresa. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid. / Merchán Naranjo, Jessica. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid. / Parellada Redondo, Mara. Sección de Psiquiatría del niño y el Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid.*

#### Objetivos

Estudios en adultos con psicosis muestran alteración de la cognición social, particularmente en el manejo de

las emociones (1). Se ha descrito déficits en la percepción de las emociones en esquizofrenia que se han visto asociadas con un pobre funcionamiento psicosocial (2). Sin embargo, poco sabemos aún sobre el manejo emocional en adolescentes con un primer episodio psicótico (PEP).

#### Métodos

Presentamos una muestra de 19 pacientes (6 mujeres y 13 varones) con un PEP [esquizofrenia (7) Trastorno bipolar (3) y otras psicosis (9)]. La media de edad es de 17,42 (3,1 DS) y 17 controles sanos (7 mujeres y 10 hombres) con una media de edad de 18,18 (4,1 DS), pareados por sexo, edad y años de educación.

Ambos grupos completaron el subtest de manejo emocional del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) (3) que está dividida en dos áreas: manejo emocional (definido como habilidad para internalizar emociones para tomar decisiones y confirmar que son eficaces) y relaciones emocionales (Habilidad para comprender las emociones de terceros, toma de decisiones sobre éstas, y valorar su eficacia). Estas áreas muestran una puntuación total que representa la habilidad para abrirse a los sentimientos y de modularnos en uno mismo y en los demás, así como de promover la comprensión personal.

Se usó el test U-Mann-Whitney para comparar diferencias no paramétricas.

#### Resultados

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles en manejo emocional ( $p=0.008$ ), en relaciones emocionales ( $p=0.002$ ) y en la puntuación total de Manejo de emociones. ( $p=0.001$ ).

#### Conclusiones

Los resultados sugieren que la habilidad para manejar e internalizar emociones de uno mismo y los demás y en la toma de decisiones sobre éstas, está afectada en adolescentes con un primer episodio psicótico.

Esto es indicativo que un perfil bajo en manejo emocional está presente psicosis de inicio temprano en la población joven.

#### Referencias

(1) Emotional management and 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene variance in patients with schizophrenia. Lo CH, Tsai GE, Liao CH, Wang MY, Chang JP, Tsuang HC, Lane HY.



Biol Institute of Behavioral Medicine, National Cheng Kung University Medical College, Tainan, Taiwan. Psychol. 2010 Feb; 83(2):79-83. Epub 2009 Nov 11.

(2) Emotional intelligence in schizophrenia. Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, Lee J, Subotnik KL, Nuechterlein K, Sugar CA, Green MF. Psychology Program, California State University Channel Islands, USA. Schizophr Res. 2009 Jan; 107(1):61-8. Epub 2008 Sep 21

(3) Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., 2002. User's Manual. Multi-Health Systems, Inc., Toronto, Ontario.

Con el apoyo del Ministerios de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Spain

## 18.- PERFIL DE CITOQUINAS EN ESTADOS AGUDOS DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL: EL PAPEL DE IL8 E IP10

*Gariup, María. Servicio de psiquiatría y psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic, calle Villarroel 170, Barcelona, 08036 / Trías, Gemma. Servicio de psiquiatría y psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic, Barcelona / Vinyas, Odette. Servicio de Inmunología, Hospital Clínic, Barcelona / Torrents, Abigüei. UASP, Hospital Clínic, Barcelona / Serra-Pagès, Carles. Servicio de Inmunología, Hospital Clínic, Barcelona, y Universidad de Barcelona (UB) / Morer, Astrid. Servicio de Psiquiatría, CIBERSAM (Grupo G04), IDIBAPS*

### FUNDAMENTOS:

Se ha registrado evidencia de disregulación en el perfil de las citoquinas séricas no sólo en depresión y trastornos afectivos, sino también en esquizofrenia, trastornos de ansiedad, autismo y en el síndrome de Tourette.

### OBJETIVOS:

Este estudio pretende averiguar si algunas citoquinas se asocian con ciertos trastornos psiquiátricos agudos, o con determinados síntomas, en la población infantil y adolescente.

### MÉTODOS:

Se analiza el perfil sérico de 11 marcadores inmunológicos - IL\_1B, IL\_10, IL\_6, GM-CSF, IFN\_G, TNF\_D, IL\_2, IL\_4, IL\_5, IL\_8, IP\_10 (pg / ml) - en 73 niños y adolescentes hospitalizados consecutivamente por una patología psiquiátrica aguda, y se lo compara con él de 33 controles sanos aparejados por edad y sexo. Los diagnósticos psiquiátricos se codificaron según el DSM-IV, a través de la entrevista psiquiátrica semi-estructurada K-SADS-PL.

La muestra está así compuesta:

DEPRESIÓN UNIPOLAR 17  
ANSIEDAD 9  
TOC/TOURETTE/TNO POR TICS 7  
T.NO ADAPTATIVO, PERTURBACIÓN MIXTA  
COMPORTAMIENTO Y EMOCIONES 8  
TAB MANÍA/MIXTO SIN SX PSIC 5  
TAB MANÍA/MIXTO CON SX PSIC 7  
T ESQUIZO AFECTIVO 3  
PSICOSIS 17  
TOTAL 73

### RESULTADOS:

Comparación pacientes/controles (U de Mann-Whitney):

- Dos citoquinas resultaron más elevadas en los pacientes con respecto a los controles: la IL-8 y la IP-10.
- Otras 6 resultaron más bajas en el grupo pacientes: IL\_10, IL\_5, IFN\_g; TNF\_d, IL\_2 e IL\_4, aún con una distribución muy irregular en ambos grupos, y especialmente en el de pacientes.
- La IL\_1b, IL-6 y GM-CSF no resultaron diferentes entre los dos grupos.

### CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

Estos resultados sugieren un papel de la IL\_8 transversalmente a varios síndromes psiquiátricos, configurándola como un posible marcador de patología psiquiátrica aguda.

La IL-8 es una quimioquina secretada por monocitos, neutrófilos y células endoteliales, que funciona como quimiotáctica para neutrófilos y células T. En patologías inflamatorias e infecciosas influiría en la degranulación de los neutrófilos y la activación de las células T.

La IP-10, otra quimioquina que interviene en la degranulación de los neutrófilos y la activación de las células T,



podría tener un papel parecido.

En la comunicación se analizarán asimismo las posibles diferencias de las otras interleuquinas entre los dos grupos pacientes/controles, y entre controles y subgrupos de pacientes, buscando relaciones con los síntomas y el índice de gravedad clínica (ICG), y proponiendo hipótesis causales.

### 19.- CREACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DE EVALUACIÓN INTEGRAL DE DINÁMICA FAMILIAR “CATALÁ-TXP”

*REAL LÓPEZ, MATIAS. CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN / TURBI PINAZO, ÁNGEL M. Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir” / RAMOS VIDAL, CARLA. CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN / CALVO ORENGA, GEMA. CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN / REVERT MARÍN, LAURA. HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA / BENITO DELEGIDO, ANA. HOSPITAL PROVINCIAL PLA, ALICANTE*

#### Fundamentos y Objetivos:

Respecto a los factores ambientales que participan en la naturaleza multifactorial de los trastornos psiquiátricos, destaca la influencia familiar, con tres áreas principales de estudio: relaciones entre conducta y genética, expresividad emocional e interacción entre la Dinámica Familiar (DF) y patología infantil.

Familias saludables muestran grados equilibrados de cohesión entre sus miembros y de adaptabilidad frente a los cambios que suponen las transiciones vitales. Las familias problemáticas presentan grados extremos de cohesión y adaptabilidad.

Existen diferentes escalas con el objetivo de evaluar variables de la dinámica familiar, pero una revisión detecta tres problemas: desacuerdos en los conceptos, heterogeneidad en las definiciones e inconsistencias metodológicas.

Dichas limitaciones hacen necesario profundizar en la creación de un nuevo instrumento de evaluación de la DF que permita la evaluación integral de los conceptos clave.

Presentamos el diseño de un instrumento científico e integral sobre DF que abrirá las puertas a la detección

temprana de dinámicas disfuncionales potencialmente generadoras de trastornos y psicopatologías en los hijos, ofreciendo la oportunidad a los clínicos de desarrollar y aplicar intervenciones de carácter preventivo que corrijan las primeras manifestaciones.

#### Objetivos:

- Crear y validar dicho nuevo cuestionario con una versión para padres y otra para hijos.
- Aunque existan diferencias en algunos ítems, los factores del cuestionario no difieren entre ambas versiones.
- Demostrar las posibles diferencias en algunos ítems del cuestionario entre las familias de población general y las de los hijos con trastorno de conducta, demostrando que aunque pueden existir diferencias, la consistencia interna de los factores de segundo orden se mantiene estable en ambas poblaciones.

#### Métodos y pacientes:

El cuestionario consta de 30 ítems que evalúan el contenido de 30 conceptos clave generados a partir del método Delphi con un grupo de expertos. Las posibilidades de cada variable son las de la escala Likert de 5 puntos desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo para cada uno de los ítems.

#### Criterios de inclusión:

- 14-16 años
- Presencia/ausencia de Trastorno Disocial o Trastorno Negativista Desafiante
- Ausencia de otros diagnósticos psiquiátricos
- Convivencia en el seno familiar
- Aceptación voluntaria del adolescente y familia en participar

Los controles proceden de varios centros de Educación Secundaria de Castellón y Valencia.

Los casos son pacientes (trastorno de conducta y/o consumo de sustancias) de las USMIAs o que acuden a los recursos sociales por problemas de conducta y/o absentismo escolar.

#### Resultados:

332 casos y 31 controles.

La consistencia interna se ha medido a través del alfa de Cronbach y la repetitividad del cuestionario mediante



un retest a los 14 días a través del coeficiente de Spearman-Brown.

El cuestionario en su versión para cuidadores presenta una alta consistencia interna en ambos grupos: casos (a: 0,829) y controles (a: 0,875) así como cuando se analiza toda la n al mismo tiempo (a: 0,830) Del mismo modo la fiabilidad del cuestionario en su versión cuidador sigue siendo alta (0,800; 0,874; 0,803, respectivamente).

Cuando analizamos la consistencia interna del cuestionario en su versión para adolescentes podemos observar que los resultados obtenidos son incluso mejores que en la versión para el cuidador: casos (a: 0,867), controles (a: 0,903), total (a: 0,872) Respecto a la fiabilidad ocurre igual (0,857; 0,851; 0,858, respectivamente).

#### Conclusiones:

Nos encontramos en fase de análisis estadísticos. El cuestionario presenta una importante consistencia interna en sus dos versiones (adolescente y cuidador) así como, una alta fiabilidad test retest; no obstante, seguimos ampliando la muestra para poder realizar una validación significativa del mismo.

Presentaremos el análisis factorial con el alfa de Cronbach ítem a ítem para ver la consistencia interna de cada uno de ellos. Analizaremos las diferencias entre adolescentes con trastornos de conducta y aquellos sanos, en ambas versiones.

Financiación: Conselleria de Sanitat 2009, 2011.

## COMUNICACIONES ORALES QUE OPTAN A PREMIO

### 20.- TASAS DE DISCONTINUACIÓN Y TOLERABILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: 24 MESES DE SEGUIMIENTO.

*Noguera, Ana. Hospital Clinic de Barcelona / Ballesta, Patricia. Hospital Clinic de Barcelona / Baeza, Immaculada. Hospital Clinic de Barcelona / Arango, Celso. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, / de la Serna, Elena. Hospital Clinic de Barcelona / Gonzalez-Pinto, Ana. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria / Parellada Mara. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, / Graell Montserrat. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, / Moreno, Carmen. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid / Otero, Soraya. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, / Castro-Fornieles, Josefina. Hospital Clinic, Barcelona.*

#### OBJETIVO:

El Child and Adolescent First-Episode Psychosis Study (CAFEPS) es un estudio longitudinal sobre primeros episodios psicóticos de inicio temprano. En esta comu-

nicación se describe el tratamiento psicofarmacológico administrado de forma naturalística durante 24 meses de seguimiento, así como las tasas de discontinuación, los motivos de discontinuación y los efectos secundarios evaluados.

#### MÉTODO:

La muestra estaba formada por 110 pacientes, con edades entre 9-17 años, con un primer episodio psicótico. El tratamiento farmacológico, los cambios en el tratamiento, los motivos para la discontinuación y la escala de efectos secundarios UKU se registraron en los meses 6, 12 y 24 de seguimiento.

La discontinuación se definió como: 1) Suspensión del antipsicótico iniciado basalmente, 2) Adición de otro antipsicótico, o 3) Cambio a otro antipsicótico. Los motivos de discontinuación se clasificaron en respuesta insuficiente, reacciones adversas y otros.

#### RESULTADOS:

Según el tratamiento inicial instaurado se establecieron los grupos siguientes: olanzapina (n = 18), risperidona (n = 51), quetiapina (n = 16), antipsicóticos combinados (n = 16) y otros (n = 6). Tres pacientes iniciaron el estudio sin tratamiento. La tasa de discontinuación fue del 44,5%



a los 6 meses, 59,1% a los 12 meses, y 70,9% a los 24 meses siendo la respuesta insuficiente el principal motivo de discontinuación en los tres momentos evaluados. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las tasas de discontinuación, motivo de discontinuación o el tipo de discontinuación (suspensión, adición o cambio). En el grupo de antipsicóticos combinados inicial se observó una clara tendencia a la monoterapia a los 24 meses.

A los 6 meses se encontraron diferencias significativas en el aumento del IMC y el aumento del IMC z-score siendo mayor en el grupo de olanzapina así como mayores efectos secundarios de tipo neurológicos en el grupo de risperidona, estas diferencias no fueron significativas a los 12 y 24 meses. Tras los primeros meses de tratamiento, también se estableció un grupo con clozapina que obtuvo altas tasas de mantenimiento incluso presentando puntuaciones más altas en la subescala autonómica de la UKU y no se observó ningún caso de efecto adverso de tipo hematológico.

### CONCLUSIONES:

Se observan altas tasas de discontinuación similares a las observadas en estudios en adultos sin existir diferencias significativas entre los distintos antipsicóticos. Durante el primer año se observan la mayoría de los cambios en el tratamiento, pero una vez adaptado el tratamiento según la tolerabilidad y la mejoría clínica el porcentaje de discontinuación se incrementa menos. El principal motivo de discontinuación a lo largo del seguimiento fue la respuesta insuficiente. En ensayos clínicos controlados la definición de respuesta insuficiente se determina por criterios estrictos pero en estudios naturalísticos la definición es probablemente menos precisa, esto puede haber aumentado el porcentaje en nuestro estudio, ya que los cambios en la medicación en la práctica clínica se puede haber realizado más rápidamente a fin de acelerar la mejoría del paciente. Las diferencias en los efectos secundarios fueron encontradas a los 6 meses pero no posteriormente, una vez que el clínico ya había realizado cambios de tratamiento. En el grupo de antipsicóticos combinados inicial se observó una clara tendencia a la monoterapia a los 24 meses, siempre recomendada para minimizar los efectos secundarios. La clozapina presentó altas tasas de mantenimiento y una tolerabilidad muy similar a otros antipsicóticos.

## 21.- PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ALTO RIESGO GENÉTICO PARA ESQUIZOFRENIA O TRASTORNO BIPOLAR

*De la Serna Gómez, Elena. CIBERSAM-Hospital Clínic / Baeza-Pertegaz, Inmaculada, Noguera Mas, Anna. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic / Romero Cela, Soledad. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic / Sánchez-Gistau, Vanessa, Sugranyes Ernest, Gisela. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic / Vila Nieto, Montserrat. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic / Castro-Fornieles, Josefina. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil, Hospital Clínic*

### Fundamentos y objetivos:

Diferentes estudios han demostrado una mayor frecuencia de psicopatología en los hijos de pacientes con esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB). Además, algunos autores, destacan que ambas patologías comparten ciertas características clínicas y genes candidatos asociados a ambas enfermedades (Fallin et al., 2005). A pesar de ello, existen pocos estudios (Maziade et al, 2008) que comparen las características clínicas de hijos de pacientes con ESQ y TB. Los trabajos existentes se han realizado con muestras de alto riesgo para una u otra patología y sus resultados muestran elevadas tasas de psicopatología que oscilan en torno al 50% (Hans et al, 2004; Birmaher et al, 2009). Sin embargo, estos trabajos no aportan información sobre la comparación entre los dos grupos de alto riesgo. Por este motivo, el objetivo de este estudio es la comparación respecto a los diagnósticos DSM-IV de grupos de niños de alto riesgo para ESQ para TB y un grupo de controles de población general.

### Método:

1. Muestra: Se reclutaron tres grupos: a) hijos de pacientes diagnosticados de ESQ (n=26); b) hijos de pacientes diagnosticados de TB (n=46); c) grupo control de población general (n=55). Los grupos fueron apareados por edad y sexo.
2. Criterios de exclusión: a) Retraso mental; b) presencia de enfermedad orgánica del sistema nervioso central o antecedentes de traumatismos cra-



neocencefálicos con pérdida de conciencia. En los controles se incluyó además la presencia de antecedentes de trastorno psicótico entre los familiares de primer o segundo grado.

3. Evaluación clínica: la valoración clínica de los padres se realizó mediante la entrevista semi-estructurada SCID (First et al 1999). La valoración de los niños realizó con la entrevista semi-estructurada K-SADS-PL (Kaufman et al 1997).

### Resultados:

#### 1 Características sociodemográficas:

No se observaron diferencias significativas en edad ( $F=1,798$ ;  $p=0,170$ ) o sexo ( $\chi^2=5,19$ ;  $p=0,075$ ) entre los tres grupos pero sí a en estatus socioeconómico ( $F=14,89$ ;  $p<0,001$ ).

#### 2 Presencia de psicopatología:

La presencia de psicopatología (DSM-IV) siempre fue significativamente superior en los grupos de alto riesgo que en grupo control tanto ESQ ( $\chi^2= 18,69$ ;  $p<0,001$ ) como TB ( $\chi^2= 4,64$ ;  $p= 0,031$ ). Concretamente, el 61,5%, de hijos de padres con ESQ presentaba psicopatología, el 32,6% de hijos de padres con TB y el 14,5% de controles.

#### 3 Diagnósticos DSM-IV:

Respecto a las patologías más prevalentes, el TDAH se observó en un 50% de hijos de padres con ESQ, en un 17,4% de hijos de padres con TB y en un 5,5% de controles. Respecto a los trastornos de ansiedad, se detectaron en un 7,7% de los hijos de padres con ESQ, en un 10,9% de hijos de padres con TB y en un 3,6% de controles. Además, se realizó un análisis mediante regresión logística binaria. Los resultados mostraron diferencias significativas en la presencia de TDAH entre los hijos de padres con ESQ y los controles ( $p<0,001$ ). No se observaron diferencias significativas entre los hijos de padres con TB y los controles en diagnósticos concretos. El TDAH también fue más prevalente en hijos de pacientes con ESQ que con TB.

### Conclusiones:

Se observan tasas de psicopatología más elevadas en los grupos de hijos de pacientes en comparación con los controles, siendo más elevadas en los hijos de pacientes con ESQ. Los trastornos más prevalentes fueron el TDAH y los trastornos de ansiedad. La comparación entre grupos mostró tasas más elevadas de TDAH en el grupo ESQ que en los otros dos grupos.

Agradecimientos: Instituto de Salud Carlos III (PI 07006), FEDER, 2009SGR1119.

### 22.- ALTERACIONES EN LA SUSTANCIA BLANCA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMIENTO (TEA-AF)

*Rosa Justicia, Mireia. Hospital Clínic de Barcelona / Cullell March, Clàudia. IDIBAPS / Puig Navarro, Olga. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. / Sánchez Gistau, Vanessa. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. / Lera Miquel, Sara. Hospital Clínic de Barcelona / Calvo Escalona, Rosa. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.*

#### Introducción:

La etiopatogénesis de los TEA dista de ser conocida, pero los últimos estudios de neuroimagen indican la importancia de las alteraciones en la estructura cerebral en la misma (Brambilla et al, 2003; Courchesne et al, 2007; Minshew et al, 2007). Algunos autores encontraron alteraciones en diferentes áreas de la sustancia blanca (SB) incluyendo el cuerpo calloso y diferentes regiones del lóbulo frontal, parietal, temporal y occipital (Bonilla et al, 2008; Waiter et al, 2005) en niños con TEA-AF comparados con niños de desarrollo típico; otros estudios no demostraron diferencias significativas (Mengotti et al, 2011; Poutska et al, 2011). Un meta-análisis reciente, muestra la existencia de mayor volumen de SB en el centro semioval derecho y en los fascículos uncinado y arqueado, junto con déficits de SB en el cíngulo anterior derecho y el cuerpo calloso (Radua et al, 2011). El objetivo de nuestro estudio es el análisis de las diferencias en neuroimagen estructural entre niños y adolescentes con TEA-AF respecto a iguales de desarrollo típico. Se presentan los resultados preliminares que forman parte de una investigación de neuroimagen estructural y funcional más amplia.

#### Método:

En el estudio participaron 29 niños y adolescentes con TEA-AF (Media Edad=12,40 DT=3,01) y 16 controles de desarrollo típico (Media Edad=11,32 DT=3,02) (Rango Edad=7-17 años). Todos los pacientes cumplían los criterios del DSM-IV y CIE-10 para TEA y el diag-



nóstico se confirmaba con la Autism Disorder Interview (ADI-R), entrevista semi-estructurada e instrumento gold-standard para el diagnóstico de TEA. Los criterios de exclusión fueron: tener un CI Verbal menor de 70, la presencia de enfermedades neurológicas relevantes y tener otro trastorno psicopatológico de gravedad en el momento de entrar en el estudio. Se obtuvieron imágenes estructurales 3D usando secuencias de T1 MPRAGE (corte sagital; TR: 2300ms, TE: 2.98ms, medida voxel: 1x1x1mm<sup>3</sup>). Se ha llevado a cabo un análisis de Voxel Base Morphometry (VBM) utilizando el SPM8. La edad, el sexo y el volumen total intracraneal se usaron como covariables. La significación estadística se estableció para una  $p < 0.05$ , corregida para comparaciones múltiples (FWE).

#### Resultados:

Comparado con el grupo control, los niños y adolescentes con TEA-AF mostraron una disminución de volumen de SB en el lóbulo frontal derecho, en las regiones siguientes: Giro cingulado anterior, giro frontal superior y medio, giro paracingulado y fascículo longitudinal superior (temporal) y en el Sistema límbico: giro cingulado (coordenadas MNI = [18 21 40],  $p(\text{FWE})=0.028$  peak-level,  $T=5.23$  y medida cluster=403). No se encontraron aumentos significativos de SB ni diferencias significativas de SG.

#### Conclusiones:

En el presente estudio los niños y adolescentes con TEA-AF presentaron una disminución de volumen de SB en diferentes regiones mediales del lóbulo frontal derecho, incluyendo parte del sistema límbico. Las alteraciones en SB encontradas podrían ser la base estructural de varias de las características clínicas de los TEA. Concretamente, las regiones mediales del lóbulo frontal se han relacionado consistentemente con alguno de los déficits neuropsicológicos que se identifican en los TEA. Asimismo, las alteraciones en el giro cingulado, pueden relacionarse con alteraciones en la conducta emocional, características del TEA.

La realización de este estudio ha sido posible gracias a la financiación del F.I.S. del Ministerio de Ciencia e Innovación (PI040649) y por la Fundación La Marató de TV3 (091510).

### 23.- PREVALENCIA DE CONSUMO DE TÓXICOS EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE PSÍQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DEL HOSPITAL DE BASURTO: PERSPECTIVA DE GÉNERO.

*Olazabal Eizaguirre, Nora. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Fernández-Rivas, Aranzazu. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Vivanco González, Esther. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Landa Aketxa, Mercedes. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Rahmani, Reda. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / González-Torres, Miguel Ángel. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto.*

#### Objetivo:

El objetivo de este estudio es establecer la edad de inicio, el patrón de consumo, las sustancias consumidas y las diferencias que en éstos parámetros presentan varones y mujeres adolescentes que ingresan en nuestra Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

#### Material y métodos:

Se recogieron de modo prospectivo todos los ingresos de pacientes adolescentes (mayores de 12 años) en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto entre febrero-2005 y septiembre-2009, llegando a un total de 431. La edad media fue de 15,18 años (D.E. 1,54), siendo varones el 50,1%. La duración media de la hospitalización fue de 15,38 días (D.E. 12,23).

Se recogieron sistemáticamente los patrones de consumo mediante entrevista estructurada realizada por el Psiquiatra de la unidad o por enfermería especializada. Se realizó análisis estadístico con SPSS (16.0) utilizando test de Chi cuadrado para las variables categóricas y t de Student para las variables cuantitativas.

#### Resultados:

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ) entre varones y mujeres en cuanto a la prevalencia de consumo (40,7%; 10,2%). Atendiendo a la sustancia consumida, los varones ingresados en nuestra Unidad consumían significativamente más cannabis (43,5%; 21,9%) ( $p < 0.001$ ), y más drogas de síntesis (8,2%; 2,9%) ( $p = 0.014$ ). Se observa una tendencia a la significación



estadística en el consumo de cocaína atendiendo al sexo (10,6%: 6,2%) ( $p=0,074$ ). No se encuentran diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol y anfetamina.

Asimismo, se revelaron como significativamente más frecuentes entre los varones aquellos diagnósticos que la evidencia científica relaciona más estrechamente con el consumo de tóxicos: la psicosis funcional (38,4%; 23,7%) ( $p<0,001$ ) y el trastorno disruptivo (25,0%; 13,5%) ( $p<0,001$ ).

Atendiendo a la edad de inicio del consumo hallamos cómo, en general los varones se inician a una edad más precoz en todos los tóxicos. Se encontraron resultados estadísticamente significativos para el inicio de consumo de cannabis (14,3 años varones; 14,8 mujeres) ( $p<0,001$ ) e inicio de consumo de anfetamina (14,23 años; 15, 04 años respectivamente) ( $p<0,001$ ).

#### Discusión:

Las diferencias en el patrón de consumo entre hombres y mujeres se objetivan en nuestra muestra de manera concordante con la bibliografía existente. Diferentes estudios nos informan del aumento de las tasas de consumo de generación en generación, con una clara tendencia a equiparación de las tasas de consumo de varones y mujeres. Se ha hipotetizado que los cambios sociales del siglo pasado que han afectado al papel de la mujer en nuestra sociedad y que continúan en este siglo son los responsables de dicha tendencia a la equiparación en cuanto al consumo y las sustancias consumidas.

#### Conclusiones:

- Los varones adolescentes de nuestra muestra consumen más tóxicos que las adolescentes mujeres, sobre todo a expensas de cannabis y drogas de diseño
- Los varones son más frecuentemente diagnosticados de Trastorno psicótico y Trastorno disruptivo.
- Los varones adolescentes inician en el consumo de tóxicos más precozmente que las mujeres adolescentes y las diferencias halladas en cuanto al género son significativas para cannabis y anfetamina.

#### 24.- INFLUENCIA DE LOS GRUPOS DE ADOLESCENTES EN CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE RIESGO PARA

#### TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

MAGRINYÀ VINYES, GLADYS. Centro de Salud Mental de Adultos del Instituto Pere Mata / GRANERO PÉREZ, ROSER. Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud de UAB / TORO TRALLERO, JOSEP. Universidad de Barcelona

Esta documentado que los amigos tienden a parecerse unos a otros en un amplio espectro de características, así como la influencia de los grupos de adolescentes en la aparición de conductas y actitudes de riesgo: consumo de alcohol y drogas, sexo de riesgo, conductas delictivas y agresividad, juego patológicos...

El presente estudio ha examinado la influencia de los grupos de amigas en la presencia de características de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario y de otras características psicológicas y psicopatológicas.

#### OBJETIVOS:

- Estudiar si hay más semejanzas en actitudes y comportamientos alimentarios entre las chicas que forman parte de un mismo grupo de amigas (IG) que entre diferentes grupos de amigas (EG).
- Estudiar si hay más semejanzas en variables relacionadas con patología alimentaria (IMC, sintomatología depresiva, autoestima e influencias culturales para adelgazar y preocupación corporal) entre las chicas que forman parte de un mismo grupo de amigas que entre diferentes grupos de amigas.

#### MÉTODO

Población de 585 chicas de 10 a 17 años de edad pertenecientes a una única escuela concertada, situada en Barcelona.

Todas las chicas fueron pesadas y talladas para calcular el IMC y contestaron los siguientes cuestionarios:

- Sociograma,
- Eating Attitudes Test (EAT),
- Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC),
- Escala de Autoestima de Rosenberg y
- Cuestionario de Circunstancias y Conductas de Riesgo (CCCR) elaborado a propósito de esta investigación para evaluar actitudes, conductas y



circunstancias relacionadas con trastornos alimentarios.

La comparativa entre la variabilidad intragrupos versus entregrupos se llevó a cabo a partir de análisis de la varianza (ANOVA), incluyendo únicamente las chicas que el sociograma había identificado como pertenecientes a algún grupo. La variable independiente fue el grupo de pertenencia de la chica y las variables dependientes las medidas clínicas y psicométricas.

### RESULTADOS:

Se identificaron 99 grupos de amigas a través del sociograma; el 49,5% fueron grupos de 3 chicas, el tipo de grupo más predominante en todas las edades. El promedio de cohesión total fue de 0,88.

Se hallaron diferencias significativas intragrupo versus entregrupos en todas las variables estudiadas (IMC,  $F=1.794$ ,  $p<0.0005$ ; Rosenberg,  $F=1.909$ ,  $p<0.0005$ ; CDI,  $F=1.555$ ,  $p=0.003$ ; CIMEC F1,  $F=1.945$ ,  $p<0.0005$ ; CIMEC F2,  $F=1.466$ ,  $p=0.008$ ; CIMEC F3,  $F=1.531$ ,  $p=0.004$ ; CIMEC F4,  $F=2.864$ ,  $p<0.0005$ ; CIMEC F5,  $F=1.743$ ,  $p<0.0005$ ; CIMEC PT,  $F=2.688$ ,  $p<0.0005$ ; CCCR F1,  $F=1.57$ ,  $p=0.002$ ; CCCR F2,  $F=3.488$ ,  $p<0.0005$ ), excepto en EAT (EAT,  $F=1.039$ ,  $p=0.398$ ).

Las diferencias significativas intragrupo versus entregrupos son más frecuentes en las chicas más pequeñas que en las grandes; concretamente, en las de 10-11 años donde observamos diferencias significativas en Rosenberg ( $F=2.821$ ,  $p<0.0005$ ), CIMEC F2 ( $F=1.692$ ,  $p=0.046$ ), CIMEC F4 ( $F=2.893$ ,  $p<0.0005$ ), CIMEC F5 ( $F=2.855$ ,  $p<0.0005$ ), CIMEC PT ( $F=2.686$ ,  $p=0.001$ ), F2 CCCR ( $F=3.176$ ,  $p<0.0005$ ).

### CONCLUSIONES:

- Las adolescentes que pertenecen a un grupo de amigas se parecen más entre sí que los grupos de amigas entre ellos en IMC, nivel de síntomas depresivos, nivel de autoestima, nivel de influencias culturales percibidas sobre el modelo estético corporal y preocupación por la imagen corporal. Así se pone de relieve la gran influencia del grupo coetáneo adolescente para conseguir en sus miembros la homogeneización de muy variadas características psicológicas, psicosociales y aun biológicas.
- No hay diferencias significativas en actitudes y comportamientos alimentarios de riesgo (EAT)

entre los diferentes grupos de amigas y las adolescentes que forman parte de un grupo de amigas. Este resultado sugiere la existencia de una homogeneización en actitudes y comportamientos hacia el cuerpo y la comida en las chicas adolescentes que se integran en grupos de amigas.

### 25.- BIOMARCADORES DE EVOLUCION EN LA ANOREXIA NERVIOSA DEL ADOLESCENTE.

*Graell Berna, Montserrat. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Andrés Nestares, Patricia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Faya Barrios, Mar. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Villaseñor Montaroso, Angel. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Marcos, Ascensión. Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos y Nutrición. C.S.I.C. / Morandé Lavin, Gonzalo. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*

#### Introducción

Existen escasos bio-marcadores sensibles para monitorizar la evolución de los trastornos de alimentación o el éxito de tratamiento. Tradicionalmente los marcadores de estado nutricional incluyen las proteínas sintetizadas en el hígado (albúmina, pre-albúmina, proteína fijadora del retinol, transferrina, C3 y C4) que habitualmente aparecen con valores normales en estos pacientes. Al menos un estudio (Nova, 2004) halla cambios en la transferrina, C3 y C4 en la evolución a 12 meses. Otros autores (Flierl et al 2011) hallan que los niveles de C3 fueron significativamente menores en pacientes con anorexia nerviosa severa ( $IMC<14$  kg/m<sup>2</sup>) comparado con controles, considerando los niveles de C3 como marcador sensible de severidad del trastorno.

#### Objetivos

Evaluar las proteínas sintetizadas en el hígado como marcadores de desnutrición en pacientes con trastornos de alimentación adolescentes y determinar si los niveles séricos de estas proteínas pueden representar bio-marcadores de evolución a lo largo del tratamiento a corto plazo en estos trastornos.

#### Metodología

Estudio prospectivo de evolución (ANABEL) de 60



pacientes adolescentes con diagnóstico de TCA admitidos consecutivamente en la Unidad de TCA para inicio de tratamiento. Muestra basal (T0) de 60 pacientes a los que se realiza evaluación clínica que incluye Índice de Masa Corporal y determinación sanguínea de diferentes parámetros que incluye niveles séricos de transferrina, C3 y C4, albúmina, pre-albúmina, proteína fijadora del retinol y proteínas totales. Se repite la evaluación a la re-nutrición (T1) en 43 pacientes y a los 6 meses de la evaluación inicial (T6) en 28 pacientes. Análisis estadístico con t de student y ANOVA de medidas repetidas. Paquete estadístico SPSS (versión 20)

### Resultados

60 pacientes adolescentes mujeres de 14,62 años (SD 1,37). Con diagnóstico de Anorexia Nerviosa Restringida: 34 (56,7%); Anorexia Nerviosa Purgativa: 8 (13,3%) y Trastorno de Alimentación No especificado: 18 (30%). Duración media del trastorno: 11,32 meses (sd 8,44).

En T0 (IMC medio de 16,17 kg/m<sup>2</sup>; sd 1,86), el nivel sérico de C3 está disminuido (83,99; rango 86-184 mg/dl). Sin embargo, los valores de niveles séricos de C4, Transferrina, Albúmina, Prealbúmina, Proteína Fijadora del Retinol y Proteínas totales se encuentran dentro de rangos normales. El C3 se incrementa de forma no significativa en T1 (IMC 18,40) ( $p < 0,09$ ) y de forma significativa respecto a la determinación basal en T6 (IMC 18,90) ( $p < 0,01$ ).

En las medidas repetidas de ANOVA revela un efecto-tiempo significativo ( $p < 0,01$ ) en el seguimiento para C3, C4, Transferrina, Albúmina y Proteínas Totales. No hay diferencias estadísticamente significativas en Pre-Albúmina y Proteína Fijadora de Retinol.

### Conclusiones

El C3 puede representar un bio-marcador sensible en los pacientes adolescentes con trastorno de alimentación. Los valores séricos de C3 se normalizan tras la re-nutrición a corto plazo, manteniéndose el nivel sérico normal a los 6 meses de tratamiento, momento en que los pacientes mantienen la mejoría nutricional.

El C3 puede constituir un biomarcador útil para monitorizar la evolución de los pacientes durante el tratamiento.

Ninguna de las otras proteínas medidas (transferrina, C4, albúmina, pre-albúmina, proteína fijadora del retinol y proteínas totales) están fuera de rangos normales en la

fase de desnutrición en estos pacientes con diagnóstico inicial. Durante la evolución a 6 meses incrementan su valor aunque al estar dentro de rangos normales, no constituirían biomarcadores del trastorno.

Agradecimientos: los autores agradecen la ayuda proporcionada por la Fundación Alicia Koplowitz y el FIS (PI08/1832).

### 26.- HIPERLAXITUD ARTICULAR COMO PREDICTOR EN LA DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA

*DUÑO AMBROS, LURDES. CSMIJ SANT MARTÍ SUD-BARCELONA / BATLLE VILA, SANTIAGO. CSMIJ SANT MARTÍ SUD-BARCELONA / ACEÑA DÍAZ, MARTA. CSMIJ SANT MARTÍ SUD-ICS-INAD PARC DE SALUT MAR-BARCELONA / CAMPRODON ROSANAS, ESTER. CSMIJ SANT MARTÍ SUD-ICS-INAD-PARC DE SALUT MAR-BARCELONA / PUJALS ALTÉS, ELENA. CSMIJ SANT MARTÍ NORD-ICS-INAD-PARC DE SALUT MAR-BARCELONA / MARTÍN LÓPEZ, LUIS MIGUEL. INAD- PARC DE SALUT MAR-BARCELONA*

Los problemas de ansiedad se inician en la infancia y adolescencia y son un problema prevalente que tiene un impacto en el desarrollo, rendimiento escolar y funcionamiento general. El disponer de indicadores que nos permitan detectar de manera temprana nos puede ayudar en la intervención precoz y preventiva.

La presencia de síntomas físicos en niños con problemas emocionales y síntomas de ansiedad será un marcador predictor de trastorno. En este caso se estudia la hiperlaxitud articular, trastorno benigno del tejido conectivo que se ha relacionado con los trastornos de ansiedad. Se ha demostrado que su presencia es un factor predisponente para el rasgo de ansiedad en población general.

**Objetivos Generales:**1. Establecer mecanismos de prevención con la exploración de la movilidad articular y la detección de HLA para la detección precoz de los desórdenes de ansiedad.

**Objetivos Específicos:**1. Establecer una correlación entre HLA y la psicopatología de la ansiedad en edad infantil tanto en población general infantil como en



población con patología ansiosa. 2. Relación entre HLA y sintomatología internalizante, identificada mediante las escalas de CBCL en la dos muestras, sana y patológica.

#### **Metodología:**

Muestra: muestra 1: Se realiza un estudio de tipo corte transversal en el cual se evalúan 76 sujetos de ambos sexos de edades comprendidas entre 6 y 18 años, que acuden al centro de salud mental infanto juvenil con sintomatología ansiosa. Muestra 2: 100 sujetos de población general pediátrica.

Procedimiento: Evaluamos psicopatología a través de: 1) Cuestionarios de observación de conducta, Child Behavior Checklist para edades de 4-18 años (CBCL, Achenbach) para padres, las dimensiones de internalización I, II y III : reservado/introvertido (I), ansioso/depresivo (II) y presencia de síntomas somáticos (III); 2) Revised Children's Manifest Anxiety Scale, (CMAS-R, Reynold), escala revisada de ansiedad manifiesta para niños y 3) realizamos una exploración de movilidad articular a través del Cribado para la detección del Síndrome de Hiperlaxitud Articular. La nueva Escala de Cribado Mar (EC-MAR).

#### **Resultados:**

Se presentan los resultados de la correlación entre la exploración de movilidad articular, las dimensiones de internalización del CBCL y el CMAS-R, en población general pediátrica y pacientes con ansiedad. Se obtienen correlación estadísticamente significativa en la dimensión de ansiedad fisiológica.

#### **Conclusiones:**

La población infantil presenta unos resultados similares a los obtenidos en los estudios realizados en adultos.

### **27.- PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DICHO DIAGNÓSTICO**

*Riveros Tejada, Gonzalo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa / Jordana Vilanova, Nuria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa / Granados Martínez, Bianca. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa / Casanova Gracia, Natalia. Hospital Clínico Universita-*

*rio Lozano Blesa / Sanz Asín, Pedro. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa / Ruiz Lázaro, Pedro. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

#### **Fundamentos y objetivos:**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es actualmente el trastorno psiquiátrico más frecuente en niños de 5 a 10 años y también es uno de los más conocidos y estudiados. La prevalencia del TDAH es todavía hoy un tema controvertido, si bien la literatura informa de cifras que oscilan del 2 al 20%, recientes revisiones señalan una prevalencia del 5 al 10% a escala global. Por sexos existen diferencias a favor de los varones, diversos estudios sugieren que en la infancia las proporciones oscilan entre 2-1 hasta 9-1, diferencias que se acortan cuando nos referimos a muestras de adolescentes y en adultos estas son menos marcadas y tienden a igualarse. Los síntomas del TDAH suelen aparecer hacia los 3 años de edad, sin embargo el diagnóstico suele establecerse posteriormente, cuando el niño se encuentra en un contexto escolar estructurado. Diversos estudios longitudinales indican que el TDAH pediátrico persiste en la primera edad adulta en el 60-70% de los casos. La tasa de remisión del TDAH en la edad adulta lleva un ritmo exponencial de declinación por el que disminuye un 50% cada 5 años. La prevalencia actual del TDAH en adultos es del 1-5%.

Estudios familiares indican una elevada prevalencia de TDAH entre miembros de la familia de pacientes con este trastorno. El riesgo de padecer TDAH entre los padres de un niño afectado estaría incrementado de 2 a 8 veces. El riesgo calculado para un niño de padecer el trastorno si uno de los padres lo presenta oscila entre el 60 y 90%.

Los objetivos de nuestro estudio son:

1. Evaluar la prevalencia de síntomas TDAH en progenitores de niños con dicho diagnóstico de forma retrospectiva y en la actualidad.
2. Evaluar la relación de la prevalencia retrospectiva con la prevalencia actual de los síntomas TDAH en función del género del progenitor.

#### **Métodos y pacientes:**

Utilizamos dos escalas validadas en nuestro medio para TDAH en adultos, la escala de cribado del TDAH en adultos de la OMS (ADULT SELF-REPORT SCALE - ASRS) para síntomas TDAH retrospectivos y la escala



WENDER UTAH RATING SCALE – WURS para síntomas TDAH en la actualidad.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, la muestra está formada por 45 progenitores, 13 padres y 32 madres, correspondientes a 35 niños con diagnóstico de TDAH de las consultas externas de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, niños diagnosticados de TDAH según criterios DSM-IV-TR. La muestra fue seleccionada de forma consecutiva.

#### Resultados:

1. El 51.1% de los progenitores presentan síntomas TDAH retrógradamente (más de 32 puntos en escala WURS). Esta cifra disminuye al 20% para síntomas TDAH en la actualidad (más de 12 puntos en la escala ASRS).
2. La edad media de los progenitores con síntomas TDAH retrospectivamente es 41,45 años y con síntomas TDAH en la actualidad es 39,33 años. La edad media de los niños es significativamente inferior en los padres con síntomas TDAH en la actualidad.
3. Las madres que presentan síntomas TDAH retrospectivamente representan el 43,8%, frente al 21,9% que presentan síntomas TDAH en la actualidad. Los padres que presentan síntomas TDAH retrospectivamente representan el 69,2%, frente al 15,4% que presentan síntomas TDAH en la actualidad.

#### Conclusiones:

1. Existe una elevada prevalencia de síntomas de TDAH de forma retrospectiva y en la actualidad en progenitores de niños con dicho diagnóstico.
2. Los síntomas TDAH tienden a disminuir en la edad adulta de los progenitores.
3. Los progenitores varones presentan de forma retrospectiva mayor prevalencia de síntomas TDAH que las madres de nuestro estudio, aunque no encontramos significación estadística.

## 28.- EL POTENCIAL EFECTO ESTIGMA EN LA EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

*Magallón-Neri, Ernesto M. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic Barcelona, U.B. / Canalda, Gloria. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona / De la Fuente, J. Eugenio. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona / Fornis, Maria. Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, U.B. / García, González, Lara, Raquel, Esther; Anais. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona / Castro-Fornieles, Josefina. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona*

#### RESUMEN

Fundamentos: La patología de la personalidad influencia el desarrollo y evolución de diferentes formas de psicopatología. Sus inicios pueden ser trazados incluso antes de la adolescencia, debido a que cuenta con un substancial componente genético. Sin embargo, algunos teóricos han planteado su preocupación acerca del potencial efecto nocivo de la prematura etiquetación de niños y adolescentes con diagnósticos tales como el trastorno de personalidad. Su presencia comórbida a otros trastornos psiquiátricos del Eje I impone un peor pronóstico en la intervención terapéutica. Este constructo habitualmente es asociado con un efecto estigma dentro de ambientes y contextos diversos (social, individual y profesional; como evitación de la etiqueta clínica). Sin embargo, la literatura científica acerca de este efecto estigma, asociado a patología psiquiátrica en la adolescencia, es muy limitado y poco reconocido.

Este estudio cuenta con dos objetivos:

- a) Realizar una revisión bibliográfica sobre el potencial efecto estigma del diagnóstico de trastorno de personalidad en la adolescencia.
- b) Comparar la prevalencia de patología de personalidad detectada por los clínicos con la obtenida al aplicar una entrevista semiestructurada específica para trastornos de personalidad.

#### Hipótesis:

El diagnóstico clínico de patología de personalidad en adolescentes será menor e inespecífico, que el encontrado por medio de la entrevista semi-estructurada.

**Método:**

A una muestra de 100 pacientes con trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente ( $M=15.8$ ,  $DT=0.8$  años; rango 15-17; 79% mujeres), les fue administrada ambos módulos (CIE-10 y DSM-IV) de la entrevista semi-estructurada International Personality Disorders Examination (IPDE).

**Resultados:**

Los tres diagnósticos clínicos del Eje I más prevalentes en los pacientes de la muestra fueron un 63% de trastorno del comportamiento alimentario, un 22% con trastorno de conducta, y un 16% con trastorno afectivo. A su vez mostraron una moderada comorbilidad intra Eje I alcanzando el 42% en toda la muestra. Respecto a la prevalencia de patología de personalidad identificada por los clínicos (12%), se encuentra que difiere de la prevalencia identificada por el IPDE (34-37%) mostrando este último instrumento una mayor proporción ( $p<.001$ ) de personas con afectación. En la presente muestra la mayoría de los casos identificados por los clínicos corresponden a trastornos de personalidad (TP) no especificados, mientras que, con la aplicación del IPDE la mayoría de la muestra cumple criterios para TP del Cluster B. Adicionalmente al evaluar la severidad de la patología de la personalidad, una parte proporcional la muestra (11%) presenta dimensionalmente un subumbral patológico (diagnóstico probable de TP) sin cumplir categóricamente con los criterios para un TP. La mayoría del grupo con patología de la personalidad, presentó un TP simple y solo entre un 5-6% de la muestra, cumpliría criterios para un TP complejo.

**Conclusiones:**

En ambientes clínicos, una considerable proporción de adolescentes con alteraciones psicopatológicas cumplen características para un TP, aunque pocos tienen un diagnóstico clínico confirmado. Las consideraciones acerca del efecto estigma, relacionado con la ausencia o reserva ante la valoración de este constructo en población adolescente, es discutido en cuanto a su potencial implicación en la práctica clínica.

Agradecimientos: Este estudio recibió ayuda para su investigación otorgada al primer autor por la Comisión de Universidades e Investigación del Departamento de Innovación de la Generalitat de Catalunya y del Fondo Social Europeo (2009 FI\_EX00016), así como del estu-

dio PSI 2009.11542 del MICIMM y el SGR1119.

**Palabras clave:**

Patología de la personalidad, efecto estigma, adolescentes, prevalencia.

**29.- EXPRESIÓN GÉNICA GLOBAL COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.**

*Marín-Méndez, Juan Jesús. Clínica Universidad de Navarra / Patiño-García, Ana. Clínica Universidad de Navarra / Segura, Víctor. Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) / Ortuño Sánchez-Pedreño, Felipe. Clínica Universidad de Navarra / Soutullo Esperón, César. Clínica Universidad de Navarra*

**Fundamentos u objetivos:**

En la psiquiatría existen numerosas patologías en las que, en determinados momentos del trastorno, su sintomatología se puede solapar con la de otros trastornos. Esto puede conducir a un retraso del tratamiento o a una mala elección del mismo. Por ello hemos querido validar la posibilidad del empleo de la expresión génica global como apoyo al diagnóstico clínico. En este caso se ha realizado el estudio de pacientes con trastorno por déficit de atención (TDAH) y con trastorno bipolar (TBP).

**Metodología:**

Se incluyeron 39 pacientes, 30 con diagnóstico de TDAH y 9 de TBP, con edades comprendidas entre 7 y 23 años. Para la evaluación diagnóstica psiquiátrica se empleó una entrevista semi-estructurada basada en el K-SADS-PL (DSM-IV). Se obtuvo RNA de una muestra de sangre periférica y se analizó empleando GeneChip® Human Genome U133-Plus 2.0 (Affymetrix) para la búsqueda de genes de expresión diferencial entre ambas condiciones (TDAH y TBP). Para la validación de los genes candidatos, se empleó PCR a tiempo real.

**Resultados:**

Tras la hibridación y el subsecuente análisis estadístico se encontraron 502 sondas con una expresión diferencial en TDAH y TBP de las que 82 presentaban diferencias altamente significativas ( $p<0.01$ ). De los genes con ex-



presión diferencial, se eligieron 4 para la determinación semi-cuantitativa de mRNA, la Neurregulina 1 (NRG-1), las catepsinas B y D (CTSB, CTSD) y la prostaglandina D2 sintasa (PTGDS). Se encontró que PTGDS presentaba un incremento estadísticamente significativo de la expresión en los pacientes con TDAH en relación con los pacientes con TBP ( $p=0.01$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los genes NRG1, CTSB y CTSD ( $p>0.05$ ).

#### Conclusiones:

El gen que codifica para la PTGDS estaba sobre-expresado en pacientes con TDAH en relación con los pacientes con TBP, indicando una posible relación con la

etiología diferencial del TDAH.

El empleo de la expresión génica abre una nueva ventana de apoyo al clínico en el diagnóstico diferencial de patologías que presentan una sintomatología solapada. Si esto se confirma en futuros estudios, permitiría una respuesta precoz al diagnóstico y tratamiento. El enfoque experimental usado de este estudio está, al menos en parte, validado por la identificación de proteínas directamente relacionadas con funciones cerebrales y muestra una posible vía a seguir para estudios sobre la conexión entre genes implicados en las funciones cerebrales y los trastornos psiquiátricos.

Este estudio ha sido llevado a cabo gracias a la financiación de la Fundación Alicia Koplowitz

## PÓSTERES

### 45.- TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y CONSUMO DE CANNABIS. REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Rodríguez Gómez-Carreño, Carlos. Hospital General Universitario de Ciudad Real / Beato Fernández, Luis. Hospital General Universitario de Ciudad Real / Pozo Cano, Belén. Hospital General Universitario de Ciudad Real / Belda Moreno, Germán. Hospital General Universitario de Ciudad Real / Muñoz Martínez, Victoria. Hospital General Universitario de Ciudad Real / Vargas Lozano, Fátima. Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### Fundamentos/Objetivos:

Revisión bibliográfica en Trastorno del control de los impulsos asociados al consumo de cannabis. Ilustración con un caso clínico de un adolescente.

#### Método/Caso clínico:

El Trastorno del control de los impulsos es una característica psicopatológica muy ligada al consumo de tóxicos. La sintomatología esencial consiste en el fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo

algún acto que es dañino para el propio sujeto o para los demás. Existe, además, una sensación creciente de tensión o activación antes de llevarlo a cabo (arousal). En el momento de consumir el acto el individuo siente placer, gratificación o liberación, sin embargo, después puede haber sentimientos de pena, culpa, autorreproche, etc. Existe cierto debate en torno a si debe ser considerado un trastorno mental primario, en relación a la elevada incidencia de asociación al consumo agudo de tóxicos.

Evaluamos el caso clínico de un adolescente varón de 17 años, que ingresó en la UHB-IJ por alteraciones de conducta graves, asociadas a un consumo perjudicial de cannabis (THC). Evolución del pronóstico y tratamiento del paciente, en el contexto de Patología Dual.

#### Resultados y Conclusiones:

El consumo de cannabis en la adolescencia está asociado a un aumento de la impulsividad en la toma de decisiones y alteraciones de conducta derivadas del consumo. El tratamiento precoz de la abstinencia a tóxicos influirá en el pronóstico/evolución de patología dual en el adulto.

### 46.- INATENCIÓN E IMPULSIVIDAD EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE CANNABIS



Goti Elejalde, Javier. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Barcelona. CIBERSAM / Aso Gros, Laura. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Barcelona. / Diaz Hurtado, Rosa. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Barcelona. CIBERSAM / Puig Navarro, Olga. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Barcelona. CIBERSAM / Rodriguez Garcia, Rafael. Servei de Psiquiatria. Consorci Sanitari de Terrassa / Castro Fornieles, Josefina. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Unibersitat de Barcelona. CIBERSAM

#### Objetivos:

Las alteraciones en funciones ejecutivas pueden constituir un rasgo de vulnerabilidad para el abuso/dependencia de sustancias. Estas anomalías pueden asociarse además a características psicopatológicas que predisponen a las conductas disruptivas. La confluencia de ambos fenómenos constituiría un fenotipo de vulnerabilidad para la adicción. El objetivo de este estudio es identificar posibles asociaciones entre variables relacionadas con el abuso de cannabis y áreas cognitivas asociadas a funciones ejecutivas.

#### Método:

31 adolescentes que inician seguimiento por trastornos por consumo de cannabis completaron un protocolo de evaluación que incluía el Connors Continuous Performance test (CPT), un cuestionario sobre sus hábitos de consumo y una entrevista semiestructurada adaptada de la K-SADS. Se realizaron análisis descriptivos y de correlación para identificar posibles asociaciones entre variables relacionadas con el consumo y el rendimiento en tres áreas medidas con el CPT: Errores por Omisión, errores por Comisión y tiempo de reacción. Finalmente se estudió la magnitud de tales asociaciones en función de la psicopatología comórbida.

#### Resultados:

La edad media era  $16 \pm 1$  años, 64% varones. El 50% de los participantes habían consumido cannabis diariamente en el mes previo. Se encontró una correlación significativa inversa ( $r = -0,44$ ,  $p = 0,01$ ) entre la puntuación tipificada en errores de comisión y la edad de inicio de

consumo, sin asociaciones con otras variables (años de consumo, frecuencia y cantidad en el mes previo). Por subgrupos diagnósticos, cuando se presentaba al menos un diagnóstico de trastorno por conducta perturbadora ( $n = 21$ ) la asociación entre CPT comisiones y edad de inicio era mayor ( $r = -0,56$ ,  $p = 0,007$ ). En el resto de pacientes ( $n = 11$ ) la asociación perdía significación ( $r = -0,2$ ,  $p = 0,6$ ).

#### Conclusión:

Se identificó una asociación entre impulsividad, medida mediante CPT, y la edad de inicio de consumo de cannabis, sin encontrarse una asociación con el nivel de consumo reciente o pasado. Esta asociación parece modulada por la presencia de un trastorno por conducta perturbadora, apoyando la hipótesis de que anomalías en funciones ejecutivas pueden aumentar la vulnerabilidad a las adicciones. Este estudio sin embargo no ha podido detectar un papel modulador de otras variables más relacionadas con el consumo.

Agradecimientos: Fondo para Investigaciones Sanitarias-Instituto Carlos III.

#### 47.- SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE CANNABIS

*Sugranyes Ernest, Gisela. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Goti Elejalde, Javier. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Aso, Laura. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / De la Serna, Elena. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Díaz, Rosa. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Castro Fornieles, Josefina. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

#### Introducción:

El consumo de cannabis está asociado a un incremento de riesgo de psicosis en población general y en población vulnerable. Nuestro objetivo fue evaluar sintomatología prodrómica en adolescentes con problemas relacionados con el consumo de cannabis, con la finalidad de evaluar la tasa de sintomatología prodrómica en estos pacientes y determinar la influencia de factores clínicos y neuropsicológicos en la misma.



#### Métodos:

16 adolescentes con un diagnóstico de trastorno por abuso o dependencia de cannabis (DSM-IV-TR) completaron una entrevista psiquiátrica diagnóstica semiestructurada (Kiddie-Sads), la Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS)/ Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS) y un cuestionario semi-estructurado de uso de sustancias. Asimismo se administró una batería de pruebas neuropsicológicas que evalúan funciones ejecutivas (Test de Stroop y Continuos Performance Test, CPT).

#### Resultados:

La edad media era 16.3 +/- 0.94 años; 50% varones. El 56.3% de la muestra cumplió criterios de un síndrome prodrómico, sin identificarse diferencias entre los dos grupos en cuanto a género, edad, frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos ni en la intensidad del consumo reciente. Análisis de correlación revelaron una asociación inversa entre una de las subescalas de la SIPS positiva (P5, desorganización) y la edad de inicio de consumo de cannabis ( $r = -.52$ ;  $p = .04$ ), y una correlación positiva con la puntuación típica en errores de omisión en el CPT ( $r = .7$ ;  $p = .003$ ). En un análisis de regresión con la puntuación de esta subescala como variable dependiente se mantuvo la capacidad predictora del CPT (errores de omisión;  $p = .02$ ), no así la de la edad de inicio de consumo.

#### Conclusiones:

Más del 50% de sujetos en esta muestra de adolescentes consumidores regulares de cannabis cumplían criterios de síndrome prodrómico, evidenciándose un posible factor modulador de la edad de inicio de consumo y del rendimiento en funciones ejecutivas en la magnitud de algunos síntomas. En esta muestra, esta asociación no parecía modulada por los antecedentes familiares de psicosis ni la intensidad del consumo reciente. La evaluación prospectiva de estos sujetos permitirá confirmar el factor pronóstico que las variables estudiadas tienen sobre la progresión hacia la psicosis en los adolescentes consumidores de cannabis.

Agradecimientos: Fondo para Investigaciones Sanitarias-Instituto Carlos III.

#### 48.- RIESGOS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA: A PROPOSITO DE UN CASO

*Maeso Carbayo, Amparo. Maudsley Hospital. Children and Adolescent Department / Ranlund, Siri Maria. Maudsley Hospital. Institut of Psychiatric / Bramon Bosch, Elvira. Maudsley Hospital. Institut of Psychiatric / Scott, Stephen. Maudsley Hospital. Children and Adolescent Department*

#### Fundamentos

El cannabis (THC) es la sustancia ilícita más comúnmente consumida, y a pesar de la creencia popular de ser una sustancia segura, su uso a largo plazo tiene consecuencias potencialmente dañinas<sup>1</sup>.

Su consumo es cada vez más frecuente en adolescentes. La British Crime Survey estima que el 8,2% de la población británica consume THC habitualmente y un 40% de los adolescentes de 15 años ha consumido en algún momento esta sustancia.

Actualmente, los estudios sobre el impacto de su consumo indican que hay una posible asociación con un mayor riesgo de padecer psicosis posteriormente<sup>2</sup>. Los estudios epidemiológicos también indican que consumir THC durante la adolescencia aumenta el riesgo<sup>3</sup>. Otros criterios a tener en cuenta serían la concentración del ingrediente activo principal (THC), la susceptibilidad genética y una edad cada vez menor de inicio.

#### Métodos

Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico provisional de Trastorno Esquizofreniforme<sup>4</sup>. No ha requerido ingresos hospitalarios, inicio de consumo de THC a los 15 años y actualmente se encuentra en seguimiento por el equipo de psicosis incipiente y pródromos.

#### Resultados

Varón de 17 años. Padres separados, convivía con su padre hasta Marzo 2011 que se traslada con sus abuelos paternos por problemática familiar derivada de su consumo de THC. Comienza a consumir THC con 15 años, inicialmente fines de semana que aumenta hasta convertirse en diario. Otros tóxicos: alcohol 2-3UBE/semana, tabaco 14cig/día. Antecedentes familiares: madre dependencia alcohólica, tío paterno dependencia a heroína, no



otros antecedentes psiquiátricos en la familia.

El paciente refiere que comienza a experimentar alucinaciones auditivas en Marzo 2011 y en Junio del mismo año aparecen las alucinaciones visuales que van empeorando hasta Noviembre 2011 cuando se produce el primer contacto con los servicios de salud mental. Durante todo ese tiempo el paciente refiere que ha consumido THC de forma diaria, padeciendo cambios de humor y discusiones frecuentes con su familia.

#### Las alucinaciones visuales consisten en:

visualizaciones de figuras humanas que conversan con él y le dan órdenes. Las alucinaciones auditivas consisten en: varias voces, generalmente del sexo femenino que le dan órdenes y le responsabilizan del fallecimiento de su abuela en 2009, las alucinaciones son diarias y de forma constante u ocasional. El paciente comenta dificultades en el mantenimiento del sueño secundarias a las alucinaciones auditivas. Actualmente afirma haber abandonado el consumo de THC en Noviembre 2011 pero con persistencia de las alucinaciones auditivas y visuales.

Se encuentra en tratamiento con risperidona 1mg (1-0-0) reconociendo que lo toma de forma irregular.

El diagnóstico inicial fue de Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias que posteriormente tuvo que ser revisado por la persistencia de gran variedad de síntomas psicóticos hasta la actualidad (Febrero 2012), tras la abstinencia a THC desde Noviembre 2011, teniendo actualmente un diagnóstico provisional de Trastorno Esquizofreniforme.

#### Conclusión

Las investigaciones actuales indican evidencia epidemiológica sobre que el consumo de THC tiene un papel importante en la etiología de las enfermedades psicóticas. Aunque no es un factor esencial o suficiente para ello, hay personas más vulnerables que podrían desarrollar la enfermedad con su consumo prolongado, teniendo una especial importancia la edad cada vez menor de inicio.

Las posibles explicaciones para el mayor riesgo en los adolescentes podrían ser:

- La asociación refleja de una mayor propensión de los adolescentes con experiencias psicóticas al consumo de THC (causalidad reversa).
- Mayor exposición acumulativa.
- Aumento de la vulnerabilidad al THC durante las

fases críticas de la maduración cerebral.

Se debería prestar especial atención al consumo de tóxicos entre los adolescentes y realizar una correcta psicoeducación del problema.

#### Bibliografía:

1. Casadio, P., 2011. Cannabis use in young people: The risk for schizophrenia. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. 2011
2. Thornicroft, G., 1990. Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for an association? *Br. J. Psychiatry* 157, 25-33.
3. Schubart, C.D., 2010. Cannabis use at a young age is associated with psychotic experiences. *Psychol. Med.*, 1-10.
4. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2007

#### 49.- ANÁLISIS DEL RIESGO AUTOLÍTICO ATENDIDO A NIVEL DE CSMIJ

*Insa Pineda, Imma. CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu / Espadas Tejerina, Marta. CSMIJ Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de Déu*

#### FUNDAMENTOS:

La conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. Existe una variación considerable en las tasas de suicidio o intentos entre los distintos países, encontrándose España en una tasa intermedia, < 5/100.000 habitantes. Sin embargo, las cifras sólo reflejan una parte del problema, ya que según la OMS, el número de persona que realizan algún tipo de conducta que requiere atención médica se eleva considerablemente. En muchos casos los pacientes realizan conductas parasuicidas como forma de pedir ayuda, pues en la mayoría de los casos son una expresión emocional del sufrimiento psíquico que no encuentra cauces resolutivos.

La conducta suicida no es una conducta aleatoria, ya que se encuentra asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. El presente estudio se ha basado en conocer bien los factores asociados que estén relacionados con el intento de suicidio para la identificación de la población de riesgo así como para la prevención de nuevas tentativas.



### OBJETIVOS.

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con riesgo autolítico atendidos en nuestro centro de salud mental.
2. Reflejar la gravedad clínica de la población.
3. Determinar el número de ingresos hospitalarios y tentativas autolíticas desde el inicio de la atención en nuestro centro.
4. Establecer posibles asociaciones entre características sociodemográficas, gravedad clínica y tipo de tratamiento recibido.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la Historia clínica. La muestra está formada por sujetos pacientes atendidos en el CSMIJ de Mollet del Vallès visitados entre Enero 2009 y Diciembre 2011. Población de referencia: población atendida en nuestro centro, comarca Vallès Oriental (Barcelona) de 40.000 habitantes. Economía industrial y de Servicios. Variables socio-demográficas, diagnósticas, clínicas. Estadística descriptiva (Chi<sup>2</sup> T de Student y programa SPSS 11.5).

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los chicos realizan mayor número de tentativas autolíticas, mientras que las mujeres realizan más gestos parasuicidas. La mayoría de pacientes tenían edades comprendidas entre los 14 y 16 años. La orientación diagnóstica más prevalente ha sido SDM asociado a problemáticas de índole familiar.

### 50.- ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE VICTIMIZACIÓN Y SÍNTOMAS AFECTIVOS EN ADOLESCENTES.

*Segura Montagut, Anna. Universitat de Barcelona / Soler Corbella, Laia. Universitat de Barcelona / Forn Santacana, Maria. Universitat de Barcelona / Kirchner Nebot, Teresa. Universitat de Barcelona*

El objetivo de este estudio consiste en analizar los efectos de experimentar múltiples formas de victimización (polivictimización) sobre la salud mental, específicamente sobre los síntomas afectivos.

La muestra está compuesta por 922 sujetos de edades comprendidas entre 13 y 18 años, estudiantes de ocho

escuelas de Catalunya. Se ha utilizado Juvenile Victimization Questionnaire y el Youth Self Report para evaluar victimización y malestar psicológico, respectivamente. Se distribuyó a los participantes en tres grupos (no víctimas, víctimas y polivíctimas) de acuerdo con el total de victimizaciones sufridas a lo largo de la vida.

Los resultados muestran diferencias de género significativas en cuanto a la asociación entre el total de victimización sufrida y los síntomas afectivos, presentando las chicas una media de síntomas significativamente superior tanto en el grupo de víctimas como en el de polivíctimas.

En chicos no se observan diferencias significativas en cuanto a síntomas afectivos entre no víctimas i víctimas. No obstante, sí existen diferencias significativas entre el grupo de polivíctimas y víctimas, siendo superior la incidencia de síntomas afectivos en el primero. En chicas se aprecian diferencias significativas entre los tres grupos de victimización, aumentando las medias de síntomas afectivos acorde con el grado de victimización.

En conclusión, ante una victimización moderada o elevada, las chicas presentan más indicadores de trastornos afectivos que los chicos. En el caso de las chicas, a más nivel de victimización aparece un nivel significativamente más elevado de síntomas afectivos. En cambio, por lo que respecta a los chicos, estos indicadores de trastorno se mantienen estables ante la ausencia de victimización y la victimización moderada, sin embargo cuando el grado de victimización es elevado (polivictimización), los indicadores de trastorno afectivo aumentan considerablemente.

### 51.- TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*HERNANDEZ JUSDADO, PATRICIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS / NAVARRO MARINAS, LILIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPE DE ASTURIAS / HUERTAS PATON, ABIGAIL. CENTRO DE SALUD MENTAL UNIDAD INFANTO-JUVENIL TORREJON DE ARDOZ*

#### Fundamentos:

El trastorno bipolar se caracteriza por fluctuaciones patológicas del estado del ánimo. Las fases de la enfermedad incluyen episodios maníacos, hipomaníacos,



depresivos y mixtos. Estos episodios interfieren de forma significativa en la vida del paciente y en su entorno, con importante repercusión en su salud y calidad de vida y deterioro social y laboral significativo.

Antiguamente se creía que el inicio del trastorno bipolar ocurría en edad adulta temprana, obviando su existencia en niños y adolescentes.

En la actualidad existen diferentes investigaciones que avalan la existencia del trastorno bipolar en niños y adolescentes, estimando una prevalencia entorno al 1%. Sin embargo muchos de estos cuadros pasan inadvertidos o reciben un diagnóstico y tratamiento erróneo.

#### Métodos:

Paciente de 12 años, en seguimiento en Salud Mental infanto-juvenil desde 2005 por alteraciones de conducta, con agresividad en el entorno escolar, fuertes reacciones emocionales y retraso en los aprendizajes.

Es el mayor de cuatro hermanos, convive con su madre, hermanos, abuela y tío materno, constituyendo una familia sin claros límites en las figuras de autoridad. No mantiene contacto con su padre biológico.

Diagnosticado de TDAH en mayo de 2005, a lo largo de su evolución han predominado las alteraciones de conducta con conductas oposicionistas y disruptivas, inquietud, accidentes leves, irritabilidad, dificultades en la atención y el aprendizaje, episodios de agresividad verbal y física en el entorno familiar y escolar, siendo necesario realizar diferentes tratamientos y ajustes farmacológicos (Metilfenidato de liberación prolongada, Atomoxetina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Paliperidona, Oxcarbacepina, Topiramato, Sertralina), alternando períodos de estabilización clínica con otros de empeoramiento sin desencadenante claro, coincidiendo con cambios estacionales, presentando insomnio, inquietud e irritabilidad, precisando un ingreso hospitalario en 2008 para contención y estabilización.

Posteriormente, es escolarizado en un colegio de educación especial con buena adaptación al centro, adecuada conducta y mejoría en el aprendizaje.

En junio de 2011 es hospitalizado de nuevo por episodio de irritabilidad, inquietud, ánimo expansivo, grandiosidad, verborrea con presión del habla, insomnio e hiperergia, iniciando tratamiento farmacológico con estabilizador del ánimo (Ácido Valproico), diagnosticándole de cuadro afectivo mayor, episodio hipomaniaco.

#### Resultados y conclusiones:

El trastorno bipolar en niños y adolescentes se caracteriza por una clínica atípica con tasas aparentemente mayores de características depresivas, irritabilidad, marcada labilidad afectiva, psicosis florida, conductas disruptivas, así como aparición temprana de hiperactividad, existiendo variabilidad en la sintomatología en función de la edad de aparición.

La evolución es crónica y continua, en lugar de episódica y aguda del adulto.

El diagnóstico de trastorno bipolar en edad infantil presenta dificultades específicas en relación con la edad (dificultades para expresar pensamientos y sentimientos), la presencia de clínica atípica y la superposición de síntomas con otros trastornos más prevalentes (TDAH).

El retraso del diagnóstico supone mayor cronificación de la enfermedad, resistencia al tratamiento y mayor deterioro social, familiar y académico.

Es fundamental realizar una historia clínica completa (considerando varias fuentes de información: padres, profesores, cuidadores), incluyendo antecedentes familiares de trastornos afectivos, así como escalas de depresión y manía y estudios médicos y neurológicos específicos para descartar causa orgánica.

El tratamiento del trastorno bipolar incluye tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (psicoeducación, intervención familiar...).

#### 52.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS DE UNA TERAPIA DE GRUPO DE PACIENTES ADOLESCENTES AMBULATORIOS.

*Pérez Moreno, M<sup>a</sup> Rosario. Centro de salud mental Collado-Villalba, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. / García del Castillo, Inés. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Costarelli Ficarra, Valeria. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / García Murillo, Lourdes. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / García López, Raquel. Centro de salud mental Collado-Villalba, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. / Otero Pérez, F. José. Centro de salud mental de Collado-Villalba, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.*



### Objetivos.

Evaluar los resultados terapéuticos en un grupo de adolescentes en tratamiento ambulatorio grupal, mediante cuestionarios de valoración, teniendo en cuenta las características clínicas y sintomatología predominante.

### Material y métodos.

La terapia de grupo consistió en sesiones semanales de 1 hora y cuarto de duración, con dos terapeutas y 2 observadoras en el marco teórico del Grupo Operativo y terapia interpersonal de Yalom. El grupo comenzó en noviembre de 2010 y acabó en junio de 2011. El número de pacientes que iniciaron el grupo fueron 10 y otra más se incorporó algo más tarde, todas de sexo femenino. Todas ellas presentaban psicopatología de tipo ansioso-depresivo, bien de forma aislada o en asociación con otros síntomas. Dadas las características clínicas y las edades (16 a 18 años), se eligieron las escalas de Depresión y de Ansiedad de Hamilton (HAM-D y HAM-A) que se administraron al inicio y al final de la terapia grupal.

### Resultados.

En total se desarrollaron un total de 23 sesiones y acabaron el grupo 6 pacientes (3 de ellas abandonaron en las primeras sesiones y otra paciente se expulsó del grupo hacia la mitad del proceso por transgresiones de normas repetidas). Se obtuvieron los resultados de las escalas de 4 pacientes que habían firmado el consentimiento informado y que habían seguido la totalidad del proceso grupal. En todas ellas los síntomas depresivos y ansiosos puntuaban al inicio por encima del punto de corte en las escalas (HAM-D > 12; HAM-A > 11) y tras finalizar el grupo puntuaron por debajo (HAM-D < 7; HAM-A < 9).

### Discusión y conclusiones.

Tanto la impresión clínica como los datos objetivos en las escalas apuntan a que la terapia de grupo es efectiva en el tratamiento de sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes. Dado el pequeño tamaño de la muestra, sería de interés ampliar estudios para profundizar en el perfil de pacientes más apropiado para esta modalidad terapéutica, de gran interés para los Servicios públicos de Salud Mental.

## 53.- SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES CON INHIBIDORES SELECTIVOS DE

## LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO EN TRATAMIENTO CON SERTRALINA.

*Soria García-Rosel, Elena. Hospital universitario 12 de octubre. Madrid / Del Nido Varo, Laura Patricia. Hospital universitario 12 de octubre. Madrid / Castillo García, Isabel María. Hospital universitario 12 de octubre. Madrid / Vazquet Caubet, Jose Camilo. Hospital universitario 12 de octubre. Madrid / Espín Jaime, Jose Carlos. Hospital universitario 12 de octubre. Madrid*

### Fundamentos y objetivos:

Las tasas notificadas de síntomas extrapiramidales (SEP) inducidos por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son extremadamente bajas, tanto en adultos como en población infantil. Sin embargo, aunque la mayoría de estos síntomas son leves y transitorios, más SEP graves se prevén en pacientes con edad joven, bajo cociente intelectual y mayor deterioro neurológico.

Se realiza una revisión en la literatura existente acerca de los SEP en niños y adolescentes en tratamiento con ISRS y las estrategias de manejo. Se contextualiza el caso de un paciente con distonía orolingual por sertralina.

### Paciente:

Varón de 16 años que desde hace dos años refiere una disminución del estado de ánimo, con nerviosismo, irritabilidad, sentimientos de rabia, apatía y decaimiento, que pone en relación con diversa problemática familiar (patología psiquiátrica de su madre y problemas de salud de su hermano). En el momento actual se añaden problemas de comportamiento así como conductas compulsivas hacia la comida con importante aumento de peso. Se inicia tratamiento con fluoxetina solución con aumento progresivo hasta 5cc/día. Se produjo una mejoría inicial del cuadro, manteniendo el fármaco durante 11 meses, hasta que por un empeoramiento sintomático relacionado con circunstancias adversas del ambiente familiar, se decide la retirada del mismo e inicio de sertralina hasta 50mg/día. Tras un mes se aumentó la dosis hasta 100mg/día.

### Resultados:

Tras 4 meses desde la última subida de dosis de sertralina, el paciente comenzó a referir que su lengua hacía



movimientos involuntarios y se la notaba más agrandada, clínica que se incrementó a lo largo de los meses, por lo que se retiró la sertralina de forma definitiva, remitiendo la distonía orolingual por completo. Posteriormente, por empeoramiento de sintomatología ansioso-depresiva, se reintrodujo fluoxetina hasta 20mg/día con buena tolerancia.

#### Conclusiones:

Los estudios arrojan buen pronóstico ante la rara aparición de los SEP cuando la dosis de ISRS es disminuida o el fármaco es retirado. Una vez resuelto el cuadro, se puede cambiar a otro ISRS sin que conlleve necesariamente a una reaparición de los síntomas.

#### 54.- CONCEPTOS DE LA DEPRESIÓN INFANTOJUVENIL EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX, Y SU FRECUENCIA EN UNA CONSULTA PÚBLICA ENTRE 1934 Y 1950.

*Rodríguez Toledo, Saray. Hospital Clínico San Carlos. Madrid / Ortega Heras, Ana José. Hospital La Paz. Madrid / De los Reyes Montoya, María. Hospital Clínico San Carlos. Madrid / Pelaz Antolín, Antonio. Hospital Clínico San Carlos. Madrid / Rodríguez Ramos, Prudencio. Centro de Salud mental Tetuán. Madrid*

#### OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia del diagnóstico de depresión en la consulta de Paidopsiquiatría del Dispensario Médico Escolar de Madrid durante 16 años sucesivos (1934-1950).
2. Revisar los estudios publicados sobre el tema durante la primera mitad del siglo XX.
3. Conocer y contrastar los conceptos de depresión infantojuvenil en esos años.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa el Cuaderno de Registro de Casos del Dr. Carlos Vázquez Velasco recogiendo los siguientes datos: Año de consulta, edad, sexo, diagnóstico y antecedentes personales y familiares.

1. Se calculó el porcentaje que suponía durante cada año y en el total de los 16 años.
2. Se valora la distribución por sexos y edades.

3. Son comparados los porcentajes anuales para valorar las variaciones durante ese periodo y su posible relación con las circunstancias ambientales.

#### RESULTADOS

Durante los años estudiados se atendieron 2352 casos nuevos, todos ellos de edades comprendidas entre 3 y 16 años. La distribución por sexos era:

904 del femenino (38,43%) y 1448 del masculino (62,57%).

La Depresión como diagnóstico aparece en 67 casos (2,84% del total), correspondiendo 34 al sexo femenino (3,76%) y 33 al masculino (2,28%). En 15 casos aparece como diagnóstico único y en 52 asociado a 1-6 diagnósticos. Solo en 3 casos de diagnóstico único aparece el subtipo depresivo (2 endógena y 1 reactiva).

El mayor número de casos depresivos se agrupa entre los 8 y los 11 años en el sexo femenino (22 casos) y entre los 10 y los 13 en el masculino (20 casos). Estas edades suponen cerca del 40% de los 2352 casos.

La edad mínima en que aparece el diagnóstico Depresión es a los 6 años (2 chicas y 3 chicos).

La máxima incidencia anual corresponde a 1941 (7,56%) y la mínima a 1937, 1944, 1945 y 1948 (0%).

Durante el conjunto de años estudiado el diagnóstico más frecuente era Inestable, mientras que Depresión era el quinto más frecuente.

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico depresión ya era utilizado de forma habitual en las consultas públicas de paidopsiquiatría durante la primera mitad del siglo XX.

Desde los años 30 Vázquez Velasco mantenía el criterio de que la depresión estaba presente y era importante a estas edades. Se aporta su concepto de depresión, y se resalta la fiabilidad que supone el hecho de que el diagnóstico fuera realizado por una misma persona durante todo el periodo.

Lo resultados no apoyan la hipótesis del incremento secular de la depresión durante ese periodo. Sí puede deducirse en esta muestra la asociación a circunstancias ambientales adversas, dado que la mayor incidencia se recoge en el periodo de guerra civil y primeros años de posguerra.



## 55.- CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

*García Parra, Elisa. H. Psiquiátrico de Bermeo, Osakidetza / Monzón Díaz, Josué. H. Universitario de Canarias / García Parra, Jose María. Comarca Bilbao, Osakidetza / Sánchez Verdugo, Virginia. Servicio Extremeño de Salud / Quintero Feblez, Jesús. H. Universitario de Canarias / Castro Molina, Francisco Javier. H. Universitario de Canarias*

### FUNDAMENTOS/OBJETIVOS

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública.

Según la OMS, la conducta suicida es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado.

El intento de suicidio es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulatoria, y del cual se sobrevive.

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de patologías, siendo la principal el trastorno depresivo.

No se le debe restar importancia nunca. Todos los intentos de suicidio expresan que algo no va bien.

### METODO

Mediante una revisión bibliográfica, abordaremos aspectos preventivos de la conducta suicida en adolescentes identificando las señales de alarma y planificando las intervenciones de Enfermería Especialista en Salud Mental.

### RESULTADOS

Debido a la actual Crisis Mundial, cada día somos bombardeados por noticias desalentadoras y hay más personas que están quedándose sin recursos; aumentando la Desesperanza y la Angustia de forma intensa y diaria. Debemos estar atentos ante conductas que hagan sospechar una ideación suicida.

Tendremos en cuenta las recomendaciones de la OMS sobre cómo, cuándo y qué preguntar, así como del comportamiento ante una situación de ideación suicida.

Planificaremos las intervenciones de enfermería basán-

donos en los DxE de Afrontamiento Ineficaz y Riesgo de violencia Autodirigida.

### CONCLUSIONES

Toda esta situación está generando en la persona un mal-estar interno que puede llevarle a sentirse incapaz de adaptarse a las exigencias de la vida actual.

Las intervenciones del DUE Especialista en Salud Mental son importantes para ayudar a la persona a lograr dicha adaptación vital y evitar el riesgo de autolesiones.

Se debe trabajar: psicoeducación, apoyo individual y familiar; atención a la patología de base y comorbilidades, garantizar la privacidad, confidencialidad y respeto.

## 56.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA ÚTILES PARA EVALUAR EL CAMBIO DEL ESTADO ANÍMICO

*Solé Vigil, Pilar. CSMIJ - Mútua de Terrassa / Sánchez Martínez, Javier. CSMIJ - Mútua de Terrassa / Artigao Castaño, Llanos. CSMIJ - Mútua de Terrassa / Ahuir Pérez, Maribel. CSMIJ - Mútua de Terrassa / Doñate Font, Marta. CSMIJ - Mútua de Terrassa / Cardona Sales, Sara. CSMIJ - Mútua de Terrassa*

### Introducción

El Beck Depression Inventory y su versión para niños el Children Depression Inventory se han utilizado como referencias para medir sintomatología depresiva pero no queda claro si resultan válidos para medir el cambio de esta sintomatología a corto plazo.

### Método

Estudio comparativo pre-post intervención con una muestra de 25 pacientes con sintomatología distímica en el que se han utilizado distintas medidas previas y posteriores a la intervención grupal del Coping with Depression Course-versión para Adolescentes (Lewinsohn y cols). Los cuestionarios y escalas de evaluación utilizados incluyen: CDI (o BDI según edad), Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS), STAIC, Inventario de Adaptación de Conducta (IAC) y CBC-L (versión autoinforme).



### Resultados

Ninguno de los 25 pacientes evaluados obtiene puntuaciones sugestivas de mejoría en su estado anímico utilizando el instrumento de evaluación CDI/BDI a pesar de que la mayoría de ellos (resultados pendientes de completar su análisis) obtienen puntuaciones indicativas de una mejora en su nivel de adaptación tanto personal, escolar, social como familiar (según informa el Inventario de Adaptación de Conducta – IAC).

### Conclusiones

Los resultados obtenidos se interpretan desde la perspectiva de que los cambios iniciales en el estado anímico afectan la esfera conductual mientras que las modificaciones en las cogniciones requieren una intervención a largo plazo.

### 57.- INTENTO DE SUICIDIO EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO DE IDENTIDAD SEXUAL (TIS): A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Uribe Fenner, Javiera. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona / Anleu de León, Melissa. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona / Herreros Rodríguez, Oscar. Hospital San Agustín. Unidad de Gestión Clínica de Linares. Jaén / Vacas Moreira, Roser. Novomedigrup. Barcelona / Gastaminza Pérez, Xavier. Unidad de Paidopsiquiatría. Área Materno Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona*

### Introducción

El TIS se caracteriza por la incongruencia entre el fenotipo sexual de un individuo y su identificación con alguno de los géneros, ya sea femenino o masculino. De etiología multifactorial, su inicio es generalmente en la edad pre-escolar. Su prevalencia es baja y probablemente subestimada, situándose entre 0,001 y 0,003%. Se distinguen, según el sexo biológico, los tipos: masculino a femenino, conocido por su acrónimo en inglés: MTF (male-to-female), que es el más frecuente y femenino a masculino o FTM (female-to-male). Su curso es crónico, con esfuerzos esporádicos de controlar el comportamien-

to. Evolucionan de manera variable, hasta dos tercios con dificultades en el desarrollo de la identidad sexual, mayormente hacia la homosexualidad o en menor medida al transexualismo. Se asocia con trastornos psicopatológicos, tales como baja tolerancia a la frustración, ansiedad, abuso de sustancias, depresión, trastorno de personalidad e ideación, intento o consumación de suicidio. Existe evidencia que apoya la relación entre ideación suicida y TIS, llegando a estimarse que hasta un 72% podría cursar con ideación suicida y un 32% podría intentarlo.

### Descripción del caso

Adolescente, varón, de 13 años 11 meses, que ingresa la unidad de cuidados intensivos del Área de Traumatología de nuestro hospital tras una caída desde una altura de unos 15 metros, desde lo alto de un poste eléctrico, por intento de suicidio, sufriendo quemaduras en el 40% y secuela de paraplejía por lesión medular a nivel de T4 a T6. Tras su estabilización solicitan interconsulta a Paidopsiquiatría y se así se inicia su asistencia.

A su ingreso, presenta los diagnósticos de Síndrome de Asperger, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Depresivo Ansioso y Crisis de Pánico, todos realizados en un CSMIJ durante el período de dos años, donde además recibió tratamiento farmacológico discontinuados con metilfenidato, fluoxetina y quetiapina, sin éxito, así como un ingreso psiquiátrico previo durante una semana.

De la historia del desarrollo destaca ansiedad, nerviosismo e inquietud motora a la hora de recibir lactancia materna, debiendo suspenderse y alimentarlo mediante lactancia artificial. Desde pequeño presentó conductas femeninas y preferencias por la ropa y juguetes del sexo opuesto. No antecedentes familiares ni otros personales patológicos.

Se evidencian rasgos de personalidad límite e histriónicos, con importante rigidez, dificultando tanto el trabajo terapéutico como la rehabilitación física.

Se inicia farmacoterapia con Sertralina 50 mg y Alprazolam 0,5 mg asociándose apoyo psicoterapéutico con una buena respuesta.

Presenta una satisfactoria evolución remitiendo la ideación suicida y mejorando el estado anímico del paciente. Al cabo de tres meses el paciente es trasladado a una clínica para asistencia específica con los diagnósticos psiquiátricos de: TIS del tipo MTF GID de inicio en la infancia y Transexualismo Homosexual, rasgos de



personalidad límite e histriónicos, intento de autolisis con secuela de paraplejía por lesión medular a nivel de T4-T6, Trastorno Adaptativo de tipo mixto: ansiedad y depresión; y disfunción familiar.

#### Conclusión

Además de ejemplificar la relación entre el TIS y el intento de suicidio, este caso nos sitúa en su complejidad desde un abordaje diagnóstico inicial no exitoso. Destaca la importancia de su identificación precoz, base de su manejo óptimo.

### **58.- ESTUDIO ARCOS (ADOLESCENTES EN RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA): PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES A 6 MESES DE IDEACIÓN SUICIDA, CONDUCTA SUICIDA Y CONDUCTA AUTOLESIVA EN ADOLESCENTES EVALUADOS EN UN ÁMBITO CLÍNICO NATURALÍSTICO.**

*Carballo Belloso, Juan José. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid / García Nieto, Rebeca. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. / Albarracín García, Lucía. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. / Legido Gil, Teresa. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. / de León, Victoria. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. / Baca García, Enrique. Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid*

#### FUNDAMENTOS

La ideación suicida es frecuente en la población pediátrica, sobre todo en adolescentes, donde se presenta en un 4% de los varones y un 9% de las mujeres. La prevalencia de la conducta suicida en adolescentes varía de unos estudios a otros y oscila entre 1-7%. Cuando un adolescente se provoca un daño físico sin intención de muerte se denomina “conducta autolesiva no suicida”. Esta conducta tiene una prevalencia vida entre un 13-23% en la población adolescente.

A pesar de la elevada frecuencia de la ideación suicida, conducta suicida y de la conducta autolesiva no suicida en la población adolescente no se han determinado con claridad qué factores predicen la evolución favorable (o desfavorable).

#### MÉTODOS

En este estudio se parte de la población adolescente atendida en las consultas externas de psiquiatría infantil y de la adolescencia del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz. El estudio comprende 2 valoraciones: 1) valoración basal; 2) valoración a los 6 meses. Se evalúa la presencia de ideación/conducta suicida y conducta autolesiva mediante una escala específica (“Self-Injurious Thought and Behaviors Interview”). Asimismo, se recogen datos sociodemográficos, de funcionamiento familiar (APGAR Familiar), sintomatología psiquiátrica (SDQ-Cas), de funcionalidad (C-GAS), severidad y mejoría clínica (ICG S-ICG M). Como criterio de exclusión general no podrán participar en este estudio niños menores de 11 años ni los mayores de 18 años.

#### RESULTADOS

El periodo de reclutamiento de los pacientes transcurre desde el 1 de noviembre de 2011 hasta el 30 de abril de 2012. Se presentarán los resultados correspondientes a las dos primeras hipótesis del estudio: 1) La prevalencia de ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva es mayor en la población atendida en los servicios de psiquiatría infantil y de la adolescencia que la reportada en la población general. 2) La prevalencia de ideación suicida, conducta suicida y conducta autolesiva no se observa únicamente en pacientes con un grupo diagnóstico específico, sino que se presentará en diversos trastornos psiquiátricos.

Fuente de financiación: 1ª Beca de Investigación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

### **59.- PAPEL DE LOS EUTIMIZANTES EN PSIQUIATRÍA INFANTIL COMUNITARIA (UTILIZACIÓN DURANTE UN PERIODO DE 4 AÑOS: 2006-2010)**

*Moruno Arena, Francisco. CSMIJ Alt Penedès (Hospital Sant Joan de Déu) / González Vigo, Beatriz. CSMIJ Alt Penedès (Hospital Sant Joan de Déu) / Sabrià Miró, Olga. CSMIJ Alt Penedès (Hospital Sant Joan de Déu) / Llobet Colell, Guillem. CSMIJ Alt Penedès (Hospital Sant Joan de Déu) / Alda Díez, José Ángel. Hospital Sant Joan de Déu / San Molina, Luis. Hospital Sant Joan de Déu*



### Objetivo.

Muchos de los tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría infantil carecen de una evidencia científica sólida que respalde su indicación. El caso del tratamiento farmacológico con eutimizantes es paradigmático en este sentido, bien sea por la dificultad del diagnóstico del trastorno bipolar en la infancia y la atipicidad de su presentación, bien por su utilización como coadyuvante o tratamiento de rescate en otras patologías. Por ello, se ha realizado una revisión de todas las prescripciones psiquiátricas en el servicio de psiquiatría comunitaria durante un periodo de 5 años, se ha comprobado con qué frecuencia los clínicos han considerado los eutimizantes como un recurso farmacológico y en qué diagnósticos los han utilizado.

### Método.

Se revisaron 3517 prescripciones realizadas por el equipo de psiquiatría comunitaria de nuestro hospital; que cubre la asistencia de 35 Áreas básicas de Salud (168561 menores de 18 años); recogidas en la historia clínica informatizada SIGSAM, de Julio de 2006 a Noviembre de 2010.

### Resultados.

Los eutimizantes fueron el grupo psicofarmacológico menos utilizado (6%), frente a las benzodiazepinas (12%), antidepresivos (17%), antipsicóticos (25%), y estimulantes (40%).

Dentro de los eutimizantes los más utilizados fueron Valproato (34%) y Topiramato (34%), seguidos de Ox-carbacepina (14%), Carbamacepina (8%), Litio (6%), Lamotrigina (3%) y Gabapentina (1%).

Los eutimizantes fueron utilizados en una gran variedad de diagnósticos, principalmente en Trastorno de Conducta, Trastornos Afectivos, Trastorno del Desarrollo y Trastorno de Personalidad.

### Conclusiones.

Su utilización es escasa, en relación con:

Faltan estudios de eficacia y seguridad y son empleados muchas veces fuera de indicación. Son fármacos de difícil manejo en psiquiatría infantil comunitaria ya que necesitan control de niveles plasmáticos y analíticos y son poco efectivos en monoterapia: suelen ser coadyuvantes.

Se prefieren antipsicóticos atípicos.

## 60.- NIVELES PLASMÁTICOS DE FLUOXETINA Y MEJORÍA CLÍNICA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TDM, TOC Y TAG.

*Blázquez, Ana. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Plana, Maria Teresa. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Méndez, Iria. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Mas, Sergi. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / De la Fuente, Amàlia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona / Lázaro, Luisa. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

### Fundamentos:

La fluoxetina es uno de los fármacos más utilizados en población infanto-juvenil, para el tratamiento de trastornos como el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). A pesar de su eficacia, un porcentaje de pacientes no responden al tratamiento.

Se pretende determinar si los niveles plasmáticos de fluoxetina a las 8 y 12 semanas del inicio del tratamiento se correlacionan con la mejoría clínica del paciente.

### Métodos:

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de TDM, TOC y TAG que iniciaron fluoxetina entre junio y noviembre de 2011. Se administraron al inicio del tratamiento las escalas CDI, SCARED, OCI y CGI. A las 8 y 12 semanas se realizó una analítica sanguínea para valorar los niveles plasmáticos de fluoxetina y se administraron nuevamente: CDI, SCARED, OCI y CGI para evaluar la mejoría clínica y UKU para valorar efectos secundarios al tratamiento. La correlación de Spearman se usó para establecer la relación entre las variables.

### Resultados:

Participaron 13 pacientes: 4 varones y 9 hembras; 69,2% TDM, 23,1% TOC y 7,7% TAG. Media de edad (M) M= 14,77 años (DS= 2,048). Las M previas al inicio del tratamiento fueron: (CDI: M= 26,69, DS= 12,46; SCARED: M= 38,54, DS= 11,86; OCI M= 18,77, DS= 8,66; CGI: M= 4,69, DS= 0,885). A las 8 semanas la media de niveles plasmáticos de fluoxetina fue (M= 34,08ng/ml, DS= 31,21) y de puntuación en las escalas (CDI: M= 20,46, DS= 14,47; SCARED: M= 38,23, DS=



17.41; OCI M= 17,77, DS= 11.61; CGI: M= 3,62, DS= 0,768 y UKU: M= 2,31, DS= 3,36). Los niveles plasmáticos de fluoxetina se correlacionaron de forma positiva con la puntuación en la UKU ( $\rho$  de Spearman 0.610  $p= 0.027$ ) y con mayor disminución en la puntuación del CDI ( $\rho$  de Spearman 0.638  $p= 0.019$ ). A las 12 semanas no encontramos relación entre niveles plasmáticos y puntuación en las escalas.

#### Conclusiones:

Los niveles plasmáticos de fluoxetina a las 8 semanas se correlacionaron con mejoría en sintomatología depresiva (CDI) y mayor número de efectos secundarios al tratamiento (UKU), desapareciendo esta relación a las 12 semanas.

Agradecimientos: Estudio financiado por la Fundación Alicia Koplowitz y el Centro de Investigación Biológica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

#### 61.- SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL, EFECTOS EN EL CALOR EMOCIONAL Y EL GRADO DE CONTROL: DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO DEL MENOR.

*Monguillot Alonso, Marina. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona / Jané Ballabriga, Maria Claustra. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona / Bonillo Martín, Albert. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona*

La presencia de psicopatología parental es un conocido factor de riesgo que puede afectar al estilo educativo.

La relación entre la ansiedad del cuidador principal y el excesivo control o sobreprotección ha sido ampliamente estudiada. En el caso de la sintomatología depresiva, ésta ha mostrado una relación inversa con conductas de aceptación y soporte, como el calor emocional. Sin embargo, se cuenta con pocos datos sobre el papel del género del menor en estas relaciones.

El objetivo del presente estudio fue evaluar las mencionadas relaciones teniendo en cuenta el sexo del niño.

Los participantes fueron 341 niñas y 361 niños, de edades comprendidas entre 6 y 8 años, procedentes de

una muestra de población general en la comarca de Osona (Cataluña). Los cuidadores respondieron cuestionarios para informar sobre su sintomatología (GHQ-28) y sobre su estilo educativo (EMBU-P).

Se encontró que la sintomatología ansiosa en el cuidador estaba relacionada de manera directa con el grado de control, tanto en niños como en niñas, siendo el efecto mayor para el grupo de los niños.

La sintomatología depresiva sólo afectó al calor emocional en el grupo de las niñas, mostrando una relación inversa.

Los datos sugieren que la sintomatología ansiosa y depresiva en el cuidador podría afectar de distinta forma según el género del menor.

#### 62.- TRATAMIENTO AMBULATORIO GRUPAL DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TESTIGOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: PROGRAMA TREI

*Lacasa, Fernando. CSMIJ Cornellà / Alvarez-Segura, Mar. CSMIJ Cornellà-Hospital Sant Joan de Deu / Navarra, Mari Ángeles. CSMIJ Cornellà / Ortiz, Eva. CSMIJ Cornellà / Richart, Teresa. CSMIJ Cornellà / Mestre, Andrea. CSMIJ Cornellà*

#### FUNDAMENTOS

En los niños y adolescentes, el trastorno de Estrés Postraumático es la principal consecuencia clínica de la exposición a la violencia doméstica. Estudios previos demuestran que las dificultades funcionales de los pacientes con historia de trauma se deben no solo a los síntomas de TEPT, sino también a dificultades en la regulación emocional y en los problemas interpersonales. Ante esta realidad el equipo del CSMIJ de Cornellà ha implementado y manualizado para niños y adolescentes, la terapia TREI, que es una adaptación a nuestro entorno de la terapia "Skills Training in Affective and Interpersonal regulation for Adolescents" (STAIR).

#### OBJETIVOS

- Disminuir los síntomas de estrés postraumático y otros síntomas relacionados con el trauma.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento en situa-



ciones interpersonales y mejorar las capacidades de regulación emocional.

### MÉTODOS

La primera etapa consistió en la traducción y adaptación idiomática de la versión "STAIR". Posteriormente, se aplicó la terapia con dos grupos, uno de adolescentes y otro de niños. El resultado fue la ampliación del número de sesiones y de ejercicios y la incorporación de fichas de trabajo más adaptadas a las edades de los pacientes. Esto ha permitido la elaboración de 2 versiones manualizadas: una para pacientes adolescentes y otra para niños. Hasta el momento se han beneficiado del programa 25 pacientes.

### TRATAMIENTO

Contenido del programa:

*Sesión 1:* Identificación y denominación de los sentimientos.

*Sesión 2:* Diferenciación y reconocimiento de los sentimientos.

*Sesión 3 y 4:* Efectos de las experiencias traumáticas.

*Sesión 5:* Manejando los sentimientos desagradables-habilidades de afrontamiento.

*Sesión 6:* Nuevas habilidades de Afrontamiento, valoración positiva de sí mismo y de los otros.

*Sesión 7:* Nuevas habilidades de afrontamiento: autocuidado.

*Sesión 8 y 9:* Habilidades para una comunicación clara. Asertividad

*Sesión 10:* Habilidades para recuperar la confianza.

*Sesión 11 y 12:* Consolidación. Habilidades de negociación y despedida.

### CONCLUSIONES:

La instauración del programa TREI resultará en una mejor evolución de los síntomas de estrés postraumático, de depresión y de ansiedad, y resultará en un mayor repertorio de habilidades de afrontamiento en este colectivo.

### 63.- A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE TRAUMA INFANTIL.

Olazabal Eizaguirre, Nora. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Sesma Pardo, Eva. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Kerexeta Lizeaga, Iña-

ki. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Rincón Garcés, Talia. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / González Llona, Irantzu. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. / Santamaría Cano, Rosa María. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto.

### Introducción:

La respuesta a la exposición a eventos traumáticos en el niño puede presentarse con diversos síntomas: estado de hiperalerta, flashback, ansiedad de separación, evitación, sentimientos de desrealización o despersonalización, etc. Presentamos a modo de ejemplo dos casos clínicos que ilustran la sintomatología dispar que puede derivar de los eventos traumáticos para el niño. Se presentan también dibujos de ambos pacientes.

### Pacientes:

Caso clínico nº 1: Se trata de una niña de 7 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de mutismo y rigidez muscular generalizada acompañada de llanto. Se realizan pruebas complementarias que descartan enfermedad médica. Durante su ingreso en el Servicio de Pediatría se constata que la paciente ha presenciado episodios de heteroagresividad entre sus progenitores en el domicilio. Se relaciona la precipitación del cuadro con la agresión de otro niño hacia la paciente durante un juego.

Caso clínico nº 2: Se trata de un niño de 10 años que consulta por clínica de ansiedad y conductas de tipo evitativo y agorafóbico. Vive con su madre, su abuelo y su tío, diagnosticado éste de trastorno de la personalidad. En la entrevista clínica, la familia refiere que el paciente ha estado presente en amenazas autoagresivas graves protagonizadas por su tío. Se relaciona el inicio del cuadro con un golpe accidental provocado por el paciente a un compañero mientras jugaba con el balón.

### Resultados:

Dos cuadros clínicos de muy diferente presentación se relacionan con eventos traumáticos previos. Eventos vitales posteriores y banales reactivan en ambos casos los recuerdos postraumáticos, derivando en la clínica de tipo disociativo y ansioso.

### Conclusión:

La clínica de estrés postraumático es polimorfa y la etiología postraumática debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar la historia clínica y la evaluación mediante



dibujo y juego.

#### 64.- ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS SÍNTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS EN ESCOLARES

*Voltas Moreso, Núria. Universitat Rovira i Virgili / Hernández Martínez, Carmen. Universitat Rovira i Virgili / Aparicio Llopis, Estefania. Universitat Rovira i Virgili / Arijal Val, Victoria. Universitat Rovira i Virgili / Canals Sans, Josefa. Universitat Rovira i Virgili*

Estudios epidemiológicos sobre el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) realizados en niños y adolescentes concluyen que la evolución del trastorno es de tipo crónico (Kalra et al., 2009; Hesselberg et al., 2010) y que la edad tiene una elevada correlación positiva con el trastorno (Heyman et al., 2001; Crino et al., 2005). Otros estudios no encuentran relación con la edad o refieren que los sujetos de menor edad presentan un mayor número de síntomas obsesivos y compulsivos (OC) (Zohar et al., 1997).

Los objetivos de nuestro estudio han sido investigar, en una muestra de población comunitaria, el curso prospectivo de los síntomas OC según factores del Leyton Obsessional Inventory Child Version Survey Form (LOI-CV; Berg et al., 1986) y estudiar la prevalencia, persistencia, incidencia y remisión de estos síntomas.

Realizamos un estudio longitudinal con tres fases. En la primera participaron 1514 escolares de 4º, 5º y 6º de primaria que contestaron el LOI-CV. En la segunda, se evaluaron 562 sujetos (a riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo) y a los tres años del inicio del estudio los sujetos evaluados con el LOI-CV fueron 241. Un total de 236 sujetos contestaron el LOI-CV en los tres momentos del estudio.

La prevalencia de síntomas en la primera fase del estudio fue de 4.75% (CI 95%: 3.73-5.95). Realizamos un MANOVA y observamos que las puntuaciones en el LOI-CV disminuyen con el paso del tiempo independientemente del sexo de los sujetos y de la edad que tenían al inicio del estudio. A los tres años los porcentajes de persistencia, incidencia y remisión que se obtuvieron fueron de: 21.62%, 14.47% y 78.37% respectivamente.

Nuestros resultados sugieren que en población general infantil la sintomatología OC es un problema común que se reduce con la edad en un importante porcentaje de ni-

ños. Sin embargo, en más del 20%, se puede presentar como un problema crónico importante a detectar.

#### 65.- MUTISMO SELECTIVO: ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

*MACHADO ROMERO, ALBERTO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 4) / MELGAR MARTÍNEZ, JAVIER. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 2) / GONZÁLEZ SAAVEDRA, LAURA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (MIR PSIQUIATRÍA 3) / CERVERA PÉREZ, ISABEL MARÍA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 3) / FLORES ORTIZ, FRANCISCO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSIQUIATRA)*

##### INTRODUCCIÓN

El mutismo selectivo es un trastorno multidimensional que generalmente afecta a niños en edad escolar. Incluye una variedad de comorbilidades como enuresis, fobia social, TOC, depresión, y retraso madurativo.

Se presenta en menos del 1%, curso variable, desde meses a pocos años de duración. En cuanto a antecedentes familiares, se encuentran una alta incidencia de mutismo selectivo en las familias de los niños afectados y una prevalencia aún mayor de fobia social.

Dada su etiología multifactorial, las intervenciones son también diversas, incluyendo terapia de modificación de conducta, familiar e intervenciones farmacológicas.

Partiendo de la literatura existente nos planteamos el análisis de casos de mutismo selectivo atendidos en una unidad de salud mental infantil con el objetivo de estudiar cuestiones clínicas aún no resueltas de forma definitiva.

##### PARTICIPANTES Y MÉTODO

Ocho pacientes diagnosticados de Mutismo Selectivo (F94.0), que acuden derivados de Pediatría a la USMI-J de Algeciras para valoración psiquiátrica.

##### RESULTADOS

Un alto porcentaje de pacientes presenta comorbilidad con otro trastorno, como Enuresis no orgánica, Fobia So-



cial y Trastorno negativista desafiante.

Entre los antecedentes personales, en algunos de los casos, se han registrado sucesos vitales estresantes y retraso del lenguaje, entre otros.

Hallamos un 37.5% de familias desestructuradas y antecedentes familiares de trastornos afectivos y de ansiedad.

La media de la edad de inicio de tratamiento es de 7 años, presentando un curso variable. Entre las intervenciones terapéuticas utilizadas encontramos la terapia cognitivo-conductual, familiar y/o farmacológica. Las dos primeras suelen aplicarse de manera conjunta, necesitando la adición del tratamiento farmacológico en los casos resistentes.

### CONCLUSIONES

Los datos del estudio serían congruentes con las investigaciones existentes respecto a este trastorno, en relación a la comorbilidad, la edad de inicio, antecedentes personales, familiares y curso.

Respecto a las intervenciones aplicadas, nuestro estudio coincidiría con los tratamientos que han mostrado una mayor eficacia en la mejoría del trastorno.

### 66.- PROGRAMA DE TRATAMIENTO GRUPAL PARA EL AUTOCONTROL EMOCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MELGAR MARTÍNEZ, JAVIER. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 2) / CERVERA PÉREZ, ISABEL MARÍA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 3) / FALCONI VALDERRAMA, CARLA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (MIR PSIQUIATRÍA 2) / RUANO HERNÁNDEZ, TERESA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 1) / GUERRA ALEGRE, MARÍA TERESA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSIQUIATRA)

### OBJETIVOS

Evaluar la evolución de conductas disruptivas tras la implementación de un programa de tratamiento grupal

para el autocontrol emocional en una muestra de niños y adolescentes diagnosticados de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

### MÉTODO Y PACIENTES

La muestra consta de 6 pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras y que participaron en un programa de tratamiento grupal para el autocontrol emocional. Los padres registraron semanalmente, durante el período en el que se desarrolla el programa, la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas de sus hijos en el contexto familiar.

### RESULTADOS

Tras la aplicación del programa se observa una disminución tanto en la frecuencia como en la intensidad de los comportamientos perturbadores registrados por los padres.

### CONCLUSIONES

En relación a los resultados obtenidos podemos concluir que el programa de tratamiento resulta eficaz para disminuir el nivel de impulsividad manifiesta, las conductas desafiantes e hiperactivas.

### 67.- DIFERENCIAS EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADOLESCENTES CON RETRAIMIENTO SOCIAL.

ARIAS NÚÑEZ, ELOÍSA. HOSPITAL DE DIA ADOLESCENTES CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ / TORRALBAS ORTEGA, JORDI. HOSPITAL DE DIA ADOLESCENTES CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ / PUNTÍ VIDAL, JOAQUIM. HOSPITAL DE DIA ADOLESCENTES CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ / PALOMINO ESCRIVÁ, JEZABEL. HOSPITAL DE DIA ADOLESCENTES CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ / NARANJO DÍAZ, CARMEN. CENTRE DE SALUT MENTAL INFANTO-JUVENIL CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ / LORENZO CAPILLA, ÀNGEL. HOSPITAL DE DIA ADOLESCENTES CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ

### Fundamentos:

En la adolescencia, las relaciones positivas con los



iguales son cruciales para desempeñar una vida competente y autónoma en el futuro, y el grupo es la institución socializadora por excelencia.

El objetivo del estudio es analizar las diferencias en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria en los adolescentes con retraimiento social ingresados en una unidad de hospitalización parcial de Salud Mental.

#### **Pacientes:**

La población de estudio son todos los adolescentes, entre 12 y 17 años, que ingresaron durante el 2009 y el 2010 en la unidad de hospitalización parcial de adolescentes de Salud Mental de la Corporació Sanitària Parc Taulí (C.S.P.T.) de Sabadell (Barcelona).

#### **Métodos:**

Para la realización del estudio se utilizó la Escala de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS), que es una escala observacional de Terapia Ocupacional que evalúa las habilidades de los adolescentes al interactuar con otros iguales. Y se recogieron datos sobre la competencia y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria, básicas e instrumentales, de todos los adolescentes. Se compararon los datos recogidos de los adolescentes que mostraban un comportamiento ocupacional compatible con retraimiento social, con aquellos que mantenía una competencia social que apoyaba sus relaciones sociales.

#### **Resultados:**

Los resultados obtenidos muestran un perfil ocupacional similar en los adolescentes con retraimiento social; el déficit en las habilidades de comunicación e interacción condiciona las relaciones con los iguales, la participación en actividades propias de la edad es menor, y hay una mayor dependencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

#### **Conclusiones:**

La limitación en el funcionamiento interfiere en la recuperación y el desarrollo evolutivo de estos jóvenes.

### **68.-PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARENTAL PARA PADRES DE ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA**

*Forti-Buratti, Maria Azul. Academic Unit of Child and*

*Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London / Mayordomo-Aranda, Angels. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London / Dominguez, Maria de Gracia. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, St. Mary-Imperial College, London*

#### **Fundamentos**

El “Triple P Positive Parenting Program” es un programa de educación parental de múltiples niveles cuyo objetivo es prevenir las dificultades conductuales, emocionales y del desarrollo psicológico en niños y adolescentes, y ofrecer un tratamiento en los casos en que existen dichas dificultades.

El programa está basado en los modelos de aprendizaje social en la interacción padres-hijo, centrándose en la naturaleza recíproca de esta relación y teniendo en cuenta las consecuencias negativas de los patrones disfuncionales en las interacciones familiares.

#### **Métodos**

En este póster se presentan generalidades de la estructura, funcionamiento e instrumentos de evaluación de un grupo para padres en el ámbito clínico, con hijos adolescentes que presentan trastornos conductuales graves, con repercusión emocional y relacional.

Al empezar y al terminar el programa los padres completan una serie de cuestionarios, enfocados a, por una parte, medir la mejoría del caso, y por otro, detectar áreas específicas a tratar en las sesiones individuales.

El programa consta de 8 sesiones, 5 de las cuales son grupales, y 3 de ellas individuales (según las capacidades de cada servicio, éstas pueden ser presenciales o telefónicas). A lo largo de estas sesiones se trabajan los principios fundamentales del programa “Triple P” a través de DVDs, role-plays, y tareas para casa. En las sesiones individuales se trabajan las dificultades específicas de cada caso, y se diseñan planes individuales de gestión de situaciones de crisis.

#### **Resultados**

Un metaanálisis reciente indica que las intervenciones de nivel 4 del programa Triple P reducen significativamente comportamientos negativos en los niños y adolescentes. Estas mejorías fueron mantenidas a largo plazo en estudios de seguimiento.



### Conclusiones

Estos resultados apoyan la implementación extendida de los programas Triple P en diferentes países y en diferentes contextos culturales, así como en diferentes ámbitos de intervención, comunitario y clínico, preventivo y de tratamiento.

### 69.- GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA.

*Juan Vidal, Salomé. CSMIJ Garraf Hospital Sant Joan de Deu / Benaiges Forné, Mercè. CSMIJ Garraf Hospital Sant Joan de Deu*

#### FUNDAMENTOS/OBJETIVOS:

Los grupos a nivel de tratamiento ambulatorio suponen una herramienta terapéutica de gran utilidad.

El grupo que presentamos está formado por padres de niños/as con edades comprendidas entre los 7-9 años de edad que mostraban trastornos de conducta.

#### METODO

Los padres fueron derivados al grupo por los terapeutas referentes, mientras los niños continuaron el tratamiento ambulatorio con ellos. Previo a la decisión de terapia en grupo se realizó una entrevista a los padres por los referentes del mismo. Algunos casos no fueron incluidos tras la misma por su no indicación.

De todas las derivaciones solo 5 tuvieron continuidad y en todos los casos acudieron solo las madres.

La duración fue de 9 sesiones semanales de una hora de duración. La técnica fue la de grupo psicoeducativo no protocolizado con dos primeras sesiones no estructuradas y siete donde se trataban temas concretos de interés (límites y normas, resolución de conflictos, autoestima).

El material utilizado fue elaborado en el propio CSMIJ basándose en material reconocido y en los libros "Creciendo como padres y madres de la organización "Save de Children" y el libro "Ampliando el mundo 6-12 años" de Beatriz Sizberg y Maria Luisa Siquer. Ed. Síntesis.

#### RESULTADOS

Para evaluar resultados, además de la apreciación subjetiva, se pasaron al inicio y final del grupo el "Inventario Situaciones en el hogar"-Barkley 1987 y IPC

"Inventario Practicas de Crianza", Bauemeistar, Salas, Matos 1995.

### CONCLUSIONES

Tanto la experiencia referida por las madres como la mejoría en los inventarios r fueron significativas, con disminución de situaciones conflictivas en el hogar así como una mayor aplicación por parte de los padres de pautas persuasivas frente a coercitivas que eran usadas con mayor frecuencia al inicio.

### 70.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FRECUENTACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y DERIVACIÓN DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS INFANTO-JUVENILES DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

*Porter Molí, Montse. Corporació sanitària i universitària Parc Taulí / Gracia Liso, Rebeca. Corporació sanitària i universitària Parc Taulí / Pàmias Massana, Montse. Corporació sanitària i universitària Parc Taulí / Cobo Gómez, Jesús Vicente. Corporació sanitària i universitària Parc Taulí / Giró Batalla, Maria. Corporació sanitària i universitària Parc Taulí*

#### Fundamentos y objetivos:

Existe una tendencia al aumento de las urgencias infanto-juveniles con un motivo de consulta psiquiátrico en los últimos años (1). El objetivo de nuestro estudio es analizar las características sociodemográficas, clínicas y el plan terapéutico de las urgencias psiquiátricas de los menores de 18 años que acuden a nuestro centro; con la finalidad de establecer las necesidades específicas de este tipo de pacientes para adaptar nuestro servicio y mejorar la atención ofrecida.

Como objetivo secundario planteamos la comparación con la recogida de datos que se realizó en 2002-2003 y 2006-2007.

#### Métodos y/o pacientes:

Se trata de un estudio transversal descriptivo en el que se han recogido los pacientes que consultaron al servicio de urgencias de pediatría que precisaron interconsulta al servicio de psiquiatría, durante los años 2010 y 2011.

Se analizan variables sociodemográficas, motivo de



consulta, antecedentes personales y familiares, consumo de tóxicos, necesidad y tipo de tratamiento psicofarmacológico administrado en urgencias, derivación y diagnóstico al alta, medidas de contención, estancia media en urgencias, así como el diagnóstico longitudinal que reciben los pacientes.

#### Resultados y conclusiones:

Se analizaron 498 pacientes (253 en 2010 y 245 en 2011), el 94% entre los 11 y los 18 años, de sexo femenino en un 52% de los casos.

Diagnósticos principales al alta fueron en un 27% ansiedad, un 19% trastornos de conducta, 10% trastornos psicóticos, 8% intentos autolíticos, 8% cuadros depresivos, 4'5% de trastornos de la conducta alimentaria, 2'5% consultaron por consumo de tóxicos, 2% trastorno del espectro autista; siendo el 18% restante otros diagnósticos.

Comparando los datos de 2010-2011 con los de 2006-2007, observamos una tendencia a un mayor diagnóstico de trastornos psicóticos y proporcionalmente un menor número de intentos autolíticos y de trastornos de conducta, lo que nos indicaría que se está realizando una mejor detección y diagnóstico de los casos.

Nuestras conclusiones iniciales muestran un incremento importante en el número y complejidad de las consultas psiquiátricas que se atienden en los servicios de pediatría de urgencia (de 107 en 2006-2007 a 498 en 2010-2011, se han multiplicado casi por 4), por lo que cada vez es más necesario una mayor coordinación y formación los servicios de psiquiatría y pediatría para mejorar la atención ofrecida a nuestros pacientes y una mejoría de los servicios de urgencias para una atención más adaptada a este tipo de trastornos.

El resto de resultados de expondrán en forma de comunicación oral en el 57º congreso de AEPNyA 2012.

#### Bibliografía:

1. Argemí S, Cobo J, Pujol G, Bartoli D, Aldecoa V, García M. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias, Acta pediátrica española, vol 68, 11, 2010: 547-554.
2. Crespo Marcosa D, Solana García MJ, Marañón Pardilla R, Gutiérrez Regidora C, Crespo Medina M, Míguez Navarra C, Vázquez López P. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de

pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. Anales de Pediatría (Barc) 2006; 64: 536 - 541.

3. Viaplana Bartolí G, Ramírez Mallafré A, Ramírez Rodríguez J, Travería Casanova J, Argemí Renóm S, Muñoz Espín T. Análisis descriptivo de la patología psiquiátrica remitida desde la unidad de urgencias al servicio de salud mental. Anales de Pediatría 2004; 61 (6): 571-86.

#### 71.- VALORANDO LA COMPETENCIA EN MENORES DE 16 AÑOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN REINO UNIDO

*Domínguez, Maria de Gracia. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Forti-Buratti, Azul. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Mayordomo-Aranda, Angels. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Avent, Cerian. Collingham Child and Family Centre, CNWL NHS Trust, London, UK / Fiertag, Olivia. Collingham Child and Family Centre, CNWL NHS Trust, London, UK / Rose, Gillian. Collingham Child and Family Centre, CNWL NHS Trust, London, UK*

#### Fundamentos

Con respecto a las leyes que regulan la capacidad de dar consentimiento en menores, la legislación española y británica coinciden en que cualquier adolescente entre los 16 y 18 años puede ser considerado 'menor maduro' tras haberse valorado su capacidad de dar consentimiento a un determinado tratamiento. Sin embargo, ambos países difieren en los menores de 16 años. La ley española los considera menores de edad, sin posibilidad de dar consentimiento legal en decisiones de ingreso o tratamiento por trastornos mentales, mientras que la británica postula que deben ser evaluados en su 'Competencia Gillick' para tomar una decisión sobre su cuidado.

#### Método

Se presenta la valoración de la Competencia Gillick, incluyendo el evento histórico que lo desencadenó, su definición, criterios de valoración, conceptos claves y aplicación en servicios de salud mental.



### Resultados

En 1983, la Señora Gillick perdió un juicio contra los médicos que dieron consejo y tratamiento anticonceptivo sin consentimiento parental a su hija menor de 16 años. Tras la decisión del Parlamento Británico (1985), cualquier menor debe ser considerado capaz de dar el necesario consentimiento dependiendo de: su madurez, capacidad de entendimiento y comprensión de la naturaleza del consentimiento. Desde entonces, los profesionales de la salud mental tienen que tener conocimiento de la Competencia Gillick y ser capaces de valorar los criterios correspondientes, tanto en tratamientos ambulatorios como en ingresos en unidades psiquiátricas infanto-juveniles. El póster detalla los criterios de competencia Gillick, el concepto de 'zona de control parental' referente a los tipos de decisión que conciernen a aquellos con responsabilidad parental, y presenta un algoritmo de toma de decisión con respecto al consentimiento de ingreso y tratamiento en unidades hospitalarias.

### Conclusiones

Valorar la competencia en menores de 16 años tiene serias implicaciones tanto para los centros de salud mental como para las unidades de ingreso. El firme deseo de que se escuche la voz de los niños y adolescentes así como su creciente influencia en el diseño de planes de cuidado y creación de recursos va a tener implicaciones significativas en un futuro no muy lejano.

\*Con el apoyo de la Fundación Alicia Koplowitz.

## 72.- SITUACIÓN ASITENCIAL DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL EN NAVARRA DURANTE EL AÑO 2010

*Ruiz Ruiz, Raquel. UHPIJ Hospital Virgen del Camino / Martínez de Zabarte Moraza, Estíbaliz. UHP Hospital Virgen del Camino / Zandio Zorrilla, María. UHPIJ Hospital Virgen del Camino*

### Objetivo:

Analizar los datos epidemiológicos de la UHP-IJ durante el año 2010.

### Método:

Se recogen las variables relacionadas con parámetros

demográficos y diagnósticos, obtenidas durante el año 2010 de los pacientes hospitalizados en la UHP-IJ.

### Resultados:

El nº total de altas fue de 27. La edad media de los pacientes ingresados fue de 13.55 años. La estancia media fue de 35.63 días. La distribución por sexos fue de 9 niños y 18 niñas. El tipo de ingreso se distribuyó de la manera siguiente: 25 ingresos urgentes y 2 programados. Los diagnósticos se distribuyeron entre F20-F25 siendo: (1) Esquizofrenia Hebefrénica; (2) Esquizofrenia Paranoide; (1) Esquizofrenia catatónica; (1) Trastorno Esquizoafectivo y (2) Psicosis no especificada. Diagnósticos F30-F39: (1) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; (1) Trastorno bipolar; (1) Otras psicosis maniaco-depresivas no especificadas; (1) Otros trastornos episódicos del humor no especificados. Diagnósticos F40-F41: (1) Trastorno de pánico sin agorafobia, (1) Otras fobias aisladas o específicas. Diagnóstico F44: Amnesia disociativa. Diagnóstico F50: (9) Anorexia nerviosa. Diagnóstico F91-F92: (2) Trastorno oposicionista desafiante. Diagnóstico F93: (2) Trastorno emocional de la infancia o adolescencia no especificado.

### Conclusiones:

El ingreso hospitalario del paciente psiquiátrico menor se debe concebir como un episodio breve que forma parte de un continuo de atención en la trayectoria evolutiva del niño. Sin embargo esta necesidad contrasta muchas veces con la realidad; pacientes menores con intensa psicopatología psiquiátrica que no les permite un funcionamiento óptimo e integrado en su vida diaria y les interfiere de manera aguda en todas las áreas (familiar, escolar, social, etc). En nuestra experiencia hemos observado que con frecuencia los ingresos son prolongados en el tiempo debido a las características diferenciales de la enfermedad mental de la población infanto-juvenil, que hacen más difícil tanto el diagnóstico como la estabilización psicopatológica.

## 73.- ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE ASISTENCIA DE LA POBLACION INFANTIL AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

*Ros Llorens, Rebeca. Consorcio Hospitalario Provincial*



*de Castellón / García Chulbi, Sara. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Monleón Moscardó, Pablo. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Real López, Matías. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Palmer Vicedo, Ramón. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Cabrera Orozco, Myriam. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón*

#### **Objetivos:**

La población infanto-juvenil atendida en los Servicios de Urgencias requiere un abordaje terapéutico distinto al resto de la población, aunque la asistencia se realiza por especialistas que trabajan con adultos. Intentamos analizar de las causas que originan las urgencias, a fin de poder plantear una mejora en la calidad asistencial que se presta.

#### **Metodología:**

Analizamos los pacientes menores de 18 años atendidos durante el 2009, de la población de las áreas de salud 2 y 3 de la Comunidad Valenciana. Recogimos variables como edad, sexo, fecha y hora de visita, motivo de consulta y sintomatología asociada a la atención.

#### **Resultados:**

La muestra fue de 140 visitas, 4,3% del total de la población atendida. El rango de edad de 10 a 18 años, siendo un 48% varones. Los meses con mayor asistencia fueron Mayo (13,6%), Julio y Agosto (12,9 y 11,4%) y por horas a lo largo del día se distribuyó de 12 a 16 horas el más frecuentado, con un 35%, seguido del que cubre las últimas horas del día (33%). La mitad de los casos fueron derivados desde otros centros (50%), el resto acudieron por iniciativa propia o de los familiares; un 23,6% acudieron solos. Un 16% de los casos fueron derivados desde otro dispositivo para su ingreso. El principal motivo de visita fue la agitación, 38%, la ansiedad y la autoagresividad con un 18 y 17% respectivamente. La sintomatología psicótica se presentó en un 15%. La intervención policial se produjo en 9 ocasiones, un 6,4 %. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,019$ ) entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad, con un 58% de mujeres frente a un 35% de hombres y a la heteroagresividad, con un 9,8% en mujeres frente a un 46% en hombres ( $p < 0,01$ ).

#### **Conclusiones:**

El principal motivo de urgencia fue la agitación psicomotriz, seguida de las conductas agresivas, ansiedad y la sintomatología psicótica. Los meses de mayor asistencia fueron al final del curso escolar y los periodos vacacionales, en horarios en se mantiene mayor relación. La policía intervino en pocos casos, aunque un alto porcentaje mostraron heteroagresividad o agitación.

#### **74.- CURSO EVOLUTIVO DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL PACIENTE INFANTO-JUVENIL ATENDIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA**

*Ros Llorens, Rebeca. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / García Chulbi, Sara. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Real López, Matías. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Monleón Moscardó, Pablo. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Palmer Vicedo, Ramón. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Belda Martínez, Adela. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón*

#### **Objetivos:**

Dadas las características de la atención prestada en un Servicio de Urgencias, como son la asistencia en situaciones críticas, la premura del tiempo, la dificultad para acceder a toda la información disponible y la atención por psiquiatras generales, hacen que la validez de los diagnósticos sea controvertida y los tratamientos provisionales. Intentamos conocer los diagnósticos atribuidos desde este servicio, su pronóstico tras la asistencia en urgencias, los tratamientos propuestos y hasta qué punto se mantienen posteriormente en los dispositivos a los que son derivados los pacientes, con el fin de plantear posibles mejoras en el manejo de los recursos sanitarios que se utilizaron tras el alta.

#### **Metodología:**

Se estudiaron 140 visitas realizadas a personas menores de 18 años en el Servicio de Urgencias del Hospital Provincial de Castellón durante el 2009, donde se ubica la Unidad de hospitalización Infantil de referencia de toda la provincia, 604.344 habitantes (INE 2011). Se analizaron variables como el diagnóstico, el número de ingresos y el tratamiento administrado en el Servicio de Urgencias. En



un segundo tiempo, a los dos años de dicha asistencia, se realizó un seguimiento donde se registra el tratamiento en sus Unidades de Referencia, la concordancia de diagnósticos y el número de dispositivos utilizados.

### Resultados:

El total de asistencias analizadas fueron 140, que corresponden a 78 pacientes. La media de visitas por paciente se situó en 4; el 32 % de los casos fueron visitados una única vez y un caso fue visitado hasta 23 veces. Del total de pacientes, el 57% no requirió ingreso, al 24% se le ingresó sólo una vez y el resto sufrieron más de un ingreso. El 63% de los pacientes fueron seguidos por un dispositivo al alta, de los que el 52% fueron tratados con fármacos. Un 56% de los pacientes mostraron concordancia entre los diagnósticos atribuidos desde el Servicio de Urgencias y que persistieron luego en sus unidades de referencia ambulatoria dos años más tarde. Dicha concordancia no se distribuye por igual en todos los diagnósticos registrados en el servicio de urgencias, siendo ansiedad (18%), trastornos de la personalidad (16%), trastornos de conducta (13%) y patología psicótica (13%), mientras que la distribución en su unidad muestra porcentajes diferentes, más elevados para el trastorno de la personalidad y patología psicótica con un 21% cada uno por igual; en el 17% de los casos estudiados no quedaba constancia del diagnóstico. En cuanto a los recursos médicos utilizados al alta, el 17% requirieron centros específicos de tratamiento diferentes de su unidad de salud mental de referencia.

### Conclusiones:

El estudio apunta a la existencia de dos subgrupos de pacientes que probablemente requieran estrategias de afrontamiento diferentes. Por una parte, un grupo amplio con un diagnóstico grave, un alto número de asistencias prestadas y un elevado porcentaje de ingreso hospitalario; así, casi la mitad de los casos fueron ingresados. Aproximadamente la otra mitad presentaron patología leve, fueron visitados una sola vez con finalidad de asesoramiento y orientación y no se trataron con fármacos.

La concordancia de diagnósticos entre el servicio de urgencias y las unidades de salud mental infantil apareció en la mitad de los casos, en diferente proporción según el diagnóstico. Estudios posteriores deberían ayudarnos a conocer mejor los diferentes motivos que explican esta ausencia de similitud.

El hecho de que un porcentaje significativo de pacientes precisara la asistencia tras el alta de un recurso médico distinto de su unidad de salud mental, así como la diferencia en la concordancia de diagnósticos nos ofrece un punto de mejora en la coordinación entre los distintos dispositivos que atiende a este grupo poblacional.

### 75.- PERFIL FARMACOLÓGICO DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

*García Chulbi, Sara. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Ros Llorens, Rebeca. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Monleón Moscardó, Pablo. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Real López, Matías. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Palmer Vicedo, Ramón. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón / Carratalá Monfort, Sonia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón*

### Objetivos:

Nos planteamos analizar la posible relación existente entre los antecedentes médicos y psiquiátricos de la población infanto-juvenil atendida en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas y el tratamiento farmacológico que se administró posteriormente. Intentamos sentar la base para futuros estudios analíticos que determinen la asociación entre ambas variables y sus factores asociados.

### Materiales:

Durante el 2009, el Servicio de Urgencias del Hospital Provincial de Castellón atendió 3278 urgencias psiquiátricas, de las cuales 140 se realizaron en menores de 18 años (el 4,3%).

Confeccionamos una base de datos con el fin de comparar las variables: antecedentes médicos, asistencia a un dispositivo de salud mental anterior a la atención en urgencias, edad de la primera visita, antecedentes psiquiátricos y de consumo de tóxicos y necesidad de tratamiento psicofarmacológico previo. Estas variables se relacionaron con el tratamiento farmacológico recibido en urgencias y con la derivación al alta.

### Resultados:

Del total de las 140 asistencias realizadas, el 33% de



los casos suponía el primer contacto con un Médico especialista en Psiquiatría. En un 55% de las ocasiones habían sido asistidos previamente en el Centro de Salud Mental Infantil o de adultos. En el resto de los estudiados no constaba este dato en la historia. De estos pacientes, un 12% recibía tratamiento exclusivamente psicoterapéutico.

La edad de inicio registrada en el Centro de Salud Mental osciló entre los 3 y los 18 años, el rango que mostró un mayor número de casos se situó entre los 13 y los 17 años. Los datos arrojaron una distribución bimodal a lo largo del primer año tras el primer contacto y a los 6 años tras iniciar seguimiento, con porcentajes de 11% y 9% respectivamente.

En referencia a los hábitos de consumo, en el 39% de la muestra se registró algún consumo de tóxicos, principalmente nicotina. El 17% de los consumidores eran politoxicómanos; en un 9,3% se solicitó análisis de orina. En una gran parte de la muestra no se registró esta variable en la historia, por lo que se ha considerado negativa para el 61% restante.

En cuanto al tratamiento farmacológico en relación con la edad del paciente, se muestra una correlación lineal positiva con los puntos de medicación administrada, con un coeficiente de Person de 0,2 (valor absoluto distinto de cero), con mayor fuerza asociativa para la administración IM en mayores de 18 años.

Aquellos que recibieron más puntos de tratamiento fueron los que venían derivados de su USM, pero también aquellos que previamente no habían recibido ningún tratamiento con 55 y 32% respectivamente, coincidiendo con una distribución bimodal.

El 40% de los pacientes atendidos se mantuvieron en observación y un porcentaje elevado, 70%, no requirió tratamiento farmacológico; en el 14% de los casos fue suficiente la administración de un único fármaco, siendo benzodiazepinas y olanzapina los principios activos más empleados.

Existe una relación significativa entre la necesidad de contención mecánica y aquellos pacientes consumidores de tóxicos principalmente THC o Cocaína ( $p < 0.03$ ).

#### Conclusiones:

El comportamiento bimodal de la muestra en cuanto al rango de edades, donde la media se distribuía al inicio del diagnóstico y durante la adolescencia, supone que en un tercio de estos pacientes el Servicio de Urgencias actúa como red en primeros episodios y como conten-

ción en periodos especialmente conflictivos del ciclo vital. Los ajustes de tratamiento al inicio del diagnóstico son mayores, motivo por el cual hemos encontrado una mayor demanda tanto en este grupo de pacientes como en aquellos polimedicados, y en los que no habían recibido tratamiento desde un inicio en sus unidades correspondientes. Los dispositivos a los que fueron remitidos posteriormente los pacientes marcaron la adherencia al tratamiento.

#### 76.- CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO FAMILIAR DEL PACIENTE INFANTO-JUVENIL ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS.

*García Chulbi, Sara. Residente psiquiatría. Hospital Provincial Castellón. / Ros Llorens, Rebeca. Residente psiquiatría. Hospital Provincial de Castellón. / Real López, Matías. Psiquiatra. Unidad hospitalización infanto-juvenil y PTMGI del Hospital Provincial Castellón / Traver Torras, Francisco. Jefe de servicio del área de salud mental del Hospital Provincial de Castellón / Medina Martínez, Antonio. Residente medicina familiar y comunitaria. Hospital General Castellón. / Ballester Pérez, Carmen. Psiquiatra infantil. Unida Salud Mental Infanto-juvenil. Castellón.*

#### Objetivos:

Describir variables relacionadas con el entorno familiar del paciente infanto-juvenil atendido en el servicio de urgencias psiquiátricas del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón donde se ubica la Unidad de hospitalización Infantil de referencia de toda la provincia, 604.344 habitantes (INE 2011).

#### Material y Métodos:

Revisamos historia de alta hospitalaria e historia clínica, tanto informatizada como en papel de Unidades de Salud Mental adscritas al servicio de urgencias. Confeccionamos una base de datos incluyendo a todos los pacientes menores de 18 años atendidos a lo largo del periodo de un año en el Servicio de Urgencias de psiquiatría. Obteniendo una  $N = 78$  (52% mujeres y 48% hombres) que realizan 140 visitas al servicio. Recogemos información sobre: antecedentes psiquiátricos en la familia (número de familiares enfermos y tipo de patología), separación



de padres, quién asume la crianza del niño-adolescente y si existe mediación de servicios sociales.

**Resultados:**

En un 12% de las ocasiones los padres estaban separados/divorciados. En el 8% de los informes de urgencias queda constancia que el cuidado del niño o adolescente no es asumido por los padres sino que es delegado a otras figuras familiares (especialmente abuelos y tíos). El 50% de los niños-adolescentes atendidos presentaba antecedentes psiquiátricos familiares (en el 7% de los casos, 3 o más familiares enfermos); entre los familiares, las patologías más frecuentes eran: Esquizofrenia (12%), Depresión (12%) y Tr. Bipolar (6%) En el 1% de los casos había constancia de muerte violenta por suicidio en el entorno familiar. Un 20% de los pacientes atendidos requirió en algún momento a lo largo de su evolución clínica (hasta 2012) mediación de servicios sociales.

**Conclusión:**

Lo habitual es que el paciente infanto-juvenil forme parte de una familia polisintomática. Dichas familias son típicas del contexto de intervención de servicios sociales. La labor en urgencias debe dirigirse al paciente identificado sin descartar intervenciones de carácter psicosocial desde dispositivos de referencia en función de evolución.

**77.- DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN.**

*García Chulbi, Sara. Residente psiquiatría. Hospital Provincial Castellón. / Ros Llorens, Rebeca. Residente psiquiatría. Hospital Provincial de Castellón. / Real López, Matías. Psiquiatra. Unidad hospitalización infanto-juvenil y PTMGI del Hospital Provincial Castellón / Traver Torras, Francisco. Jefe de servicio del área de salud mental del Hospital Provincial de Castellón / Medina Martínez, Antonio. Residente medicina familiar y comunitaria. Hospital General Castellón. / Agüero Ramon-Llin, Cristina. Psiquiatra infantil. Unida Salud Mental Infanto-juvenil. Castellón.*

**Objetivos:**

Describir las características de la población infanto-juvenil atendida en el servicio de urgencias psiquiátricas del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, donde se ubica la Unidad de hospitalización Infantil de referencia de toda la provincia, 604.344 habitantes (INE 2011).

**Material y Métodos:**

Revisamos historia de alta hospitalaria e historia clínica, tanto informatizada como en papel de Unidades de Salud Mental adscritas al servicio de urgencias. Confeccionamos una base de datos incluyendo a todos los pacientes atendidos a lo largo del periodo de un año. Obteniendo una N= 78 (52% mujeres y 48 % hombres) que realizan 140 visitas al servicio. Presentan edades comprendidas entre los 10 y los 18 años distribuidos del siguiente modo: Entre los 10 y los 12 años, 12%; entre los 13 y 15 años, 26.5%; entre los 16 y 18 años, 61.5%. Recogemos información sobre: Nacionalidad, proximidad al dispositivo, rendimiento académico, relaciones interpersonales y problemas judiciales del paciente. Realizamos un análisis estadístico.

**Resultados:**

El 12% de los pacientes atendidos eran inmigrantes, siendo la procedencia más frecuente Latinoamérica (50%). El 55% de los pacientes residían a menos de 1 km del SU. El 46% presentaban mal rendimiento académico. Un 50% tenían dificultades en las relaciones interpersonales con iguales. Un 17% de éstos (según información de acompañantes) podrían haber presentado bullying. Un 8.6% presentó en su evolución problemas relativos a la interacción con el sistema judicial (a fecha de 2012).

**Conclusión:**

Detectamos afectación en una o más áreas del funcionamiento en los niños y adolescentes atendidos en urgencias. Resulta importante que desde este dispositivo se oriente y derive a cada caso teniendo en cuenta este aspecto.

Por otra parte, pese a datos demográficos de la provincial de Castellón, la población rumana no representa en esta franja de edad el colectivo no nacional más atendido en urgencia.



### **78.- CALIDAD DEL AMBIENTE FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD MENTAL**

*Zandio Zorrilla, María. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario de Navarra / Ruiz Ruiz, Raquel. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario de Navarra / Martínez de Zabarte, Estibaliz. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **FUNDAMENTOS:**

En la etiopatogénesis de las enfermedades mentales se produce una interacción entre la herencia genética y el ambiente. Se cree determinante para el desarrollo característico, emocional y conductual del individuo las características del ambiente familiar donde se desarrolla. Se ha descrito que un ambiente familiar adverso es más prevalente en los trastornos conductuales de la infancia, con respecto a otros trastornos mentales de inicio en la infancia.

#### **MÉTODOS:**

En una muestra de 79 niños y adolescentes que han precisado ingreso en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil se procedió a medir la calidad del ambiente familiar mediante la Escala del Ambiente Familiar Global (EAFG). Esta escala mide la calidad global del ambiente familiar desde el nacimiento hasta los 12 años. Las puntuaciones se obtuvieron de la información aportada por diferentes fuentes y la valoración realizada a las familias durante el ingreso del menor.

#### **RESULTADOS**

La media de la puntuación de (EAFG) en toda la muestra fue de 70,85 con una desviación típica de 21,08. En los diferentes grupos diagnósticos que se establecieron con criterios DSM-IVTR las puntuaciones medias de la EAFG fueron: Trastorno de la Conducta Alimentaria (N=21)=83,19 (6,41); Trastornos Afectivos (N=20)=71,35 (19,10); Trastornos de Ansiedad (N=5): 74 (15,16); Psicosis (N=20)=67 (21,01); Tr. Conducta (N=5)=48 (29); otros (N=5)=59 (30).

### **CONCLUSIONES**

Los niños y adolescentes ingresados por enfermedad mental presentan en un elevado porcentaje un ambiente familiar desfavorable. Los resultados obtenidos indican una peor calidad del ambiente familiar en los Tr. De Conducta con respecto al resto de diagnósticos.

### **79.- PROCESO ASISTENCIAL E INDICADORES DE RESULTADOS EN HOSPITALIZACIÓN PARCIAL: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS**

*Torrallas Ortega, Jordi. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). / Puntí Vidal, Joaquim. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). / Arias Núñez, Eloisa. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). / Palomino Escrivá, Jezabel. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). / Ma. Carmen, Naranjo Díaz. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). / Pàmias Massana, Montserrat. Salut Mental ParcTaulí. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell).*

#### **FUNDAMENTOS/OBJETIVOS:**

En 1990, la National Association of Private Psychiatric Hospitals (NAPPH) y la American Association for Partial Hospitalization (AAPH) definieron la hospitalización parcial como un programa ambulatorio limitado temporalmente y diseñado específicamente para el diagnóstico o tratamiento intensivo y coordinado de un trastorno mental grave en un entorno terapéuticamente estable.

Los modelos de hospitalización parcial en salud mental para adolescentes en nuestro país son relativamente variados e incluyen un abanico que abarca desde los hospitales de día surgidos de un enfoque de recurso comunitario que suple la escolaridad, con estancias medias relativamente largas, a otros con un enfoque más clínico-asistencial, que reintroducen al adolescente en la comunidad en un tiempo relativamente breve. En todos los casos, existe un consenso general que la intervención con población adolescente precisa de un abordaje integral y multidisciplinar, dirigido a los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y sociales, comprometidos por la enfermedad mental.

Es el objetivo de este trabajo presentar un modelo de



hospitalización parcial clínico-asistencial que persigue la eficiencia sanitaria y la optimización de los recursos enfatizando la importancia del trabajo interdisciplinar, la aplicación de tratamientos eficaces, la continuidad asistencial, así como el trabajo coordinado y en red con los dispositivos educativos, sociales y comunitarios.

### MÉTODOS/PACIENTES:

Se presentan, por un lado, las características más relevantes del proceso asistencial seguido en el Hospital de Día de adolescentes (HDA) de Salud Mental Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), las áreas de intervención trabajadas y los programas de intervención aplicados en base a guías clínicas; y, por otro lado, los principales resultados conseguidos, tomando de referencia indicadores de calidad asistencial: número de ingresos y altas/año, número de sesiones de tratamiento realizadas/año, número de días de estancia media de los ingresos, número de ingresos/año, número de pacientes retornados a la comunidad (escuela/trabajo), número de pacientes ingresados en HDA atendidos en urgencias/año y número de pacientes que se mantienen correctamente vinculados a los 6 y 12 meses post-alta del HDA, entre otros.

### RESULTADOS/CONCLUSIONES:

Se presentan los indicadores de resultados obtenidos en un total de 393 pacientes atendidos desde 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2011.

Los resultados muestran que la hospitalización parcial desde un modelo clínico-asistencial es una opción terapéutica que permite optimizar intervenciones en un tiempo relativamente breve, consiguiendo una mejoría clínica y funcional del paciente, que le permite mantenerse en la comunidad y en un nivel de adaptación suficiente para enfrentarse a las exigencias básicas de la vida diaria en la adolescencia.

### 80.-ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

*Antúnez María, Begoña. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Divino Valles, Burgos / Ámez Cepeda, Verónica. Hospital Divino Valles, Burgos*

### FUNDAMENTOS:

La prevalencia de las Altas Capacidades intelectuales

es la misma que la del Retraso Mental, el 2,2% de la población general, al seguir la Capacidad Intelectual una distribución normal. La superdotación es una condición habitualmente infradiagnosticada, de hecho, se estima que en España existen aproximadamente 300.000 superdotados en edad infanto-juvenil, de los cuales tan sólo están diagnosticados unos 2.000. Asimismo, es muy probable que en nuestras consultas también esté infradiagnosticada esta condición, lo que se ve favorecido por la no existencia de una codificación diagnóstica.

### MÉTODO:

Se revisaron un total de 879 historias clínicas de pacientes de la consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil de la provincia de Burgos para determinar la prevalencia y características de las Altas Capacidades.

### RESULTADOS:

De un total de 879 pacientes, tan sólo 18 presentaban un CI objetivado mayor de 130, además uno estaba considerado como Talento académico, un paciente presentaba Precocidad Intelectual y cinco estaban en estudio por "muy probables altas capacidades". En total, el 2,27% de los pacientes revisados tenían confirmada la condición de "Altas Capacidades Intelectuales", alcanzando el 2,84% al incluir los pacientes actualmente en estudio. Sin embargo, los casos de Retraso Mental en la USMIJ alcanzaban el 7,73% del total de pacientes, habiendo sido excluidos aquellos con capacidad intelectual límite, los casos de TGD sin retraso mental y el Retraso Psicomotor n.e., con los que se duplicaría esta proporción.

De los 25 pacientes incluidos como "Altas Capacidades" confirmadas o muy probables, 20 eran varones, tan sólo el 56% del total fue diagnosticado durante la EPO y casi el 80% de ellos fueron diagnosticados por el Equipo de Orientación Educativa o a nivel privado.

### CONCLUSIONES:

Las Altas Capacidades Intelectuales son una condición infradiagnosticada a nivel poblacional aunque su prevalencia en la USMIJ es similar a la estimada en la población general. Este dato se ve superado hasta en 3 veces su valor por la proporción de pacientes con Retraso Mental que consultan en nuestra unidad por diversos motivos a pesar de que la prevalencia poblacional es similar a la de la superdotación.



## 81.- SUPERDOTACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA

*Antúnez María, Begoña. Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil, Hospital Divino Valles, Burgos / Ámez Cepeda, Verónica. Hospital Divino Valles, Burgos*

### Fundamentos:

Desde la antigüedad se ha relacionado la alta capacidad intelectual con la excentricidad y la locura, sin embargo son pocos los estudios al respecto. Es frecuente observar en estos pacientes grandes diferencias entre diversas áreas del desarrollo, predominando lo cognitivo frente a lo emocional, denominando a esto Disincronía Interna así como diferencias relevantes frente al entorno, siendo ésta la Disincronía Externa, lo que puede fomentar los problemas de adaptación. La superdotación intelectual, además, presenta varias características comunes con el TDAH, existiendo aún opiniones enfrentadas en torno al diagnóstico comórbido de TDAH en esta población. Asimismo se ha descrito la asociación con sintomatología ansioso-depresiva, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad y TOC.

### Métodos:

Se revisaron 879 pacientes de la USMIJ de Burgos de los cuales 25 presentaban la condición de "Altas Capacidades Intelectuales", analizando su diagnóstico, comorbilidad y tratamiento.

### Resultados:

12 de ellos fueron diagnosticados de TDAH confirmado o probable; 1 de Trastorno del comportamiento; 5 de Trastorno adaptativo; 2 de TOC y 3 niños presentaban rasgos compatibles con un Trastorno del Espectro Autista; 2 pacientes no presentaban patología psiquiátrica. De los 25 pacientes, 11 recibieron 2 ó más diagnósticos; 1 presentaba comorbilidad neurológica y otros 4 otra comorbilidad orgánica. 10 de ellos no recibieron tratamiento alguno a lo largo del seguimiento; 5 recibieron Metilfenidato y 6 Metilfenidato y Atomoxetina; 1 recibió un Antipsicótico Atípico asociado a ISRS y otros 3 pacientes recibieron otros fármacos. En total, 7 pacientes recibieron 2 ó más tratamientos a lo largo de la evolución.

### Conclusiones:

En la sociedad y también entre los clínicos siguen

existiendo prejuicios en torno a las altas capacidades intelectuales, lo que asociado a las dificultades diagnósticas, favorecen el infradiagnóstico tanto de la superdotación como de la psicopatología asociada. Las disincronías pueden explicar parte de las dificultades de estos pacientes y no debemos olvidar que el TDAH presenta sintomatología común con la superdotación, lo que dificulta más aún el diagnóstico de su comorbilidad. No obstante, la comorbilidad más encontrada tanto en los estudios revisados como en el presente análisis es el TDAH, seguido por la sintomatología ansioso-depresiva.

## 82.- ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MELATONINA

*Mora Claramunt, Ester. CSMIJ Lleida / Pera Guardiola, Vanessa. CSMIJ Lleida / Sisteré Manonelles, Miquel. CSMIJ Lleida / Gene Latorre, Esther. CSMIJ Lleida / Esquerda Aresté, Montserrat. CSMIJ Lleida / Mardones, Ana Maria Ramona, Tello Casany, Carme. CSMIJ Lleida*

### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:

La melatonina es una neurohormona que se está implicada en la regulación del ritmo sueño-vigilia. Existe un número creciente de estudios en la literatura que demuestra su eficacia a la hora de tratar alteraciones del sueño en trastornos del espectro autista, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en trastornos primarios del sueño y en otros trastornos neuropsiquiátricos de edades infantiles y juveniles. Creemos necesario estudiar el uso de dicho psicofármaco en nuestra población

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir el perfil de prescripción de melatonina en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de nuestra área.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Definir la dosis, la edad y el diagnóstico más frecuentes de la muestra. Evaluar la respuesta al tratamiento con melatonina. Investigar la aparición de efectos secundarios y/o motivos de suspensión del tratamiento.

### METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo. Se registran todos los pacientes a los que se les ha prescrito melatonina desde junio del 2011 hasta enero del 2012 (N: 15). Se recogen



una serie de variables demográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico y situación familiar) y clínicas (diagnóstico, duración del tratamiento, motivo de indicación, existencia de otros tratamientos psicofarmacológicos concomitantes, respuesta al tratamiento, efectos secundarios y motivo de retirada) que se han obtenido a través las entrevistas clínicas de seguimiento ambulatorio realizadas a los pacientes acompañados por sus padres o tutores.

### RESULTADOS:

Durante el periodo de ocho meses (junio 2011-enero 2012), se ha prescrito melatonina a 15 pacientes. La edad media ha sido de 13 años de edad. La dosis media ha sido 2 mg/noche. Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno de ansiedad por separación (33.3%), TDAH (20%) y Trastorno Generalizado de Desarrollo (20%). La mayoría de pacientes (80%) tuvieron buena respuesta al tratamiento. Al 60% (n=9) de la muestra también se le había prescrito otros psicofármacos (antipsicóticos, antidepresivos y psicoestimulantes). El resto de pacientes (n=6) no llevaban ningún otro tratamiento psicofarmacológico concomitante y de éstos sólo se retiró el tratamiento con melatonina a dos pacientes por poca respuesta. No se reportó ningún efecto secundario.

### CONCLUSIONES:

En nuestra zona el motivo de indicación de melatonina ha sido la alteración del sueño asociada a al diagnóstico de Trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV-TR: 309.21). El porcentaje de buena respuesta ha sido elevado (80%). Es recomendable el uso de melatonina en población pediátrica para evitar la polifarmacia y/o el inicio de otros psicofármacos (como por ejemplo benzodiazepinas y antidepresivos) que han demostrado más efectos secundarios en niños. Este trabajo se trata de un estudio preliminar en el cual queda pendiente aumentar la muestra para poder identificar los factores predictores de buena respuesta al tratamiento con melatonina.

### 83.- “SI NO LO RECOJO, MI MADRE SE PUEDE MORIR”. A PROPÓSITO DE UN CASO DE COMORBILIDAD

*Martín Jiménez, José María Martín Jiménez. SERVICIO CANARIO DE SALUD / IZQUIERDO HERNÁNDEZ,*

*MARTA. SERVICIO CANARIO DE SALUD / GARCÍA SÁNCHEZ, ANA MARÍA. SERVICIO CANARIO DE SALUD / GONZÁLEZ SANTANA, SABRINA. SERVICIO CANARIO DE SALUD / GARCÍA OLIVA, RUBÉN ANÍBAL. SERVICIO CANARIO DE SALUD / FERNÁNDEZ GÓMEZ, GEMA. SERVICIO CANARIO DE SALUD*

Las mitocondrias son organelas citoplasmáticas cuya función principal es la producción de energía a través de la fosforilación oxidativa, aunque también participan en la biosíntesis de otros componentes celulares (fosfolípidos, hemo, urea, pirimidinas, aminoácidos...).

Bajo la denominación de enfermedades mitocondriales (EM), se incluye un amplio abanico de alteraciones en el metabolismo oxidativo mitocondrial pudiéndose ver afectado cualquier órgano o sistema (especialmente aquellos con una mayor dependencia del metabolismo aeróbico), derivando en una amplia variedad de cuadros clínicos, incluyendo síntomas neuropsiquiátricos.

En la literatura científica, existe bibliografía en la que se relacionan procesos psicopatológicos con enfermedades mitocondriales, principalmente la demencia, psicosis y trastornos del estado del ánimo, aunque esta asociación con sintomatología psiquiátrica ha recibido escasa evaluación sistemática y en su mayor parte derivan de informes de casos con un pequeño número de sujetos.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, existe alguna mención de su comorbilidad con pacientes afectos de EM, existiendo tan sólo un artículo en el que se alude esta asociación con el trastorno obsesivo-compulsivo, siempre en población adulta. Es notoria, por tanto, la ausencia de referencias en la literatura de esta última comorbilidad en población infanto-juvenil.

Los sujetos con EM y trastorno psiquiátrico suelen ser típicamente pacientes resistentes al tratamiento, es más, incluso pueden deteriorarse cuando son tratados con psicofármacos, lo cual puede estar en relación con el hecho de que múltiples psicofármacos interfieren con la función mitocondrial.

En el presente trabajo se expone el caso de un varón, de 10 años de edad, con diagnóstico de EM por afectación en la cadena IV, comórbido con un TOC de evolución tórpida.



#### 84.- DIFERENCIAS TEMPERAMENTALES EN GEMELOS DISCORDANTES RESULTADOS PRELIMINARES

*Sanfeliu Salva, Berta. U Paidopsiquiatria. S Psiquiatria. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona / Perapoch López, Josep. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona / Herreros Rodríguez, Oscar. Hospital San Agustín. Unidad de Gestión Clínica de Linares. Jaén / Vacas Moreira, Roser. Novomedigrup. Barcelona / Gastaminza Pérez, Xavier. U Paidopsiquiatria. S Psiquiatria. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona*

##### Fundamentos:

El temperamento es el patrón de conducta repetido de un niño ante los estímulos del ambiente. Actualmente se considera que el temperamento viene determinado por la genética y el ambiente y así sujeto a modificaciones durante el proceso de maduración individual. El temperamento infantil ha sido poco estudiado en nuestro país.

Los gemelos discordantes son aquellos que presentan una diferencia de peso al nacer igual o superior al 15%.

Se pretende una aproximación a las diferencias temperamentales de tipo madurativo con el estudio del temperamento en gemelos discordantes.

##### Población y Método:

De todos los nacimientos en el año 2009 de nuestro Hospital (n=1062) se recogen los casos de gemelos vivos con discordancia en el peso al nacer (n =28 pares de gemelos).

Contactando con los padres de estos casos para solicitar su participación en el estudio, inicialmente por correo y después telefónicamente.

En el caso de aceptar, con hoja informativa previa, y consentimiento informado, se procede a la aplicación del Cuestionario ECBQ (Early Childhood Behavior Questionnaire).

El ECBQ, de Mary Rothbart (2005) para niños de 18 a 36 meses, utilizado es la adaptación al español de González, Hidalgo y Carranza (2000). Calculándose el promedio de cada dimensión temperamental, por los grupos de gemelos de menor y de mayor peso.

Se presentan los resultados iniciales sobre los primeros 14 pares reclutados.

El análisis de datos se realiza utilizando el programa estadístico SPSS 15.0 para un análisis descriptivo y una regresión lineal.

##### Resultados:

Basándonos en la medida promedio de los sujetos de la muestra, el grupo de los gemelos de mayor peso parecen mostrarse menos activos, menos inquietos y más sociables que sus parejas gemelas de menor peso. También muestran una mayor capacidad atencional, mayor control conductual ante una instrucción y capacidad de percepción de estímulos de baja intensidad.

Por el contrario los gemelos de menor peso se muestran más impulsivos y activos y con menor capacidad atencional. Tienden a mostrar de forma más frecuente tanto sus sensaciones positivas (de placer) como negativas (de malestar, miedo, frustración o tristeza) ante estímulos de mayor intensidad.

#### 85.- “RELACIONES DE APEGO TRANSGENERACIONALES: ABUELOS-NIETOS”

*Ortega García, María Dolores. Hospital General La Mancha Centro / Hidalgo Carbajo, Miriam. Hospital General La Mancha Centro / Cabezas Mateo, M<sup>a</sup> Belén. Hospital General La Mancha Centro / Ruiz Aranda, Jesús. Hospital General La Mancha Centro / Parra Martín, M<sup>a</sup>Cruz. Hospital General La Mancha Centro / Rodríguez Pereira, Carlamarina. Hospital General de Ciudad Real-USM Puertollano*

##### Fundamentos u objetivos

Los abuelos desempeñan en la sociedad actual una pieza de cohesión en la familia y son transmisores de los valores de ésta. Y estos roles, con ser lo que tradicionalmente han desempeñado los abuelos, en el momento presente han cobrado una especial importancia, si tenemos en cuenta la inestabilidad y fragilidad de la familia de nuestros días, ya sea de carácter matrimonial o de otra índole. Frente a la ruptura familiar o de pareja (que afecta al 52% de las uniones en España), la labor de los abuelos, como elementos de cohesión en la familia desestructurada, puede ser, y de hecho es en muchos casos, fundamental e insustituible ante una situación de disfunción familiar.



### Métodos y/o pacientes

En la investigación de las relaciones afectivas hay un escaso repertorio de instrumentos de medición para evaluar el apego con estas “nuevas” figuras de referencia. Nuestra investigación está fundamentada en la teoría del apego así como la construcción/adaptación de instrumentos de medición psicométricos.

El propósito principal de este estudio fue establecer el tipo de apego establecido en la relación abuelo-nieto, así como su posible relación en función de la vivencia de abuelidad.

Para ello ha sido necesario adaptar las propiedades psicométricas del Inventario de Apego de Armsden y Greenberg (1987) con abuelos, traducido al español, en una muestra de 30 pacientes con edades entre los 7 y 17 años.

Junto con el Inventario del Apego adaptado a la relación con los abuelos, también se ha usado el Modelo de Wood y Robertson (1976), que permite objetivar cuatro estilos de abuelidad al cruzar la dimensión social y personal de la misma.

De esta manera se puede valorar de forma objetiva el tipo de vinculación establecida ente abuelos/as –nietos en función del tipo de abuelidad establecida.

### Resultados y conclusiones

Atendiendo a las variables de Wood y Robertson (1976, cit. en Roberto y Stroes, 1992), clasificamos nuestra muestra de abuelos en los cuatro estilos posibles según refieren dichos autores: permisivo (se preocupan de hacer lo moralmente correcto con sus nietos, los miman y son indulgentes); simbólico (sólo se preocupan de hacer lo moralmente correcto); individualista (ven a los nietos como un camino para mantenerse al convertirse en viejos y solitarios) y lejano (ponen un pequeño énfasis en un aspecto de la relación o en el ser abuelo en general).

Se realiza el cuestionario adaptado APPI para los abuelos en nuestra muestra de pacientes.

Se trata de relacionar las variables de los diferentes tipos de abuelidad con diferentes de apego (seguro, evitativo y ambivalente (Ainsworth; Bowlby, 1982).

Se tienen en cuenta otros factores como la edad de los abuelos, la proximidad geográfica, el linaje (paterno o materno), así como la edad de los pacientes.

Se llegado a la conclusión de que existen diferencias entre los cuatro grupos de abuelos atendiendo al linaje, así como a la edad: los abuelos maternos tienen un rol más significativo que paternos debido a los patrones de

interacción; la abuela materna está más comprometida e implicada en la crianza y tiene un contacto más frecuente con los nietos.

En definitiva, los resultados sugieren que la intimidad percibida y el alcance de la influencia (estilo permisivo) permite el establecimiento de una relación de apego abuelos-nieto de tipo seguro.

Una de las causas de la satisfacción puede ser debida a que la estructura familiar no exige a los abuelos ejercer la autoridad familiar que antes tenían, por lo que pueden tener contactos de mayor satisfacción con sus nietos en una relación con menos obligaciones y responsabilidad que las que habría en una relación de padres e hijos.

### 86.- ASERTIVIDAD Y SALUD EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES

*Magaz Lago, Ángela. Grupo ALBOR-COHS Bilbao / García Pérez, E. Manuel. Grupo ALBOR-COHS Madrid / López Martínez, María Luisa. Grupo ALBOR-COHS, Santander / Collantes Mora, Ana. Grupo ALBOR-COHS Bilbao*

#### Fundamentos u objetivos:

“Asertivo” esa cualidad de la conducta humana que no es innata, pero que la mayoría de las personas aspiran a alcanzar: aprender a respetarse a uno mismo y al mismo tiempo a los demás, considerando las peculiaridades propias y ajenas como diferencias que no afectan a la valía de las personas.

Cada individuo nace con un temperamento que le predispone a actuar en las diferentes situaciones sociales trayéndose o agrediendo. Por otro lado, los niños y niñas de nuestro entorno se desarrollan y aprenden en un medio sociocultural en el que predominan las actitudes y hábitos pasivos (falta de respeto a peculiaridades propias), agresivos (falta de respeto a peculiaridades de los otros) o una combinación de ambos. Los modelos adultos de respeto a peculiaridades propias y ajenas son poco habituales, lo cual favorece aprendizajes y reproducción de modelos agresivos o pasivos en los adolescentes.

El objetivo de esta comunicación será exponer cómo el déficit de asertividad en adolescentes de 11 a 13 años predisponen para la inadaptación personal y social, y precipitan estados emocionales de ansiedad y estrés excesivos.

#### Métodos y/o pacientes:



Se ha realizado una evaluación a un grupo de 150 escolares de población general, de 6º de Educación Primaria y 1º de ESO, en una sesión de dos horas con un descanso entre ambas, en grupos de 25, en un aula amplia que evitaba la copia.

Los instrumentos de evaluación empleados fueron:

ADCA-1: Autoinforme de Conducta Asertiva, con dos dimensiones, autoasertividad y heteroasertividad.

EMA: Escala Magallanes de Adaptación, con tres factores, a los compañeros, personal y al centro escolar en general

EMANS: Escala Magallanes de Ansiedad

EMEST: Escala Magallanes de Estrés

### Resultados y/o conclusiones

Los escolares con niveles más bajos de asertividad, tanto “auto” como “hetero” presentaban más indicadores de ansiedad y estrés. La autoasertividad está asociada a buena adaptación personal y la heteroasertividad a buena adaptación personal y social con los compañeros.

## 87.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES

*Isabel, Miernau. Clínica Doctor Quintero / Natalia, García Campos. Clínica Doctor Quintero / Liliana, Amador. Clínica Doctor Quintero / Alicia, Moron. Clínica Doctor Quintero / Mercedes, Loro. Hospital General de Guadalupe / Javier, Quintero. Hospital Universitario Infanta Leonor*

Según el Ministerio de Educación y Ciencia (2000), en el libro informe “Alumnos precoces, superdotados y de Altas Capacidades” en España existen unos 300.000 niños con altas capacidades pero tan sólo 2000 están diagnosticados (0,6%) y advierte que el 70% tienen bajo rendimiento escolar y entre el 35 y 50% fracaso escolar. Es por ello que es de suma importancia insistir en su detección que consiste no solo en una valoración cuantitativa, mediante pruebas psicométricas, sino que además precisa de un conjunto de pruebas que tengan en cuenta factores cualitativos, emocionales, creativos...

### OBJETIVO

En la presente investigación nos centraremos exclusivamente en la parte psicométrica del diagnóstico de la AC, tomando como objeto de estudio la escala de Weshler

(WISC-IV). Pretendemos analizar los diferentes factores de dicho test y determinar si existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en Comprensión Verbal (CV), Razonamiento Perceptivo (RP), Memoria de Trabajo (MT) y Velocidad de Procesamiento (VP).

### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron las historias de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, de la Clínica Doctor Quintero de Madrid desde el año 2006 hasta el 2012 ambos incluidos, mediante un archivo informatizado.

En primer lugar del total de los pacientes se analizaron aquellos que obtuvieron un Cociente Intelectual superior o igual a 130 a través de la Escala de Inteligencia de Weshler (WISC-IV). En segundo lugar se estudió la diferencia entre los factores de inteligencia: CV, RP, MT, VP.

Y por último valoramos las diferencias por edad y por sexo.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Durante los años 2006-2012 obtuvimos una muestra de 850 pacientes de entre 6 y 16 años a los cuales se les había aplicada la escala de Weshler (WISC-IV) De todos ellos 38 pacientes obtuvieron un Cociente Intelectual superior o igual a 130, (2,23%). Encontramos 28 varones (73,68%) frente a 10 mujeres (26,31%).

De todas las puntuaciones halladas se calcularon las medias (CV= 133,27; RP=129,18, MT=123,24, VP=116,32). Por lo tanto encontramos mejores resultados en Comprensión Verbal y peores en Velocidad de Procesamiento.

El resto de los datos hallados se expondrán durante el congreso examinando si existen diferencias significativas entre dichos factores, el sexo y la edad.

## 88.- ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA RESISTENTE A DESMOPRESINA

*Núñez Turrientes, Lourdes. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Divino Valles, Burgos / Antúnez María, Begoña. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Divino Valles, Burgos*

### Fundamentos:

La Enuresis Nocturna Primaria es un trastorno de la



eliminación consistente en la emisión repetida de orina durante el sueño. El tratamiento incluye: primero la psicoeducación, después el tratamiento conductual y finalmente el farmacológico. Sin embargo, en la práctica clínica encontramos que se opta por el tratamiento farmacológico en primer lugar. El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de la psicoeducación y del tratamiento conductual en niños que no han mejorado con tratamiento farmacológico previamente.

#### Métodos:

Estudio descriptivo longitudinal que incluye a 46 pacientes de 6 a 17 años que presentan enuresis nocturna primaria según criterios DSM-IV-TR y que previamente han llevado tratamiento con Desmopresina sin mejoría. Se inició un programa psicoeducativo y conductual, suspendiendo previamente el tratamiento farmacológico. Se valoró la evolución a los 6 y a los 12 meses en función del número de emisiones nocturnas por semana y el total de emisiones mensuales.

#### Resultados:

Durante el primer año de tratamiento se produjeron 10 abandonos del seguimiento de los cuales 8 se produjeron en los primeros 6 meses. Se dieron 14 altas por remisión total en los primeros 6 meses y 9 altas más en los 6 meses siguientes con el programa de psicoeducación y tratamiento conductual.

#### Conclusiones:

La psicoeducación y el tratamiento conductual mejoraron francamente la enuresis nocturna resistente a desmopresina, llegando a la remisión total en el 50% de los pacientes que acudieron por este motivo y hasta en el 63,8% de los que mantuvieron el tratamiento propuesto.

### 89.- TRASTORNO DEL APRENDIZAJE NO VERBAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

*Infante Sánchez de Lugarnuevo, María. Centro de Salud Mental de Yecla (Murcia) / López Sánchez, Dulce Nombre de María. Centro de Salud Mental de Jumilla (Murcia) / García Herrero, Ana María. Centro de Salud Mental de Jumilla (Murcia) / Serrano Jurado, Victor Manuel. Centro de Salud Mental de Jumilla (Murcia) / Asensio*

*Pascual, Pedro Enrique. Centro de Salud Mental de Yecla (Murcia) / Álvarez Muñoz, Francisco Javier. Centro de Salud Mental de Jumilla (Murcia)*

#### FUNDAMENTOS U OBJETIVOS

El Trastorno de Aprendizaje No Verbal (TANV) es el menos conocido de los Trastornos del Aprendizaje (TA), tiene una prevalencia desconocida, no existe definición consensuada y no se reconoce como entidad clínica propia desde algunos ámbitos (no recogido en DSM IV). Se solapa con el Trastorno del aprendizaje socio-emocional, Síndrome del hemisferio derecho, Síndrome de Gerstman del desarrollo, DAMP (del inglés, *déficits in attention, motor control and perception*) o Trastorno del aprendizaje procedimental, generando mayor confusión.

El niño con TANV presenta alteración en percepción y atención táctil-visual, y en psicomotricidad (torpeza motora, mala coordinación), dificultades para la adaptación al material o a tareas novedosas y conductas exploratorias. Además existe afectación de memoria visuoconstructiva, problemas en formación de conceptos y en capacidad de resolución de problemas. Pueden presentar déficits en algunas dimensiones del lenguaje como praxias orales, prosodia, contenidos o pragmática. En el ámbito social, las dificultades se aprecian en la adaptación a situaciones novedosas, competencia social, inestabilidad emocional y nivel de actividad.

#### PACIENTE

Paciente varón de 8 años atendido en Centro de Salud Mental y valorado por Equipo de Orientación Psicopedagógica cuyo perfil neuropsicológico se caracteriza por presentar ligeras dificultades en el cálculo, en funciones visuconstructivas y en funciones premotoras, estas dos últimas justificarían el trazo poco uniforme en la grafía.

La lectura, escritura, velocidad de lectoescritura y comprensión lectora son normales, presentando dificultades en el cálculo escrito y en concreto en la interpretación de los signos que distinguen unas operaciones de otras.

En la exploración psicométrica se obtienen los siguientes resultados:

- STAIC: ansiedad estado centil 75 y rasgo centil 80.
- CDI: sin sintomatología depresiva.
- D2: en la atención selectiva y sostenida, la velocidad de procesamiento, la cantidad de trabajo realizado y la motivación obtiene un percentil de



15, al igual que en la subescala que mide control atencional e inhibitorio. Asimismo, obtiene un percentil de 20 en concentración, índice del equilibrio entre velocidad y precisión en la actuación.

En los dibujos y escritura se aprecian dificultades grafomotoras.

La sintomatología descrita anteriormente, junto con los informes aportados, nos permite establecer el diagnóstico de TANV. Dado que dicho trastorno no se encuentra en las clasificaciones DSM-IV y CIE-10, podemos clasificarlo en:

- Trastorno por Déficit de Atención (F90.0, CIE-10).
- Trastorno Específico del Desarrollo Psicomotor (F82, CIE-10).
- Rasgos Síndrome de Asperger.

### CONCLUSIONES

El TANV afecta fundamentalmente a las funciones dependientes del hemisferio derecho, se caracteriza por torpeza motora, pobre organización visoespacial y escasas competencias sociales, dificultades en matemáticas, habilidades visoespaciales, grafismo, razonamiento no verbal, prosodia, percepción social y funcionamiento emocional.

Las alteraciones en habilidades motoras finas y en velocidad motora también se han observado en niños con TDAH, aunque la afectación es mayor en TANV.

En el grupo de los TANV encontramos el DAMP cuyos criterios para el diagnóstico son los del DSM IV para el TDAH (subtipo inatento) y los del Trastorno del Desarrollo de la Coordinación. Estos niños presentan déficit atencional, tendencia a la hiperfocalización, lentitud en la ejecución de tareas y significativa torpeza motora, siendo sus habilidades lingüísticas automáticas normales.

Muchas de las características clínicas del TANV se superponen con las del Síndrome de Asperger (SA) pudiendo representar varios grados de gravedad según algunos autores. Otros piensan que el TANV es el perfil neuropsicológico de SA, pero en este último además están afectados otros aspectos como la sociabilidad e intereses restringidos. Por tanto, no todos los TANV padecerían SA, ya que no todos los niños presentan un déficit social tan grave ni rutinas o rituales comportamentales o patrones inusuales del lenguaje.

### 90.- SÍNDROME DE RECHAZO GENERALIZADO (PERVASIVE REFUSAL SYNDROME). A PROPÓSITO DE UN CASO.

*Mayordomo Aranda, Angels. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Domínguez Barrera, María de Gracia. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Forti Buratti, Azul. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / García Bouza, Raquel. Collingham Child and Family Centre, Central and North West London NHS Foundation / Rose, Gillian. Collingham Child and Family Centre, Central and North West London NHS Foundation*

#### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de rechazo generalizado (SRG) es un trastorno psiquiátrico infantil poco común pero grave. Descrito por primera vez por Bryan Lask et al en 1991. No está incluido en las clasificaciones psiquiátricas actuales (DSM-IV\_TR y CIE-10).

Se caracteriza por una pérdida de voluntad generalizada, con negativa a: comer, beber, caminar, hablar y al auto-cuidado. Existe una resistencia activa contra los intentos externos de proporcionar cuidado. Frecuente en niñas de 8 a 15 años, con una edad media de 10,5. De inicio agudo, suele existir una infección viral u otra dolencia menor como precipitante del cuadro. Para el diagnóstico se debe excluir etiología orgánica.

#### PACIENTE:

Niña de 10 años ingresada en una unidad de hospitalización psiquiátrica infantil. La paciente sufrió un cuadro viral hace dos meses. De forma aguda dejó de hablar con sus compañeros, maestros y padres, manifestando esta negativa cubriendo su boca y cara con la mano. Refería elevado cansancio con hipersomnolencia diurna. Paulatinamente dejó de comer, beber y comenzó a arrastrar el pie derecho, hasta negarse a caminar sin ayuda de muletas o silla de ruedas. Se descartó causa orgánica. Su estado deterioró hasta el punto de necesitar supervisión constante.

En la historia clínica se identificaron diversos factores estresantes. Aparte de la enfermedad viral, la familia se había mudado recientemente a un nuevo domicilio,



debido al empeoramiento de su asma y alergias en su alojamiento anterior. También se identificaron algunas dificultades financieras. Los padres habían expresado el deseo de tener otro hijo, pero recientemente habían sido informados de que esto no era posible. Ella había perdido recientemente el contacto con su mejor amiga después de una disputa entre sus madres. También manifestó su frustración por no poder ir de vacaciones familiares al extranjero, debido a los problemas económicos familiares.

La paciente no tenía antecedentes psiquiátricos. Su madre tiene un diagnóstico de anorexia nerviosa (AN), actualmente asintomática, pero en tratamiento con ISRS debido al bajo estado de ánimo. Su padre también precisó terapia de apoyo a raíz de unas dificultades laborales.

#### RESULTADOS:

La hospitalización fue necesaria para un abordaje multidisciplinario. Sus síntomas mejoraron. Actualmente come y bebe normalmente, camina sin ayuda y habla, a pesar de que lo hace con afonía (sin causa orgánica).

El tratamiento ofrecido ha sido completo, con sesiones individuales, terapia familiar, terapia ocupacional, fisioterapia, sesiones de grupo y escolares, junto con numerosas actividades lúdicas.

#### DISCUSIÓN:

El diagnóstico diferencial debe incluir la anorexia nerviosa, los trastornos somatomorfos, el mutismo selectivo, la depresión y las causas orgánicas.

El tratamiento requiere un trabajo multidisciplinario, evitando la confrontación directa y agresiva. La prioridad es asegurar la salud física del paciente, reduciendo el riesgo vital, para posteriormente realizar un abordaje sistémico y sistemático, integrando factores físicos, sociales y psicológicos. Es importante seguir un ritmo de recuperación (forzar la recuperación puede generar empeoramiento sintomático) que el paciente pueda tolerar. El pronóstico suele ser bueno (con un 65% de recuperación completa), aunque precisan un tratamiento prolongado, una media de 13 meses. Los síntomas suelen desaparecer en orden inverso al que aparecieron.

\*Autoras 1, 2 y 3 becadas por la Fundación Alicia Koplowitz

#### 91.- ENCEFALITIS ANTI-NMDA EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Mayordomo Aranda, Angels. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Forti Buratti, Azul. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Domínguez Barrera, Maria de Gracia. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK / Taylor, Sharon. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, London, UK*

#### OBJETIVO:

La encefalitis anti-NMDA (ácido N-metil aspartato) se trata de una encefalitis límbica autoinmune con anticuerpos frente a antígenos de membrana celular. Se manifiesta como un síndrome neuropsiquiátrico descrito por primera vez en el 2008 en mujeres adultas con tumores ováricos. Aunque posteriormente se ha descrito también a varones, niños y en ausencia de masa tumoral.

Se caracteriza por tres estadios: fase prodrómica con síndrome pseudogripal, una segunda fase con predominio de síntomas psiquiátricos y una fase final de pérdida de conciencia y desconexión con el medio, que puede llevar a la muerte.

#### MÉTODOS:

Niña de 13 años ingresada en la unidad de Pediatría por episodio de pérdida de conciencia y movimientos tónico-clónicos. La semana previa al ingreso, presentó comportamiento inusual, con inestabilidad emocional, elevada irritabilidad y frecuentes rabiets; precedido por infección del tracto respiratorio superior (ITRS).

Durante el ingreso la paciente sufrió 5 episodios tónico-clónicos con otros síntomas neurológicos: debilidad del hemicuerpo izquierdo, fasciculaciones en zona abdominal y pectoral, disartria, disfasia motora y dispraxia, a la vez que un cuadro confusional, con agitación y movimientos repetitivos (se frota constantemente las manos), sintomatología obsesivo-compulsiva (lavado de manos de forma repetida, encender y apagar la luz constantemente) e insomnio de 2 días de evolución. No se evidenció sintomatología delirante, ni alucinaciones.



### RESULTADOS:

El TAC y la RM cerebral fueron normales. El EEG mostró ondas lentas compatibles con encefalopatía. Se evidenciaron anticuerpos anti-NMDA en sangre periférica. No se encontró tumor subyacente. El tratamiento con corticoesteroides orales e inmunoglobulinas intravenosas facilitó una lenta pero continua mejoría.

La paciente estuvo en remisión durante 8 meses. Ocho semanas tras la retirada de corticoides orales, presenta una recidiva, con disartria y disfasia nominal. Se reinició inmunosupresión con buena respuesta. Se está considerando tratamiento con azatriopina para evitar recaídas.

### CONCLUSIONES

La encefalitis anti-NMDA se manifiesta generalmente con síntomas psiquiátricos, por lo que estos pacientes serán valorados inevitablemente por un psiquiatra. Existe buena respuesta a inmunoterapia. Es imprescindible un diagnóstico y tratamiento precoces.

Un amplio diagnóstico diferencial debe excluir causas virales y otras causas autoinmunes. Por lo general, la sintomatología psiquiátrica mejora con la inmunoterapia y no requiere un tratamiento específico. En ocasiones los neurolépticos y ansiolíticos podrían empeorar el cuadro.

\*Autoras 1, 2 y 3 becadas por la Fundación Alicia Koplowitz

### 92.- ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL SÍNDROME TOURETTE EN UNA USMIA

*Montoliu Tamarit, Leonor. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia / Quilis Olivares, Joana. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia / Ferrer Ferrer, Lucía. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia / Beltrán Beltrán, M. Asunción. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia / Simó Guerrero, Marta. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia / Blasco Claros, Lorena. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil de Sueca - Valencia*

#### Objetivos

Desde nuestra Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA) y siguiendo las recomendaciones de las guías internacionales, consideramos necesario realizar un abordaje integral del Síndrome de Tourette

donde es fundamental la implicación y la coordinación entre los diferentes profesionales.

Presentamos la evolución de 16 casos donde planteamos el protocolo de intervención multidisciplinar que seguimos desde nuestra Unidad.

#### Métodos

Se realiza una revisión sistemática de los últimos artículos publicados sobre el tratamiento y la comorbilidad del Síndrome de Tourette durante los últimos 10 años.

Análisis descriptivo de los casos clínicos: datos demográficos, síntomas y tiempo de evolución, comorbilidades, profesionales intervinientes y tratamientos aplicados.

#### Resultados y conclusiones

Como evidencian los últimos trabajos publicados y nuestra propia experiencia profesional, el trabajo en red permite un mejor abordaje de la sintomatología de estos pacientes, lo que repercute en una mayor calidad de vida y satisfacción del paciente, su familia y los profesionales implicados.

### 93.- FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES ANTE LOS SÍNTOMAS INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES: DIFERENCIAS DE GÉNERO

*Soler Corbella, Laia. Universitat de Barcelona / Segura Montagut, Anna. Universitat de Barcelona / Fornis Santacana, Maria. Universitat de Barcelona / Kirchner Nebot, Teresa. Universitat de Barcelona*

Estudios recientes (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007), ponen de manifiesto que a lo largo de un año los jóvenes sufren una media de 3 tipos diferentes de victimización, subrayando la necesidad de considerar el amplio abanico de victimizaciones a los que éstos se ven expuestos. En este contexto, el presente trabajo pretende estudiar el peso que tienen 3 tipos de victimización (maltrato infantil, victimización por parte de iguales y victimización sexual) en la explicación de síntomas de tipo internalizante y externalizante. También pretende estudiar el efecto protector de la autoestima, el apoyo social, el grado de satisfacción en las relaciones interpersonales y el estatus



socioeconómico, que podrían amortiguar el impacto de dichas victimizaciones.

La muestra está compuesta por 877 adolescentes de 14 a 18 años procedentes de diferentes escuelas de Cataluña. El Youth Self Report, el Rosenberg Self-Esteem Scale, el Juvenile Victimization Questionnaire y una hoja con datos sociodemográficos fueron utilizados para evaluar el malestar psicológico, la autoestima, la victimización, el soporte social, la satisfacción en las relaciones personales el estatus socioeconómico.

Los resultados mostraron que en chicas los factores de riesgo más explicativos de los síntomas internalizantes son la victimización por parte de iguales y el maltrato infantil, mientras que para los síntomas externalizantes lo son ésta última y la victimización sexual. En cambio, una buena valoración social de una misma (self-liking), un amplio apoyo social y un nivel socioeconómico alto actúan como factores protectores frente a síntomas internalizantes; la satisfacción en las relaciones interpersonales y un buen estatus socioeconómico lo son frente a síntomas externalizantes.

En chicos, la victimización por parte de iguales es el único factor de riesgo significativo tanto para la explicación de síntomas internalizantes como externalizantes. Una buena valoración social de uno mismo (self-liking), la satisfacción en las relaciones interpersonales y un amplio soporte social actúan como protectores frente a síntomas internalizantes; mientras que las dos últimas y una buena valoración de la autoeficacia (self-competence) actúan como protectores frente a síntomas externalizantes.

En conclusión, se detectan diferencias de género de gran utilidad como guía para políticas de prevención e intervención de profesionales de la salud.

#### **94.- TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA: UN DIAGNÓSTICO CONTROVERTIDO.**

Rodríguez Pascual, Marta. Hospital de Dia de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu / López Patón, Nuria. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu / Pulido Andrés, Carmen. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu / Gómez Menué, Cristina. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de Granollers, Hospital Sant Joan de Déu / Cruz Martínez, Daniel. Coordinador CSMIJ i Hospital de Dia de Granollers, Hos-

pital Sant Joan de Déu / San Molina, Luís. Cap de Servei de Psiquiatria i Psicologia de l'Hospital de Sant Joan de Déu

#### **Objetivos**

El trastorno límite de personalidad (TLP) está considerado un trastorno mental grave que repercute de forma significativa en el funcionamiento psicosocial, se asocia a un uso desproporcionado de servicios sanitarios y a una elevada tasa de suicidio.

Se revisa la etiopatogenia del TLP que se fundamenta en el modelo diátesis genes-ambiente que apunta la existencia de dicho trastorno en la adolescencia. En este sentido se pretende mostrar que existe evidencia científica de que el diagnóstico en este grupo de edad cuenta con la misma fiabilidad, validez y prevalencia que en adultos.

#### **Métodos**

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Medline utilizando las siguientes palabras clave: Personality disorder, Borderline Personality Disorder, Adolescence, Diagnosis, Attachment, Early intervention. Se limita la búsqueda a las publicaciones de los últimos 5 años en inglés y español y centradas en menores de 18 años, quedando finalmente 10 artículos.

Se analiza muestra de pacientes visitados en 2011 en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Granollers (Hospital Sant Joan de Déu) que atiende a una población de 60000 menores de 18 años. De los 1441 pacientes visitados durante este período se recogen los diagnósticos de trastorno de personalidad cluster B (TP cluster B) y el trastorno de personalidad no especificado (TP NOS).

#### **Resultados**

De la revisión bibliográfica realizada se apoya la existencia de una vulnerabilidad genética que junto a la alteración del vínculo (ansioso-ambivalente y desorganizado) y la presencia de estresores externos favorece el desarrollo de dicho trastorno.

Se analiza la prevalencia de TP cluster B y cada uno de los subgrupos, así como la prevalencia de TP NOS.

Resultados: TP cluster B+ TP NOS= 2.3%, TP cluster B= 1.2%, TP NOS= 1.2%, TLP= 0.8%, TP histriónico= 0.3% y TP antisocial= 0.07%.

#### **Conclusiones**

La prevalencia de TLP observada en nuestra muestra



es menor a la descrita en la bibliografía (0.9-3%). Sería conveniente sensibilizar y formar a los profesionales en la detección y tratamiento de dichos trastornos.

Sería aconsejable el desarrollo de modelos específicos de intervención temprana y de prevención para estudiar el efecto a nivel prospectivo, teniendo también en cuenta los posibles efectos negativos (estigmatización, falsos positivos).

### 95.- SÍNDROME DE DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE NO VERBAL

*Cambrón Gómez, Irene. Hospital Universitario La Paz / Ortiz Villalobos, Aránzazu. Hospital Universitario La Paz / Izquierdo Pérez, Sara. Hospital Universitario La Paz*

#### Fundamentos

El Síndrome de Dificultades del Aprendizaje No Verbal (SDANV) es un Trastorno del Aprendizaje poco conocido, cursa con alteración de: percepción táctil y visual, habilidades de la coordinación visomotora y destreza con material o circunstancias nuevas. Estas alteraciones se traducen en problemas en el aprendizaje y en el funcionamiento ejecutivo lo que frecuentemente desencadena dificultades académicas y socioemocionales.

Se piensa que el SDANV es el resultado de un daño o déficit funcional en las conexiones de la sustancia blanca del hemisferio derecho, importantes para la integración intermodal. Los pacientes con hidrocefalia se encuentran entre las poblaciones más susceptibles de padecerlo, debido al daño temprano sufrido en sustancia blanca.

#### Paciente

Presentación de un caso clínico de un paciente varón de 15 años diagnosticado de hidrocefalia, hemorragia intraventricular y posible lesión a nivel de tálamo izquierdo que es derivado a la consulta de neuropsicología. Al paciente se le aplica una batería completa de test neuropsicológicos y los padres, el tutor y el propio paciente completan unos cuestionarios de comportamiento socioemocional.

#### Resultados

Se detecta un importante enlentecimiento (psicomotor y del procesamiento de la información), dificultades mnésicas generalizadas, así como, afectación ejecutiva. Tanto padres como profesores informan de dificultades

en la interacción social.

En la devolución se confirman las dificultades de atención y memorización previamente referidas por el paciente, se recomienda la consulta a Salud Mental tanto por elaborar la experiencia de dificultades académicas y de socialización, así como por la posibilidad de realizar entrenamiento en habilidades sociales. Se recomienda al Instituto que, en la medida de lo posible, apliquen exámenes tipo test, a primera hora de la mañana y sin presión temporal.

#### Conclusiones

Es importante que tanto profesionales sanitarios como profesores tengan presente el SDANV ya que, en gran parte de los casos, pasa inadvertido y frecuentemente confundido con dificultades en la socialización y/o TDAH. La correcta detección y explicación tanto a los padres, los profesores como a los propios pacientes contribuye a la búsqueda de los apoyos necesarios, así como a un mejor ajuste de las expectativas del entorno y comprensión de la sintomatología presente en el niño.

### 96.- ESTUDIO NEUROCOGNITIVO Y PSICOFISIOLÓGICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WILLIAMS

Fernández-Prieto, Montse\*, Osório, Ana\*\*. \*Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica (FPGMX) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), \*\*Laboratorio de neuropsicofisiología, CIPsi, Universidad do Miño / Cruz Guerrero; Raquel\*, Martínez-Regueiro, Rocío\*\*. \*Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), \*\*Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela / Garayzábal, Elena\*, Carrillo-de-la-Peña, M<sup>a</sup> Teresa\*\*. \*Departamento de Lingüística General, Universidad Autónoma de Madrid, \*\*Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela / Gonçalves, Óscar\*, Carracedo, Ángel\*\*. \*Laboratorio de neuropsicofisiología, CIPsi, Universidad do Miño, \*\*Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica (FPGMX) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER) / Sampaio, Adriana\*, Galdo-Álvarez, Santiago\*\*. \*Laboratorio de neuropsicofisiología, CIPsi, Universidad do Miño, \*\*Departamento de Psicología Clínica y Psicobio-



logía, Universidad de Santiago de Compostela

El síndrome de Williams (SW) es un trastorno genético del neurodesarrollo con una prevalencia de 1 cada 7500 nacimientos. Este trastorno está causado por una hemidelección submicroscópica en la región q11.23 del cromosoma 7 y está definido por un fenotipo neurocognitivo característico de destrezas y déficits. Las destrezas relativamente preservadas se corresponden con el lenguaje, procesamiento de caras y cognición social, siendo el procesamiento viso-espacial, cálculo, planificación y resolución de problemas las áreas que se ven más alteradas. En nuestra investigación nos proponemos un doble objetivo: el abordaje neurocognitivo (estudio 1) y el psicofisiológico (estudio 2)

#### **Estudio 1: Estudio neurocognitivo**

Métodos y pacientes: Se evalúan las funciones ejecutivas de 17 pacientes diagnosticados con síndrome de Williams - memoria de trabajo, inhibición y shifting - emparejados en edad cronológica y sexo con sus respectivos controles. La evaluación se realiza mediante los siguientes instrumentos: Escalas de Inteligencia de Wechsler (WISC-IV y WAIS-III), Trail Making Test (TMT), Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, Test de Stroop, Tarea go/no-go.

#### **Conclusiones:**

Nuestros resultados sugieren que no todas las funciones ejecutivas están claramente relacionadas con la inteligencia, siendo working memory la única que muestra una correlación significativa en SW, al igual que ocurre en el desarrollo típico.

#### **Estudio 2: Estudio psicofisiológico**

Método y pacientes: Para llevar a cabo este trabajo contamos con un grupo de 8 participantes diagnosticados con SW. La evaluación psicofisiológica de funciones ejecutivas se realiza mediante un registro electroencefalográfico con tareas de atención y memoria de trabajo (tarea oddball auditiva de dos estímulos), e inhibición de respuesta (tarea go/no go, tarea Eriksen).

#### **Conclusiones:**

Los análisis preliminares revelan la aparición de componentes de potenciales evocados que reflejan mecanismos atencionales aparentemente normales (P300), aunque se necesitan estudios complementarios para con-

trastar si existe una demora en la puesta en marcha de dichos mecanismos.

El fin último de nuestro trabajo es el estudio y evaluación de medidas electrofisiológicas de procesos ejecutivos, evaluados previamente desde el punto de vista cognitivo en los pacientes con Síndrome de Williams.

Financiación: Fundación Alicia Koplowitz (V convocatoria de 2009. Ayudas a la investigación en psiquiatría de la infancia y adolescencia enfermedades neurodegenerativas tempranas).

### **97.- EL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL**

*García Miralles, Isabel. Unidad de salud mental infantil de Alcoy / Hernandez Gadea, Josefa. Unidad de salud mental infantil de Alcoy*

#### **Objetivo:**

Analizar la relación entre los niveles de TSH y los resultados del cuestionario de dificultades SDQ para padres y maestros en una muestra de pacientes de nuestra consulta.

#### **Métodos:**

Muestra N= 58. Todos los pacientes que acuden por primera vez a nuestra consulta desde septiembre del 2011 hasta enero de 2012.

Características de la muestra: Edades comprendidas entre los 5 y los 15 años.

Mixta en cuanto a diagnóstico (31% TDAH, 24% Otros trastornos de las emociones 15% trastornos de conducta, 12% TDA, 10% TEA 6,9% retraso mental) y al sexo (21% mujeres y 79% varones).

Materiales: En primera visita se solicitan niveles de TSH y se pide a padres y maestros que cumplimenten el cuestionario SDQ.

El cuestionario SDQ mide las dificultades de los pacientes en varias subescalas: T. de conducta, T. emocionales, sintomatología hiperkinética, problemas con los compañeros, conducta prosocial y el total de dificultades. El punto de corte para padres es 16 y para maestros 15. Analizamos los datos con el programa SPSS.

#### **Resultados:**



El 34,5% de los pacientes evaluados presentan una TSH por encima del rango del laboratorio (4.2). La media de niveles de TSH es de 3,5 siendo de 5 en el grupo de niños con TSH por encima del rango de laboratorio y de 2.6 en los niños con TSH por debajo del rango del laboratorio. Las diferencias son significativas.

Las diferencias de medias de las puntuaciones totales del SDQ para el grupo de niños con TSH en rango normal (35,68) y con TSH en rango patológico (33,25) no son significativas.

Conclusiones: La prevalencia del hipotiroidismo subclínico en la población infanto-juvenil normal oscila entre 3,4% al 6%. Nuestra prevalencia del 34,5% es significativamente más elevada.

No podemos concluir que los pacientes con niveles de TSH por encima del rango (HS) obtengan puntuaciones más elevadas en el SDQ de sus padres y maestros que aquellos con TSH en rango.

Limitaciones: Reducido tamaño muestral. Niveles de TSH en muestra rango bajo. Punto del corte niveles TSH del laboratorio. Baja correlación entre las puntuaciones de padres y maestros para el SDQ.

### **98.- AFECTACIÓN DE LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA Y SEMÁNTICA EN UN CASO DE AMNESIA DISOCIATIVA CON POSTERIOR RESOLUCIÓN TRAS INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA**

*Gonzalez Amor, Iratxe. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra / Basterra Gortari, Virginia. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra / Ruiz Ruiz, Raquel. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra / Zandio Zorrilla, María. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra / Martínez de Zabarte Moraza, Estibaliz. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra / Nuñez Melón, Camino. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica sección B del Complejo Hospitalario de Navarra*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La amnesia disociativa es un síndrome clínico en el que se produce una pérdida de la integración normal entre la

conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. La alteración primordial es la incapacidad para recordar, selectiva o globalmente, información autobiográfica relevante, no justificable ni por el olvido ordinario ni por la presencia de una disfunción neurológica.

#### **OBJETIVOS:**

Análisis del caso en profundidad y descripción detallada de la intervención psicoterapéutica.

#### **METODOLOGÍA:**

Descripción del caso, evaluación psiquiátrica y neuropsicológica, desarrollo de la intervención psicoterapéutica y análisis de la evolución del cuadro de amnesia.

#### **RESULTADOS:**

Tras descartar patología orgánica se realizó evaluación psiquiátrica descartando psicopatología activa. A continuación se realizó una primera intervención psicoterapéutica de características sugestivas mediante colocación de suero por vía intravenosa con resultados escasos. Posteriormente se procedió a ingresar a la paciente en Psiquiatría en régimen parcial donde se realizó evaluación neuropsicológica con WISC-IV y TAVECI concluyendo capacidades intelectuales promedio, pérdida completa de memoria autobiográfica y pérdida parcial de memoria semántica (recitar abecedario, meses del año, los continentes, los países ni sus capitales). Finalmente se llevó a cabo intervención psicoterapéutica centrada en el control ambiental de las posibles ganancias secundarias y en la estructuración de actividades que debía realizar para conseguir la resolución completa de la amnesia.

#### **CONCLUSIONES:**

Los diferentes estudios han descrito alteraciones de la memoria semántica además de la autobiográfica. Asimismo señalan la belle indifference, o la sensación de extrañeza con respecto a personas o lugares familiares como característica típica. La alta sugestionabilidad suele darse en estos trastornos así como no es infrecuente encontrar situaciones de estrés psicológico mantenidas en el tiempo como posibles factores de origen de la amnesia.

### **99.- ALOPECIA AREATA, COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y ESTRESORES AMBIENTALES**



*García Martín, Inés. Consulta Doctor Carlos Chiclana / Rama, Víctor. Consulta Doctor Carlos Chiclana / Martín, Vivar. Consulta Doctor Carlos Chiclana / Chiclana, Actis. Consulta Doctor Carlos Chiclana*

## INTRODUCCIÓN:

La Alopecia Areata (AA) es una compleja enfermedad dermatológica que se caracteriza por la pérdida de pelo en áreas bien delimitadas. La prevalencia es del 0,1%-0,2%. Su presentación es frecuente en niños y adolescentes. Su fisiopatología no se conoce completamente, pero es muy probable que esté ligada a factores genéticos, inmunológicos, y estresores ambientales.

## OBJETIVOS

Estudiar si existe relación entre la AA y otros trastornos psiquiátricos (en concreto con ansiedad y TDAH), así como con sucesos vitales estresantes, y cómo influye el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada en la evolución de la enfermedad.

## MÉTODOS

Revisión bibliográfica. En primer lugar en PUBMED en términos generales (Anxiety AND Alopecia). Posteriormente se especifica en términos MESH y se finaliza con una búsqueda global compuesta por todas las anteriores con nexos "OR". Se sigue el mismo proceso para Alopecia y ADHD.

Se documenta con un caso clínico que apoya algunos hallazgos encontrados en la literatura y que nos permite obtener algunas conclusiones.

## RESULTADOS

1. Las tasas de trastornos psiquiátricos, en los niños con AA son más elevadas que en la población general. Presentan más síntomas de ansiedad y/o depresión. No existen estudios que relacionen directamente la AA con el ADHD.
2. Los sucesos vitales estresantes pueden actuar como un factor desencadenante en el inicio o exacerbación de la AA.
3. Los niños o adolescentes con AA no suelen ser conscientes de "su mal estar o ansiedad" asociados a las circunstancias estresantes.

## CONCLUSIONES

1. Ante un caso de AA conviene realizar una exploración psicopatológica completa, recogiendo datos de múltiples informadores.
2. La ansiedad puede ser primaria, o secundaria a otro trastorno psiquiátrico como el TDAH, sobre todo si existe un fracaso académico asociado.
3. El mejor tratamiento será el que integre todos los aspectos: biológicos, psicológicos y socio-ambientales.

## 100.- SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE E HIPOFERRITINEMIA

*Sarasa Claver, M<sup>a</sup> Dolores. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Huesca / García Erce, José Antonio. Servicio de Hematología. Hospital San Jorge. Huesca / Blasco Grau, Pilar. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Huesca / Pereira Boan, Pablo. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Jorge. Huesca / Bailín Perarnau, Carmen. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Huesca / Pelegrin Valero, Carmelo. Servicio de Psiquiatría. Hospital San Jorge. Huesca*

## FUNDAMENTOS

El cerebro se comporta como un importante reservorio de hierro, a nivel del hemisferio cerebral izquierdo, del área occipital de ambos hemisferios y más particularmente, en el sistema límbico, en el lóbulo frontal y en los ganglios basales (cuerpo estriado). El hierro es indispensable para el desarrollo del Sistema Nervioso Central, fundamentalmente a dos niveles: el Sistema Dopaminérgico y el Sistema de Mielinización(1).

Cuando hay deficiencia de hierro, disminuye la cantidad de síntesis de la dopamina, la eficacia de la dopamina y la sensibilidad de los receptores D2 por la dopamina.

Diversos estudios han puesto de relieve la implicación del déficit de hierro en la aparición de tics, así como la relación entre la hipoferritinemia y el síndrome de Gilles de la Tourette (SGT) (4-6).

Menores reservas de hierro contribuyen a la hipoplasia del caudado y del putamen incrementando la vulnerabilidad para desarrollar tics o tener tics más severos. También pueden contribuir a menores volúmenes corticales y consecuentemente a reducir el control inhibitorio de los tics (4).



### PACIENTES Y RESULTADOS

Paciente de 12 años remitido a nuestra unidad por presentar alteración del comportamiento desde hace 2 años. Se objetivaron tics motores simples (movimiento de la cabeza y parpadeo), tics motores complejos (pellizcar, escupir), ecolalias (es capaz de repetir hasta 100 veces la misma palabra) y coprolalias. También episodios de descontrol de impulsos. Comorbidamente cumplía criterios de TDAH. En la analítica de control se constataron niveles de Ferritina de 20 ng/ml, Sideremia 56,23 mcgr/dl, Transferrina 238 mg/dl e Índice de Saturación de Transferrina 18,6 %. Marcadores de celiaquía negativos. No historia de faringoamigdalitis previas. Se inició tratamiento conductual y psicoeducacional. También se inició terapia con sales ferrosas durante tres meses. Se observó mejoría clínica de los tics y de los episodios de descontrol de impulsos. Se normalizaron los parámetros del hierro. Posteriormente se añadió Atomoxetina para el TDAH comórbido con buena respuesta.

El siguiente paciente llevaba desde los 6 años diagnosticado de TDAH. Posteriormente aparecieron los tics motores simples, complejos y guturales (carraspeos, toses, soplar). Acudió a nuestra unidad a los 11 años y ya seguía tratamiento con Pimozide. En la analítica Ferritina: 15 ng/ml. Tras el tratamiento con sales ferrosas, se evidenció una disminución del número de tics y de la gravedad de éstos. Como en el anterior caso también recibió terapia conductual, psicoeducación y tratamiento farmacológico con Atomoxetina (mala respuesta anterior al metilfenidato).

### CONCLUSIONES:

En ningún protocolo se establece la necesidad de estudiar el hierro o tratar la hipoferritinemia en los pacientes con tics. Aunque sí se acepta este tratamiento para otros trastornos como la acatisia o el síndrome de piernas inquietas.

La evaluación de los casos presentados y la revisión de la literatura nos ha planteado interrogantes sobre la asociación del metabolismo del hierro con algunos trastornos como los tics y el TDAH y ha supuesto el inicio de una investigación que vamos a realizar entre la USMIJ y el Servicio de Hematología de nuestro hospital.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Lozoff B, Georgieff MK. Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol.* 2006;13:158-

165.

2. Beard JL, Connor JR. Iron status and neural functioning. *Annu Rev Nutr.* 2003;23:41-58.
3. Yehuda S, Youdim MBH. Brain iron: a lesson from animal models. *Am J Clin Nutr.* 1989;50:618-629
4. Gorman DA, Zhu H, Anderson GM, Davies M, Peterson BS. Ferritin levels and their association with regional brain volumen in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1264-72.
5. Bloch MH, Leckman JF, Zhu H, Peterson BS. Caudate volumes in childhood predict symptom severity in adults with Tourette syndrome. *Neurology.* 2005;65:1253-8.
6. Peterson BS. Neuroimaging studies of Tourette's syndrome: A decade of progress. *Adv Neurol.* 2001;85:179-96.

### 101.- PROGRAMA DOCENTE DE LA SUBESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE: EL MODELO DEL ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (REINO UNIDO)

*Dominguez, Maria de Gracia. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Mayordomo-Aranda, Angels. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Forti-Buratti, Azul. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Taylor, Sharon. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Garralda, Elena. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Hodes, Matthew. Academic Unit Child & Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK*

### Fundamentos

En 1994 se reconoció la especialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente a nivel europeo. En Septiembre del 2011, el Ministerio de Sanidad y Cultura formuló el 'Proyecto de Real Decreto' para el establecimiento de la nueva especialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente en España. Ahora nos encontramos ante el reto de diseñar la especialidad, incluyendo la elaboración de su programa docente. Establecer el contenido y las competencias para la formación de especialista tendrá una gran influencia en el futuro de los profesionales con implica-



ciones relevantes tanto en la práctica clínica como a nivel académico.

### Métodos

El póster describe las competencias del programa formativo de los tres años de subespecialidad en Psiquiatría del Niño y Adolescente establecidas por el Royal College of Psychiatrists (Reino Unido), una vez que el residente ha completado los 3 años previos de especialidad en psiquiatría general.

### Resultados

Tres competencias generales fundamentan la práctica clínica en Psiquiatría del Niño y Adolescente: (i) establecer y mantener relaciones terapéuticas con niños, adolescentes y familias; (ii) llevar a cabo evaluaciones de niños y adolescentes con problemas de salud mental; y (iii) trabajo sistémico. El programa detalla competencias relativas a evaluaciones diagnósticas (en las áreas de neuropsiquiatría, trastornos del aprendizaje, interconsulta pediátrica, psiquiatría del adolescente, abuso de sustancias, trastornos depresivos y de ansiedad), servicios de atención especializada (urgencias y unidades de ingreso), aspectos médico-legales cruciales y la transición a servicios de salud mental de adultos. Se detalla el requerimiento mínimo relativo a intervenciones terapéuticas: ser competente en psicofarmacología pediátrica y en 2 de las 4 principales modalidades de tratamiento psicoterapéutico: terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, terapia familiar y terapia psicodinámica. Además detalla tres competencias que atañen al desarrollo profesional: (i) investigación y carrera académica; (ii) docencia y supervisión; y (iii) gestión.

### Conclusiones

Nos encontramos ante el reto de elaborar un programa docente español en Psiquiatría del Niño y Adolescente en concordancia con las directrices europeas. El programa docente elaborado por el Royal College of Psychiatrists (Reino Unido) puede servir como un modelo de trabajo, a partir del cual será conveniente hacer las adaptaciones necesarias para el contexto español.

\*Con el apoyo de la Fundación Alicia Koplowitz.

## 102.- PROGRAMA DE COORDINACION SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL CON EDUCACION.

*ESPADA LARGO, MANUEL. USMIJ. CH-TOLEDO / SOBRINO SÁNCHEZ, MARTA. USMIJ. CH-TOLEDO / GRANADA JIMÉNEZ, OLVIDO. USMIJ. CH-TOLEDO / FERNÁNDEZ-CLEMENTE MARTIN-OROZCO, LUIS JESÚS. USMIJ. CH-TOLEDO / GONZÁLEZ-CARPIO HERNÁNDEZ, GRACIA. USMIJ. CH-TOLEDO / LÓPEZ GONZÁLEZ, JOSE LUIS. USMIJ. CH-TOLEDO*

### Introducción y Objetivos:

Desde 2007 se vió la necesidad de establecer un programa de coordinación con Educación ante el aumento de casos que presentaban una problemática conjunta y que abarcaban las esferas personal, familiar y escolar. A partir de 2008 se inicia el programa de coordinación cuyo OBJETIVO es establecer un marco estable entre Educación y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Toledo y además:

- Establecimiento de acciones coordinadas (con el consentimiento y autorización paterna o tutores legales).
- Medidas que favorezcan la intervención clínica y los recursos académicos.
- Coordinación con todos los profesionales académicos posibles.
- Percepción del paciente y de la familia de que están siendo ayudados en todos los "frentes".

### Método:

El programa de coordinación se basa en el establecimiento de reuniones mensuales entre los responsables de Educación de la provincia de Toledo y el equipo de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, valorando los casos que mayor problemática presentan en el ámbito educativo y que están siendo atendidos en la Unidad de Salud Infanto-Juvenil o tienen previsto ser atendidos.

### Resultados:

Desde que se inició el programa de coordinación en 2008 han ido aumentando de forma progresiva el número de casos valorados y atendidos de forma conjunta entre Educación y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, manteniéndose dicho programa en el momento actual.



Se aportarán tablas y gráficas de la evolución de éste programa desde 2008 a 2011.

#### **Conclusiones:**

En el momento actual, la coordinación entre Educación y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil se ha consolidado, con un alto grado de satisfacción por ambas partes, en la medida en que se ha podido intervenir y solucionar de forma conjunta muchos de los problemas planteados.

### **103.- UN PROGRAMA FORMATIVO UNIVERSITARIO PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL EN DOCENCIA Y SUPERVISIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE**

*Dominguez, Maria de Gracia. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Mayordomo-Aranda, Angels. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Hodes, Matthew. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London, UK / Mahon, Annette. Educational Development Unit, School of Professional Development, Imperial College*

#### **Fundamentos**

El desarrollo profesional en docencia y supervisión es una de las competencias principales de la subespecialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Royal College of Psychiatrists (UK). Ambas están presentes en la práctica diaria durante los 3 años de subespecialidad. A nivel universitario, se enseña Psiquiatría del Niño y Adolescente en la carrera de medicina y en estudios doctorales. Sin embargo, no existe formación reglada para que los profesionales alcancen dicho nivel de competencia. El Imperial College London ofrece el Postgraduate Certificate in University Learning and Teaching (PG Cert ULT), un programa universitario estructurado para desarrollar dichas competencias.

#### **Método**

Se expone el desarrollo histórico de las teorías del aprendizaje, basadas en el proceso de aprendizaje del desarrollo infantil, desde modelos de enseñanza pasivos a más activos. Se presentan las competencias de docencia y supervisión requeridas en la subespecialidad, detallando

la aportación específica que el PG Cert ULT ofrece para alcanzar cada una de ellas.

#### **Resultados**

El programa formativo de Psiquiatría del Niño y Adolescente incluye tres competencias en Docencia y Supervisión: (i) ser capaz de utilizar una variedad de métodos de enseñanza, (ii) completar una valoración estructurada de la práctica clínica de un colega proporcionando una crítica constructiva, y (iii) supervisar el trabajo clínico de otro compañero. Primero, recibir formación reglada en docencia, incluyendo una variedad de métodos de enseñanza y el uso de técnicas interactivas, mejora cualitativamente tu práctica docente. Segundo, recibir formación estructurada en valoraciones y feedback, incluyendo el uso de 'observaciones docentes' y valoraciones clínicas estructuradas, mejora tu capacidad de ofrecer una crítica constructiva a residentes y compañeros. Tercero, tener un conocimiento teórico del rol de supervisor y del planteamiento de la supervisión clínica y educativa, así como reflexionar sobre la complejidad de la relación de supervisión mejora tu práctica diaria.

#### **Conclusiones**

La docencia y supervisión son una parte importante del desarrollo profesional de los clínicos y tiene grandes repercusiones en los demás (residentes, estudiantes de medicina y compañeros). Un programa de formación universitario reglado posibilita la adquisición de competencias que son esenciales para la enseñanza y supervisión en Psiquiatría del Niño y Adolescente.

\*Con el apoyo de la Fundación Alicia Koplowitz.

### **104.- AYUDANDO A HACER AMIGOS.**

*Martín Jiménez, José María Martín Jiménez. UNIDAD DE SALUD MENTAL "PUERTO" / GARCÍA SÁNCHEZ, ANA MARÍA. UNIDAD DE SALUD MENTAL "PUERTO" / GONZÁLEZ SANTANA, SABRINA. HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL / GARCÍA OLIVA, RUBÉN ANÍBAL. SERVICIO CANARIO DE SALUD / FERNÁNDEZ GÓMEZ, MARÍA GEMA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GRAN CANARIA*

El Síndrome de Asperger (SA) hace referencia a una patología encuadrada dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, que fundamentalmente incluye



problemas en la interacción social, a pesar de poseer una inteligencia y capacidades expresivas en o por encima de la media.

En la Unidad de Salud Mental “Puerto” de Gran Canaria se ha comenzado a desarrollar, de forma adicional al abordaje tradicional que se venía realizando para los pacientes con SA, un programa de tratamiento, en este caso grupal, dirigido a población con dicho diagnóstico y edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad, pionero en el Programa Infanto-Juvenil de la red pública de la Isla. Asimismo, se presentan las características diagnósticas, incluyendo comorbilidades y tratamiento farmacológico, las características sociodemográficas, y los datos preliminares de la evaluación pretest del primer módulo del programa.

### **105.- PLAN INDIVIDUALIZADO DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL DE NAVARRA**

*Martínez de Zabarte Moraza, Estíbaliz. UHP Hospital Virgen del Camino / Ruiz Ruiz, Raquel. UHPIJ Virgen del Camino / Zandio Zorrilla, María. UHPIJ Hospital Virgen del Camino*

#### **OBJETIVOS.**

Presentar un modelo de desarrollo de plan individualizado del paciente “PIP”, en el que se fijen por un lado los objetivos generales del ingreso y por otro los objetivos específicos de cada área, y se determinen las medidas terapéuticas a realizar.

#### **MÉTODOS.**

Metodología del PIP: El PIP se perfilará por el profesional responsable de cada área durante el periodo de evaluación de los primeros días del ingreso, y se concretará y se pondrá en común en la primera reunión del equipo PIPij tras el ingreso. Se establecen objetivos, tanto generales como específicos en las diferentes áreas de abordaje terapéutico: nivel clínico, nivel ocupacional, nivel escolar, nivel de cuidados de enfermería, pautas de actuación específicas.

#### **RESULTADOS.**

Elaboración de un documento en el que se recogen los aspectos comentados en los apartados anteriores, realizado por el equipo multidisciplinar de la UHP-IJ y que se supervisa una vez a la semana por el equipo terapéutico.

#### **CONCLUSIONES.**

La UHPij realiza intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas como cognitivo conductuales basadas en la evidencia científica. Además en la UHPij se integran aspectos académicos, vocacionales y de ocio, para hacer así posible una intervención exitosa en la problemática de salud mental que los niños y adolescentes pueden presentar. El desarrollo del PIP en la UHP-IJ ha mejorado de forma notable la coordinación entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar que trabaja en la Unidad, hecho que ha repercutido de forma positiva en los pacientes ingresados.

### **106.- DIDÁCTICA DE LA EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO**

*Jiménez Hernández, José Luis. CSM Arganzuela. Hospital Doce de Octubre de Madrid / López Rico, Mercedes. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca / Del Nido Varo, Laura. Servicio de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre de Madrid / Garrido Sola, Irene. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca*

#### **Fundamentos**

El aprendizaje de técnicas para abordar el trabajo psiquiátrico y psicológico en el ámbito de la infancia y adolescencia forma parte de la formación de los futuros especialistas. Se presenta la metodología y protocolos que empleamos para diagnosticar, tratar y actuar de forma preventiva en la salud mental infanto-juvenil comunitaria, con objeto de colaborar en la elaboración de un diseño curricular común.

#### **Métodos**

Se aplicaron los protocolos de historia clínica y de informe escolar a 147 pacientes atendidos por primera vez en esta consulta de psiquiatría infanto-juvenil a lo largo de un intervalo de seis meses. Se añadió en todos los casos el modelo propuesto de coordinación con los pe-



diatras, profesores y orientadores escolares de colegios, institutos y servicios sociales de la zona.

### Resultados

En nuestro grupo de pacientes se observaron muchas dificultades para adaptarse a situaciones potencialmente estresantes del entorno (54%), junto a los diagnósticos relacionados con TDAH y Trastornos de Conducta (34%), Depresiones (21%) y Trastornos de Ansiedad (16%). En un 67% se encontraron dificultades de relación que sobre todo se referían a problemas entre padres e hijos, siendo importantes también los cambios previos de cultura; y, en menor proporción, la existencia de duelos por pérdidas significativas o las situaciones de riesgo personal y familiar. Los tratamientos conjuntos fueron psicológicos (98%), farmacológicos (46%), sociales (17%) y educativos (89%). A la recepción del informe escolar, se pidieron citas de coordinación, cuando fue preciso (75% del total), que se realizaron en los propios “settings” académicos. En las entrevistas evolutivas, se plantearon pautas de intervención y de prevención a realizar en los mismos centros docentes y en las sedes de los servicios sociales y equipos de orientación pedagógica.

### Conclusiones

1ª. Se hace evidente la necesidad de introducir protocolos adecuados para facilitar la formación y el trabajo posterior de los especialistas en psiquiatría infanto-juvenil.

2ª. Adquirir competencias prácticas en las actividades de coordinación con todos los profesionales implicados en la atención de niños y adolescentes resulta fundamental para aprender a apoyar el diagnóstico y completar el tratamiento y la prevención comunitaria en salud mental.

## 107.- PROGRAMA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL DE ENLACE EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL DE TOLEDO.

*Yague Alonso, Ana Isabel.. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo / Fernandez.Clemente Martin-Orozco, Luis Jesus. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo / Granada Jimenez, Olvido. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo / Redondo Garcia, Ignacio. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo / Espada Largo, Manuel. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo. /*

*Sobrino Sanchez, Marta. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil Toledo.*

### OBJETIVOS

Describir las características del programa y analizar los datos recogidos de la actividad desarrollada durante los años 2009-2010. Elaborar reflexiones sobre los resultados del análisis.

### METODO

Recogida de los datos de la asistencia realizada: epidemiología, motivos de consulta, servicio derivante, diagnóstico, intervención.

### RESULTADOS

Por los datos recogidos durante 2 años la demanda de atención se mantiene estable, la edad de la mayoría de los pacientes se sitúa entre los 5 y 15 años, remitidos con mayor frecuencia desde el ingreso hospitalario en pediatría.

En relación a los motivos de consulta no existe uniformidad entre los 2 años pero predominan las manifestaciones somáticas, valoración de conductas autolesivas, problemas asociados a circunstancias familiares y psicosociales. La intervención realizada con mayor frecuencia es la derivación a la USMIJ para continuar la valoración diagnóstica y tratamiento.

### CONCLUSIONES

El programa de Psiquiatría infanto-Juvenil de enlace realizado como actividad NO programada diariamente dentro de atención ambulatoria propia de la USMIJ no permite la dedicación ni disponibilidad necesaria para el desarrollo de programas de colaboración e integración especialmente con el servicio de pediatría, ni la participación en actividades de prevención y atención que disminuyeran el impacto del enfermar somático.

A pesar de esas limitaciones se realiza la intervención y colaboración con otros especialistas con actuaciones relacionadas con el proceso de diagnóstico diferencial, la evaluación de los condicionantes ambientales y sociales, la atención a demandas de apoyo psicológico de familiares, así como la valoración de las urgencias por motivos psiquiátricos.

El análisis y revisión de los datos obtenidos especialmente las características de la demanda con predominio de las manifestaciones somáticas en pacientes hospital-



izados favorece reflexiones sobre propuestas concretas de trabajo de colaboración con pediatras, entrenamiento en la exploración de síntomas emocionales, ansiedad, depresión y de la importancia de la valoración de estresores ambientales, escolares, familiares.

### 108.- PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Cuadrado López, Rosa ana. Hospital general universitario valencia / Mayero mariscal de gante, Sara. Hospital general universitario valencia / García chala, Andrea. Hospital general universitario valencia / Sánchez albert, Ana isabel. Hospital general universitario valencia / Muñoz selva, Amparo. Hospital general universitario valencia / Fuertes puchades, Olga. Hospital general universitario valencia*

#### Fundamentos:

Durante mucho tiempo las psicosis de inicio en la infancia han hecho referencia a un concepto genérico que englobaba un grupo muy heterogéneo de trastornos.

En los últimos tiempos el interés por el estudio de los primeros episodios psicóticos se ha ido acrecentando, según apuntan diversos estudios derivado de la importancia de una intervención precoz en estos casos a fin de mejorar en lo posible el pronóstico.

El propósito del presente trabajo es ilustrar un caso de Esquizofrenia de inicio muy temprano (VEOS), con comienzo de la clínica antes de los 13 años.

#### Métodos:

Se ha realizado el seguimiento de un paciente desde que acude por primera vez a su USMI a los 7 años hasta el momento actual que tiene 11 años.

En un primer momento los padres solicitan la atención médica del paciente debido a problemas de aprendizaje. Tras la realización de diversas pruebas al inicio el caso se orienta hacia un TDAH subtipo inatento.

#### Resultados:

Durante los años de seguimiento, se objetiva un cambio comportamental a la edad de 9 años. Empieza a mostrarse más inquieto e irritable en el ámbito familiar. En el colegio detectan que en clase se encuentra ensimismado y perplejo sin establecer contacto ocular ni prestar

atención, no se relaciona con el resto de sus compañeros, mostrando tendencia al aislamiento y falta de iniciativa además de afecto aplanado y lenguaje pobre. Asimismo tanto los profesores como los padres, han objetivado la presencia de soliloquios. De la entrevista se desprende sintomatología psicótica en forma de alucinaciones auditivas e ideación delirante poco sistematizada con actitud suspicaz hacia su entorno.

#### Conclusiones:

Con el seguimiento el diagnóstico evoluciona de un TDAH a un Trastorno psicótico, pudiendo corresponderse el déficit de atención y los problemas de aprendizaje con la sintomatología prodrómica. Se instaura tratamiento con risperidona con mejoría de la clínica.

Este caso pretende enfatizar la necesidad de realizar un correcto diagnóstico diferencial para adelantar en lo posible el inicio de un tratamiento pues según diversos estudios esto va a contribuir en mejorar el pronóstico.

### 109.- INTERVENCIÓN ASISTIDA CON ANIMALES PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES. PROGRAMA PILOTO EN LA UNIDAD DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS.

*Colomer Bollo, Marta. Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil Hospital Sant Joan de Déu Esplugues / Sintés Estevez, Anna. Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil Hospital Sant Joan de Déu Esplugues / Domènech Elizalde, Eva. Centre de Teràpies Assistides amb Cans*

#### Fundamentos teóricos.

El déficit cognitivo está presente desde las primeras fases de enfermedades como los trastornos psicóticos de inicio en la infancia y la adolescencia. Por otra parte, es tan relevante el déficit cognitivo en la evolución, pronóstico y funcionalidad de los pacientes que en la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) va a ser incluido como uno de los criterios diagnósticos para las psicosis.

La estimulación o rehabilitación cognitiva es una intervención no farmacológica empíricamente validada para los déficits cognitivos en los trastornos psicóticos y otros trastornos mentales en población adulta, pero no se



dispone de programas adaptados y eficaces a población infantil.

Los escasos estudios publicados ponen énfasis en la importancia del entrenamiento en estrategias de compensación de los déficits, la generalización de las estrategias a la vida real del niño/a y el impacto del entrenamiento en la funcionalidad (mejora de la adaptación académica y laboral, etc.). Además, los estudios indican la importancia de la motivación en el éxito de la intervención.

En población infanto-juvenil, las intervenciones tradicionales poseen importantes limitaciones, pues se aplican programas de lápiz y papel, desarrollados para pacientes crónicos, pero que son poco motivadores para generaciones de niño/as y adolescentes acostumbrados a manejar medios informáticos y audiovisuales más sofisticados.

Por otra parte, la terapia asistida con animales ha mostrado eficacia como instrumento en la intervención terapéutica con niño/as con distintos tipos de trastornos psiquiátricos o psicológicos. Los perros poseen características que los hacen especialmente motivadores para los niño/as y adolescentes.

### Objetivos.

Los objetivos del programa son: en primer lugar, desarrollar e implementar un método innovador de estimulación cognitiva para niño/as y adolescentes con déficit cognitivo asociado a trastorno psicótico. En segundo lugar, probar la eficacia de dicha intervención para disminuir o frenar el déficit cognitivo asociado a estos trastornos. Y, por último, probar la mayor adherencia que conlleva el uso de una metodología innovadora como la presentada.

### Métodos y procedimientos.

Se ha desarrollado un programa de intervención en estimulación cognitiva asistida de forma mixta, es decir, mediante un programa informatizado y la asistencia con animales.

En cuanto al procedimiento de aplicación, en primer lugar los niño/as realizan ejercicios informatizados de atención, memoria y funciones ejecutivas con la guía de la psicóloga clínica y la maestra de educación especial.

A continuación, y en la misma sesión, los pacientes realizan actividades complementarias a las informatizadas, aunque éstas mediante la interacción con perros especialmente entrenados para la asistencia en actividades terapéuticas y con la guía de la técnica en terapia asistida

con animales.

Para ello, se ha desarrollado una serie de actividades que suponen una “traducción” de los ejercicios informatizados a actividades de tipo manipulativo con los perros de terapia.

Para la estandarización de esta intervención mixta y su posterior validación empírica se ha elaborado un manual de intervención, que será presentado.

### Resultados.

Se valora la eficacia de la intervención en relación al funcionamiento cognitivo global y las variables que en la literatura han mostrado estar relacionadas con la eficacia (grado de adherencia e implicación con el programa, por ejemplo) y con otras variables específicas de la intervención (cantidad y calidad de la interacción de los niños/as con los perros).

Para ello, se administran las escalas de inteligencia de Wechsler (WISC-IV o WAIS-III) antes y después de la participación en el programa, el rendimiento de los/las pacientes en el contexto escolar, y se recogen datos observaciones de tipo cuantitativo y cualitativo respecto de la interacción entre niños/as y perros.

## 110.- ENURESIS COMO POSIBLE FACTOR PREMÓRBIDO EN EL DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA

*Martínez de Hoyos, Cristina. Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid) / Pelaz Antolín, Antonio. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)*

### Fundamentos:

Existen diferentes teorías sobre la etiología de la esquizofrenia. En las últimas décadas ha cobrado gran importancia la teoría del neurodesarrollo. Weinberger, en los años 80, expuso la idea de que existiría una lesión cerebral, en las etapas prenatales de la vida, que se mantendría “silente” hasta la adolescencia o la vida adulta, cuando la maduración de los circuitos cerebrales conectara las estructuras lesionadas. Se han observado diferentes signos que apoyarían esta teoría. En los niños que posteriormente han desarrollado una esquizofrenia se ha descrito retraso en el desarrollo psicomotor, como en el inicio de la deambulación, mayor torpeza motora, retraso en el control postural, en el control de esfínteres,



así como dificultades en las relaciones sociales. También se han objetivado anomalías físicas menores, como baja implantación de las orejas, lóbulos de las orejas pegados, macroglosia, que son alteraciones que apoyarían la hipótesis del neurodesarrollo, al ser debidas a defectos en el desarrollo del tubo ectodérmico, que comparten con el SNC. Todos estos signos precoces van a ser de gran importancia para poder detectar casos, a edades tempranas, con alto riesgo de desarrollar una esquizofrenia. Como sabemos la instauración de un tratamiento precoz es primordial en la psicosis, ya que puede frenar el deterioro al disminuir la gravedad de los síntomas en los brotes psicóticos y su frecuencia. Los primeros años de la enfermedad son fundamentales en la evolución de la enfermedad y una intervención precoz va a mejorar el pronóstico.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia, según criterios del DSM-IV, que eran atendidos en nuestro centro de Salud Mental. Se seleccionaron aquellos que tenían antecedentes de patología psiquiátrica durante la infancia y/o adolescencia. Se recogieron los datos sociodemográficos, los antecedentes de enfermedad médica, los antecedentes de enfermedad psiquiátrica y la edad a la que se hacía el diagnóstico de esquizofrenia.

### Resultados:

La enuresis fue el antecedente de patología psiquiátrica más frecuente durante la infancia, en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la edad adulta, seguido en frecuencia de las alteraciones de conducta. Dentro de los antecedentes médicos destacaban las enfermedades neurológicas. En cuanto a la edad de inicio de la esquizofrenia se vio que en más de la mitad de los casos comenzaba antes de los 18 años.

### Conclusiones:

La enuresis durante la infancia podría ser un factor premórbido en el desarrollo posterior de esquizofrenia en la edad adulta, apoyando el modelo del neurodesarrollo en cuanto a la etiología de la enfermedad. Este dato sumado a otros factores nos podría poner en alerta frente a los niños con un riesgo alto de presentar una esquizofrenia. En estos casos se podrían hacer intervenciones de forma precoz, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, con el objetivo de mejorar el pronóstico.

## 111.- PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: DIFERENCIAS ENTRE PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS

*Pardo Gallego, Marta. Hospital Sant Joan de Déu / Dolz Abadia, Montserrat. Hospital Sant Joan de Déu / Sánchez Fernandez, Bernardo. Hospital Sant Joan de Déu / Barajas Vélez, Ana. Centre Higiene Mental de les Corts. Departament de Recerca / Usall Rodie, Judith. Parc Sanitari Sant Joan de Déu / Ochoa Güerre, Susana. Parc Sanitari Sant Joan de Déu*

### Introducción:

Son cada vez mayores los datos que sugieren características comunes entre la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar, tanto desde un punto de vista epidemiológico, clínico y neurobiológico. Un punto de especial interés y controversia es la existencia de un patrón de déficits neurocognitivos común en ambos trastornos, especialmente cuando comparamos la Esquizofrenia y los Trastornos Afectivos con síntomas psicóticos. La mayor parte de los datos disponibles sugieren un perfil neurocognitivo comparable cualitativamente, aunque con alteraciones de mayor gravedad en el caso de las psicosis no afectivas.

### Objetivo:

El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en el rendimiento neuropsicológico en una muestra de primeros episodios de inicio en edad infanto-juvenil y de inicio en la vida adulta (7-65 años), comparando el grupo de psicosis afectivas y el grupo de psicosis no afectivas agrupadas por su diagnóstico al año, según criterios DSM-IV-TR. Metodología: Se ha estudiado una muestra de 64 pacientes, 21 con diagnóstico al año de psicosis afectiva y 43 con diagnóstico de psicosis no afectiva. En la fase aguda se han administrado escalas clínicas para evaluar síntomas psicóticos y afectivos y un cuestionario sociodemográfico. Durante la fase estable (tras 6-8 semanas de su inclusión) se revaloraron las variables clínicas y se administró una batería neuropsicológica para evaluar funciones de atención, memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. Resultados: En la evaluación clínica en fase estable, se han encontrado diferencias en las puntuaciones de impresión clínica de gravedad de síntomas psicóticos y en las subescalas de la



PANSS de síntomas negativos y psicopatología general, que han sido mayores en el grupo de psicosis no afectivas. A pesar de ello, no se han encontrado diferencias en cuanto al rendimiento neuropsicológico entre ambos grupos diagnósticos.

#### **Conclusiones:**

Estos resultados estarían en la línea de los datos que sugieren que es la presencia de psicosis el factor clave que determina el funcionamiento cognitivo en ambos trastornos.

#### **112.- CUMPLIMENTACIÓN DE TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.**

*Espliego, MD, Ana. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM / Álvarez, MsC, María. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM / Merchán Naranjo, MsC, Jessica. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM / Penzol, MD, María José. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM / Moreno, PhD, Dolores María. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM / García-Amador, MD, Margarita. Sección Psiquiatría del Niño y del Adolescente HGUGM*

#### **Fundamentos y Objetivos:**

Evaluar los factores clínicos y sociodemográficos predictores de adherencia a los antipsicóticos de segunda generación (ASG) en niños y adolescentes naïve o cuasinaïve al tratamiento.

#### **Métodos y/o pacientes:**

Se realizó un estudio observacional a seis meses en niños y adolescentes con al menos un diagnóstico DSM-IV, que recibieron por primera vez tratamiento con un ASG. Se calcularon el Índice de Severidad de Efectos Secundarios Psiquiátricos, Neurológicos, Sexuales y de Incremento de Peso, a partir de la escala UKU de Efectos Secundarios. Así mismo se calcularon el número de ítems que se puntuaron como probablemente secundarios al tratamiento con ASG en los módulos de efectos secundarios psiquiátricos, neurológicos, incremento de peso y sexuales. El cumplimiento del tratamiento con

ASG se estima a partir de los niveles plasmáticos del fármaco, con técnicas de HPLC. Se realiza análisis estadístico t-Student, con significación bilateral ( $p < 0.05$ ).

#### **Resultados:**

209 niños y adolescentes (edad media 14.93 años, DS 2,7) con diferentes diagnósticos DSM-IV en eje I fueron reclutados y evaluados a nivel basal, a un mes y a seis meses. De los 209 sujetos, 41 (19.7%) presentaron cumplimiento parcial o falta de cumplimiento. Se detectó que éstos presentaban puntuaciones significativamente más elevadas en los Índices de Severidad de Incremento de Peso ( $p=0.01$ ) y de Efectos Secundarios Sexuales ( $p < 0.01$ ) a nivel basal y mayor número de ítems que se puntuaron como probablemente secundarios al tratamiento con ASG en los módulos de efectos secundarios neurológicos ( $p=0.12$ ), sexuales ( $p=0.008$ ) y de incremento de peso en evaluación basal ( $p < 0.01$ ).

#### **Conclusiones:**

La cumplimentación de tratamiento con ASG en una muestra de pacientes infanto-juvenil depende en gran medida de los efectos secundarios que provoca la medicación desde la evaluación basal. Es por ello que una monitorización exhaustiva de los efectos secundarios y una optimización máxima de las dosis son de gran importancia para favorecer la adherencia a ASG en niños y adolescentes.

#### **113.- EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS INGRESADOS EN LA UHSI DE CIUDAD REAL DURANTE 3 AÑOS.**

*Ferrero Turrión, María. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real / Baos Sendarrubias, Pilar. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real / Alcindor Huelva, Patricia. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real / García Vilches, Inmaculada. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real / Beato Fernández, Luis. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real / Pascual López, Margarita. Unidad Hospitalización Psiquiatría Infanto-juvenil Ciudad Real*



**Objetivos:**

Ver la evolución de pacientes psicóticos tras primer ingreso en la UHSI de Ciudad Real (de referencia a nivel regional) en los últimos tres años, y confirmación diagnóstica en coordinación con las distintas Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de la región.

**Pacientes:**

31 pacientes menores de edad han sido ingresado en nuestra unidad en los últimos tres años con síntomas psicóticos.

**Resultados:**

Los pacientes durante el ingreso han sido diagnosticados de Trastornos psicóticos agudos, Psicosis por consumo de tóxicos y Trastornos afectivos con síntomas psicóticos. Se pretende valorar la evolución diagnóstica, la continuidad de los tratamientos incluyendo el paso a USM de adultos por cumplimiento de mayoría de edad, la necesidad de derivación a otros recursos (sanitarios o no) según la evolución de las distintas patologías y los reingresos.

**Conclusiones:**

Ver como los pacientes menores de edad con un ingreso por síntomas psicóticos evoluciona hacia diferentes patologías a lo largo del tiempo y como no puede hacerse un diagnóstico definitivo en una primera intervención hospitalaria.

**114.- SENTIA: REGISTRO ONLINE DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. RESULTADOS TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO**

*Palanca Maresca, Maruja. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Ruiz-Antorán, Belén. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Fernandez Rivas, Aranzazu. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto / Garcia Murillo, Lourdes. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Lomas, César. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda / Avendaño Solá, Cristina. Servicio de Farmacología*

*Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda*

**OBJETIVO:**

SENTIA es una plataforma informática (<https://sentia.es>), financiada con fondos de entidades públicas. Sus objetivos son desarrollar un registro de farmacovigilancia a largo plazo orientado a evaluar la seguridad, la prevención y detección precoz de efectos adversos e interacciones farmacológicas del tratamiento antipsicótico en población pediátrica y el incrementar la adherencia y alianza terapéutica del paciente y la familia.

SENTIA está centralizado en los Servicios de Farmacología Clínica y Psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro y forma parte del “Programa de Uso Seguro del Tratamiento con Antipsicóticos en niños y adolescentes”, durante este año se han incorporado también la el Hospital Basurto y del Hospital de Las Palmas. El objetivo de esta presentación es presentar los resultados obtenidos durante el primer año de funcionamiento de este Registro.

**METODOS:**

Los niños y adolescentes, independientemente del diagnóstico o síntomas clínicos que motivan la prescripción, en tratamiento actual o que van a iniciar tratamiento con antipsicóticos, en monoterapia o combinado, son monitorizados al mes, 3 meses y posteriormente cada 6 meses por un período ilimitado de tiempo.

Aquellos que no han iniciado tratamiento se les realiza una evaluación basal; los que están en tratamiento hace más de un mes realizan los controles cada 6 meses. A aquellos pacientes que finalizan el tratamiento continúan en seguimiento como controles.

La información que se recoge se estructura en 1. Datos sociodemográficos, 2. Antecedentes médicos y psiquiátricos personales y en familiares de primer grado, 3. Valoración Clínica: Cuestionario de Comportamiento de Achenbach CBCL; Entrevista Clínica Estructurada MiniKID, C-GAS (Escala de Evaluación Global de Niños), CGI (Impresión Clínica Global), 4. Historia farmacológica y cumplimiento terapéutico (Cuestionario elaborado ad hoc), 5. Hábitos de salud (Alimentación, Ejercicio físico), 6. Efectos adversos (AIMS, SAS, SMURF), 7. Examen físico (ECG, TA, FC, Peso, Talla, Perímetro abdominal, Estadios de Tanner) y 8. Parámetros biológicos (Hemograma, Perfil Hepático, Perfil Lipídico, Glucosa, Insulina, Hormonas



tiroideas, Hormonas, sexuales, Prolactina).

#### RESULTADOS:

Durante el primer año de seguimiento se han incluido un total de 35 pacientes, 28 varones y 7 mujeres. 14 tienen revisiones hasta 1 mes, 4 hasta los 3 meses, 14 hasta los 6 meses y 3 de un año. La edad media de los pacientes incluidos es de 11 años (4-17 años).

Los antipsicóticos más frecuentemente prescritos fueron: risperidona y aripiprazol. Los motivos de prescripción más frecuentes fueron: agresividad, trastornos del espectro autista, retraso mental, trastorno del comportamiento no especificado y TDHA. El 42.9% de los pacientes recibían concomitantemente fármacos psicoestimulantes, 31.4% antiépilépticos, 14.3 antidepresivos, 11.4 ansiolíticos, 11.4% hipnóticos, 8.6% clonidina y un 5.7% betabloqueantes.

En el 87.5% de los casos los fármacos fueron prescritos por el psiquiatra, el resto de prescripciones fueron realizadas por neuropediatras. El 63% de los niños recibían adicionalmente soporte no farmacológico (psicológico, psicopedagógico y logopedia).

Durante el seguimiento se han recogido 67 acontecimientos adversos relacionados con los fármacos, ninguno de ellos grave. El 80% de los pacientes presentaron algún acontecimiento adverso relacionado con el tratamiento.

Del total de los 46 antipsicóticos prescritos, 12 fueron retirados durante el seguimiento. Los motivos de interrupción de tratamiento fueron: 50% por falta de eficacia y el 50% por efecto adverso. Los acontecimientos adversos que motivaron la retirada del antipsicótico fueron: aumento de peso (4 pacientes), discinesia (1 paciente) y sedación excesiva (1 paciente).

En relación con los parámetros analíticos, 4 pacientes presentaron hiperprolactinemia relacionada con los fármacos antipsicóticos. 6 de los niños presentaron algún criterio diagnóstico de síndrome metabólico (criterios Diagnósticos del Síndrome Metabólico según el NCEP-ATP III); pero solo en un caso se objetivó la presencia de 3 criterios, necesarios para la confirmación diagnóstica.

Ninguno de los pacientes presentó alteraciones clínicamente relevantes a nivel electrocardiográfico.

#### CONCLUSIONES:

La creación de una plataforma online de farmacovigilancia constituye un herramienta útil para la sistem-

atización del control de efectos adversos de antipsicóticos en niños y adolescentes, con resultados preliminares que corroboran las recomendaciones internacionales de realizar esta monitorización.

#### 115.- EPISODIO PSICÓTICO AGUDO EN EL CONTEXTO DE SHOCK TÓXICO

*Castillo García, Isabel María. Hospital 12 de Octubre / del Nido Varo, Laura Patricia. Hospital 12 de Octubre / Vázquez Caubet, José Camilo. Hospital 12 de Octubre / Soria García- Rosel, Elena. Hospital 12 de Octubre / Espín Jaime, José Carlos. Hospital 12 de Octubre*

#### OBJETIVOS:

Se describe el caso clínico de un paciente que presenta clínica confusional en el contexto de un síndrome tóxico que evoluciona posteriormente a un episodio psicótico con importante componente afectivo. Se realiza posteriormente una revisión acerca de este tema.

#### MÉTODOS:

revisión en Medline de artículos publicados, desde 1998, acerca de episodios psicóticos en el contexto de shock tóxico (tanto estreptocócico como estafilocócico).

#### RESULTADOS:

En el caso que presentamos tras la resolución del síndrome confusional en el contexto de infección grave (etiología no filiada en este momento); se objetivaba sintomatología compatible con un episodio psicótico con importante ideación delirante de culpa con notable repercusión afectiva, que remitió completamente en 15 días con el tratamiento a dosis bajas de risperidona. El paciente manifestó a posteriori haber presentado alucinaciones auditivas y delirios de culpa durante los días de hospitalización.

Existen datos que relacionan la infección estreptocócica con síndromes neuropsiquiátricos en la edad pediátrica, como son la corea de Sydenham, los PANDAS; así como asociación al síndrome de la Tourette, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos ansiosos y depresivos.

Encontramos un caso en la literatura en el que un Síndrome Tóxico de causa estafilocócica se presenta con clínica psicótica como principal sintomatología.



### CONCLUSIONES:

Casos como el presente nos invitan a reflexionar sobre la compleja relación entre inmunología y síntomas psiquiátricos, un tema que cobra especial interés en la población psiquiátrica infanto-juvenil.

### 116.- TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS SEGÚN SEXO

*Jaen Moreno, María José. USMIJ Hospital Universitario Reina Sofía / Sánchez Raya, Araceli. / Sanchez Vázquez, Vicente. Coordinador USMIJ Hospital Universitario Reina Sofía / Castillo Romero, Maria Angeles. / Guijarro Granados, Teresa. FEA USMIJ Hospital Universitario Reina Sofía*

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de síntomas con dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás. Estos trastornos se han convertido en una patología que está en aumentando en los países desarrollados y en vías de desarrollo, convirtiéndose en la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes.

El objetivo que nos planteamos fue encontrar si hay diferencias entre las características psicológicas de los adolescentes en los trastornos de conducta alimentaria en función del sexo.

#### Muestra.

La muestra estaba compuesta por 34 adolescentes (17 hombre y 17 mujeres) con edades comprendidas entre 14 y 17 años que habían sido atendidos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba diagnosticados de trastorno de conducta alimentaria según CIE-10.

Como instrumentos de evaluación se utilizó el inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) y el índice de masa corporal.

#### Resultados.

La muestra estaba formada por un 50% de hombres y un 50% de mujeres. La distribución en relación con la edad fue de 14 años 11'8%, 15 años 35'5%, 16 años 23'5%, 17 años 20'4%. Se han encontrado resultados

estadísticamente significativos en el parámetro inseguridad social (presente en la escala EDI-2) en relación con el sexo, no siendo significativos ninguno de los demás parámetros. En las pruebas de contraste de hipótesis para pruebas no paramétricas hayamos significancia en la variable perfeccionismo en relación con el sexo.

#### Conclusiones.

En nuestro estudio encontramos que tanto hombre como mujeres coinciden en síntomas como son la insatisfacción corporal, la restricción alimentaria, los atracones, la ineficacia, miedo a la madurez el ascetismo e impulsividad. Encontramos significancia en la variable inseguridad social en relación con el sexo de lo que podría extraerse que las mujeres de nuestro estudio son más inseguras que los hombres a la hora de las relaciones interpersonales.

### 117.- ANOREXIA NERVIOSA DE PRESENTACIÓN PRECOZ, A PROPÓSITO DE UN CASO.

*FERNÁNDEZ-CLEMENTE MARTÍN-OROZCO, LUIS JESÚS. USMIJ. CH-TOLEDO / GRANADA JIMÉNEZ.*

#### Introducción:

La AN se presenta con más frecuencia en 2 picos etarios, de acuerdo con distintas series, los 14 y los 18 años. Por debajo de estas edades, antes del estímulo puberal, la prevalencia total es unas 3 veces menor y se asocia a unos factores de vulnerabilidad específicos.

#### Objetivos:

Llevar a cabo una revisión de los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a esta forma de presentación prepuberal de la AN y de las terapias consideradas más eficaces, exponiendo las singularidades de nuestro caso: edad y contexto familiar particular.

#### Métodos:

Revisión en Pubmed y en recursos especializados online con las palabras claves: "anorexia nervosa in children", "Pediatric anorexia nervosa", "Anorexia factor risk"

A propósito del caso clínico de una Niña de 10 años, que cumple criterios de A. Nerviosa, se describe las prin-



cipales características y rasgos de vulnerabilidad del caso.

#### **Resultados:**

Se evidencia una frecuencia inferior de los casos pre-puberales, con un mayor porcentaje de varones respecto a series en los rangos de edad habituales. Preocupación excesiva de las madres por la alimentación y mayor influencia de los factores familiares entre otros.

Se reconoce la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el que tienen una especial relevancia por los resultados a largo plazo las terapias basadas en la familia.

#### **Conclusión:**

En nuestro paciente se dan algunos de los factores de vulnerabilidad mencionados.

Se concluye en la importancia de prevenir e intervenir durante la infancia en determinados factores de riesgo relacionados con el entorno familiar, dada la influencia de éstos en la psicopatología en este grupo de pacientes con TCA de inicio temprano.

### **118.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE TCA EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA**

*Martín Marfil, Paula. HURS / Suárez Gómez, María. HURS / Guijarro Granados, Teresa. HURS (Área USMIJ)*

#### **OBJETIVOS**

El área de Salud mental, el Servicio de Endocrinología y el Servicio de Pediatría del Hospital Reina Sofía de Córdoba, llevan desarrollando desde 1999, un programa asistencial específico para atender a los pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. En 2003 el programa se vio reforzado con la creación de Hospital de Día y un comedor terapéutico, y la contratación de cinco profesionales más en la Unidad de Salud Mental y Juvenil, que se encarga de la coordinación del programa y la atención a las menores de 18 años.

En 2008 se implanta el proceso asistencial integrado "Trastorno de la conducta alimentaria", cuyo objetivo aúna el conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos, que puedan aparecer en torno a la alimentación y la imagen corporal, que cumplan crite-

rios de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10, sin límite de edad "proceso TCA Junta de Andalucía".

El objetivo del presente estudio es describir los datos de relevancia clínica en nuestra Unidad de TCA, y comparar los resultados con los obtenidos en estudios previos (hasta el año 2009).

#### **MATERIAL**

Se estudiaron 67 pacientes atendidos en la unidad de TCA de la USMIJ de HURS (Córdoba) entre los años 2010 y 2011, y se analizaron los datos relativos a la prevalencia y la incidencia realizando un estudio descriptivo de dicho trastorno. Posteriormente, se comparó con los resultados obtenidos en dicha Unidad desde 1999 hasta 2009.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0 para Windows. Las variables analizadas fueron las siguientes: Edad, sexo, alta, diagnóstico, ingreso, IMC y lugar desde el que se realiza la derivación a Unidad TCA.

#### **RESULTADOS y CONCLUSIONES**

La incidencia (número de casos nuevos por año), está estabilizada en torno a 50 casos anuales hasta 2004/2005, momento en que se produce un fuerte incremento de un 30%. Se aprecia una tendencia a la baja en 2006 que se confirma en 2007, continuándose en 2008-2009 y manteniéndose en 2010-2011.

Consultan más anoréxicas (70% en 2009), que bulímicas, a pesar de tener más prevalencia la Bulimia. Entre 2010 y 2011 continúan consultando más anoréxicas (61%) que bulímicas (16%), el resto de pacientes fueron clasificados como TCA sin especificar (23%).

La proporción Hombres/Mujeres, se mantuvo estable hasta 2009 en torno 1/9. Entre los años 2010 y 2011 la proporción fue 1/7.

Las edades de mayor incidencia, en AN es de 14-16 años (80% en 2009), y en BN 15-17 años (70% casos en 2009). Entre 2010 y 2011 las edades de mayor incidencia, en AN, es de 14-17 años (83%), y en BN es de 15-17 (70%).



**119.- ADAPTACIÓN PRECOZ DE LA MADRE TCA AL MATERNAJE Y CRIANZA DE SU BEBÉ. INFLUENCIA DE LA ORGANIZACIÓN VINCULAR.**

*Carrera, María. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca / Bayo Fernandez, Carmen. Unidad de Trastornos Médico-Psicológicos de Madrid / Taladriz, Angeles. Hospital Niño Jesús de Madrid / Lago, Eva. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca / Morandé Lavín, Gonzalo. Hospital Niño Jesús de Madrid*

**Introducción:**

Están descritos las dificultades y temores que presentan las mujeres que padecen un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la vinculación con sus bebés y en la crianza. El objetivo de este trabajo es mostrar cómo, aún estando la psicopatología presente, la madre TCA puede ser capaz de adaptar al bebé a una alimentación/crianza normales en el curso de organizar un buen vínculo con él.

**Metodología:**

Se realiza el seguimiento durante el embarazo y parto de 40 mujeres y sus 40 bebés primogénitos. Las pacientes son entrevistadas y seguidas con frecuencia quincenal tras el parto. Se hace un análisis descriptivo de las variables definidas utilizando el programa estadístico SPSS17.0.

Se analiza el material clínico de las entrevistas de seguimiento de cuatro casos.

**RESULTADOS**

Hemos encontrado un 43% de bebés con dificultades en la alimentación (amamantamiento, biberón, dificultades en los cambios de alimentación por densidades y texturas). El ajuste madre/hijo en una organización vincular adecuada es del 56%.

En los casos presentados encontramos cuatro madres con sus respectivos bebés con inmensas dificultades para alimentarles y con sentimientos de incompetencia. Gracias al deseo de ser una madre competente y consciente de sus problemas debido al TCA, estas madres son capaces de aprender a alimentar a los hijos a la vez que se va organizando el vínculo normalmente.

**CONCLUSIONES**

Aunque la muestra es muy pequeña y por tanto las conclusiones no son generalizables pensamos que las madres TCA son capaces de alimentar adecuadamente a sus hijos y crear un vínculo sano con ellos. Está indicado que la diada realice un seguimiento preventivo con terapeutas especializados.

**120.- REALIDAD Y SUBJETIVIDAD EN UN HOSPITAL DE DÍA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) DE ADOLESCENTES: ESTUDIO COMPARATIVO 2010 Y 2011.**

*MARTINEZ-CANTARERO, CARMEN. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS / FAYA BARRIOS, MAR. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS / MARTORELL VICENS, ANA. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS / PUERTO VIDALES, NIDIA. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS / GARCÍA DEL BARRIO, ROSA. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS / MORANDÉ LAVIN, GONZALO. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS*

**Fundamentos:**

La realidad social y la crisis contemporánea deberían afectar a la estructura intermedia que representa un Hospital de Día de Adolescentes TCA inmerso en un Hospital Infantil, en cuanto al volumen de demanda, tiempo de estancia así como a la patoplastia de dichos trastornos, con mayor aumento de patologías purgobulmicas. El cultivo de la realidad, propio de las situaciones de crisis, iría en detrimento de la subjetividad con evoluciones más resistentes.

**Objetivos:**

Estudio descriptivo, naturalístico y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de TCA que han seguido el programa comparando los resultados 2010 y 2011 de número de admisiones, tiempo de estancia, diagnóstico, y tipo de evolución.

**Método:**

Cuestionario de recopilación de datos de elaboración propia con las variables a estudiar.



### Resultados.

Las admisiones en el 2011 fueron un 15 % menos que en el 2010 (68/80). El tiempo de estancia aumento 1, 25 semanas más (6,75/8). Descendió el diagnóstico de ANR en un 6 % menos (47/53 %) aumentaron las formas EDNOS en un 4,5 %, y se mantuvieron estables las formas purgobulímicas. El tipo de evolución inestable descendió en un 4 % (13/17 %) y aumentó en un 1,5 la resistente (26,5/25 %).

### Conclusiones:

La situación de crisis ofrece una ligera disminución de la demanda de TCA con menor número de formas restrictivas y mayor de EDNOS, y un aumento de la evolución resistente, coherente con nuestras hipótesis de la relación entre estos trastornos y el progreso social. La disminución de la evolución inestable, es un resultado paradójico, con difícil interpretación en este contexto general.

### 121.- VARIABLES CLÍNICAS EN VARONES ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*Baztarrica Jarauta, Roberto. Universidad Pontificia de Salamanca / Graell Berna, Montserrat. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid / Andrés Nestares, Patricia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid / Gómez Martínez, M<sup>a</sup> Ángeles. Universidad Pontificia de Salamanca / Faya Barrios, M<sup>a</sup> del Mar. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid / Morandé Lavin, Gonzalo. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid*

### Objetivos:

Análisis de variables clínicas en una muestra de varones adolescentes diagnosticados de Anorexia Nerviosa.

### Método:

N=16 varones de 13 a 18 años (13 españoles y 3 latinoamericanos), con diagnóstico AN (AN Restrictiva=10, AN Purgativa=3) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado próximo a éste (TCANE=3). La evaluación se realizó mediante entrevista clínica.

### Resultados:

Edad: M=14,63 (Sd=1,41), siendo el 56,3% de 13-14. El 53,4% procede de familias monoparentales o recon-

stituidas.

Tiempo de evolución M=12,63 meses (Sd=7,13); peso perdido M=13,91 kg. (Sd=9,27); IMC M=17,43 (Sd=2,34). Velocidad de pérdida de peso M=0,468 kg./semana (Sd=0,277). Un 43,8% precisó de ingreso hospitalario.

Las medidas utilizadas para ello son: Restricción alimentaria en el 93,8% (un 54,5% utiliza una dieta pre-fijada); ejercicio físico 92,9%, con M=6,5 h./semana (Sd=2,91), de tipo aeróbico en el 83,3%; de éste es compulsivo un 75%.

A nivel cognitivo se observa ideación obsesiva con la imagen corporal en el 100% siendo las obsesiones principales el peso (42,9%) y la musculatura (42,9%). Tienen creencia de sobrepeso previo un 91,7%, pero se confirma objetivamente sólo en un 54,4%. El 70% de la muestra no tiene conciencia de enfermedad. Un 62,5% ha padecido burlas de iguales.

El 56,3% presenta síntomas comórbidos, a resaltar ansioso-depresivos y/o consumo de tóxicos.

En el desarrollo evolutivo destacan problemas neonatales en un 30,8%, de alimentación en un 26,7% y del sueño en un 41,7%. El 31,2% presenta antecedentes psiquiátricos/psicológicos.

### Conclusiones:

En varones con TCA, la consulta por cuadro incompleto (TCANE) es todavía infrecuente. La edad de inicio es adolescencia temprana. El tiempo medio para acudir a consulta es de 12 meses, con pérdidas de peso altas en períodos cortos de tiempo. Los varones restringen su ingesta y practican ejercicio físico con intención de disminuir su peso y aumentar su musculatura. Se realiza también ejercicio anaeróbico. La mayoría creen haber tenido sobrepeso, pero no todos lo tuvieron realmente.

### 122.- METILFENIDATO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 50/50 (MEDIKINET®) DOS VECES AL DÍA, ESTUDIO ABIERTO PROSPECTIVO.

*Montañés-Rada, Francisco. HUFA / Martínez-Granero, MA. HUFA / Andrés Prado, Maria-Josefa.*

### Introducción

Se presenta el primer estudio publicado en menores de



18 años ( $x=13,6$ ; rango:10-16) en el que metilfenidato de liberación prolongada 50/50 de 8 horas de duración (medikinet®) es usado en dos tomas al día.

### Métodos

En el contexto de un estudio abierto prospectivo, a 60 derivaciones consecutivas candidatas a tomar estimulantes de 8 a 21 horas pero que no podían tomar metilfenidato de acción inmediata, se les ofreció tomar dos dosis de medikinet®: una dosis fija de 30 mg en desayuno (8:00 h) y otra en la tarde (15:00h) que podía ser de 10 mg ( $n=34$ ) ó 20 mg ( $n=6$ ) con el objetivo de valorar eficacia y tolerancia.

No hubo diferencias entre los 40 pacientes incluidos y los 20 no incluidos en el estudio. Los pacientes eran casos moderados-severos (Conners de Profesores superior a 45).

### Resultados

A las 8 semanas se alcanzó remisión parcial en el 27,5% (desaparición de al menos el 25% de síntomas iniciales) y remisión completa en el 63% de pacientes (síndromica en el 12,5%, sintomática en el 25% y funcional en el 22,5%).

También se logró reducir la sintomatología de forma estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) hasta puntos inferiores a los de población normal, para todas las subescalas de la escala de Eyberg, Conners de Padres y Profesores (excepto para la subescala de conducta del Conners de Profesores).

Debido a la aparición de insomnio, 2 pacientes tuvieron que reducir dosis medikinet® de la tarde a 10 mg y 3 lo suspendieron por la tarde.

### Conclusiones

Medikinet (metilfenidato 50/50) en dos tomas al día es bien tolerado, es eficaz en el subgrupo de pacientes moderados/severos incluso si estos eran resistentes a otras presentaciones de metilfenidato.

## 123.- GRUPO GEITDAH PRESENTACIÓN

Montañés-Rada, Francisco. HUFA / Gastaminza-Pérez, Xavier. Hospital Valle de Hebrón / Ruiz-Sanz, Francisco. Hospital San Telmo Palencia / Ortiz- Guerra, Jordi. Hospital Sant Joan de Déu; Esplugues, Barcelona / Sasot- Llevadot, Jordi. Centro Médico Teknon; Barcelona /

Ferrin, Maite. CH RS Tudela

Los autores previos lo hacen en nombre del grupo GEITDAH. Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, García-Giral M, Ortiz-Guerra J., Alda-Díez JA, Mojarro-Práxedes D, Cantó-Díez T., Mardomingo-Sanz MJ, Sasot-Llevadot, J Pàmias M, Rey-Sánchez F; Ferrin, M, Ajoy Chao M, Torrecilla O. Gastaminza-Pérez X, Montañés-Rada F.

### INTRODUCCIÓN

Desde hace 3 años un grupo de expertos en psiquiatría infantil formado por representantes de todo el ámbito nacional, se viene reuniendo en forma de grupos de trabajo para abordar diversos objetivos en relación con el TDAH: revisión de guías internacionales a fin de elaborar una propia para el ámbito español, generar revisiones de actualización en revista propia, proponer investigaciones, etc.

### MÉTODOS

El método de trabajo ha sido el consenso con estructura horizontal usando como tecnología de apoyo a las reuniones presenciales la creación y uso intensivo de un grupo Google, para compartir archivos, crear páginas web, etc.

### RESULTADOS

Presentamos un resumen de actuaciones y de entre ellas hacemos especial incapie en el consenso GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención. Las conclusiones del consenso se han articulado en torno a una introducción sobre aspectos básicos y recomendaciones para: diagnóstico, tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico), flujo de pacientes y aspectos organizativos.

### DISCUSIÓN

Se han consensado aspectos básicos que deberían ser el punto de partida para futuros consensos locales o regionales. Es también un objetivo de este consenso disminuir la variabilidad en la asistencia que se da en nuestro país al TDAH y servir de estímulo para fines docentes. Su reducida extensión permitirá una mayor difusión a fin de lograr todos estos fines de forma más efectiva.

### BIBLIOGRAFIA.

1. Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X., Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-



Rodríguez O, García-Giral M, Ortiz-Guerra J., Alda-Díez JA, Mojarro-Práxedes D, Cantó-Díez T., Mardomingo-Sanz MJ, Sasot-Llevadot, J Pàmias M, Rey-Sánchez F; Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH) Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad Rev Neurol 2010; 51 (10): 633-63.

#### 124.- NIVELES DE FERRITINA Y GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Alda Diez, José A. Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu / Ubiñana Echarte, Marta. Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu / Serrano Troncoso, Eduardo. Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu / Sans Capdevila, Oscar. Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu / Izquierdo Pulido, Maria. Depart. de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona / San Molina, Luis. Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Sant Joan de Déu*

##### Antecedentes:

varios estudios refieren que la dopamina podría tener un importante papel en la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El hierro es una coenzima de la tirosina hidroxilasa, la cual es crítica en la síntesis de la dopamina. Niveles bajos de ferritina durante la niñez se relacionan con alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central, relacionándose con trastornos del comportamiento.

##### Objetivo.

Estudiar la relación entre la gravedad de los síntomas de TDAH y los niveles de ferritina en suero.

##### Métodos:

se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes atendidos consecutivamente en la Unidad de TDAH del Hospital Sant Joan de Déu que cumplían los criterios de TDAH sin tratamiento previo (naive) entre 5 y 17 años y tuviesen niveles de ferritina en sangre. A todos los pacientes se les evaluó mediante la Escala de

Conners para padres (CPRS), Escala de Conners para profesores (CTRS), ADHD-RS-IV de DuPaul versión para padres y colegio, Cuestionario Achenbach para padres (CBCL) y profesores (TRF).

##### Resultados:

se obtiene una muestra de noventa y nueve niños y adolescentes (Media: 9.86; DE =3.03 años), encontramos una correlación negativa entre niveles séricos de ferritina y puntuaciones del ADHD-RS-IV versión padres ( $r=-0,212$ ;  $p=0.05$ ). Los niños TDAH con niveles bajos de ferritina ( $<30$  ug/L) obtuvieron diferencias significativas en los problemas externalizantes del TRF ( $t=2,291$   $p=0,024$ , CI 0,573-8,066) y en el índice TDAH de la escala CTRS ( $t=2.42$   $p= 0.018$ , CI -0.307 - 7.130).

##### Conclusiones:

En nuestra muestra encontramos una relación inversa entre los niveles de ferritina sérica y la gravedad de los síntomas del TDAH informados por padres y profesores. Sería recomendable realizar una analítica de sangre en los pacientes con sospecha de TDAH.

##### Bibliografía

1. Eric Konofal, MD; Michel Lecendreux, MD. Iron deficiency in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158: 1113-1115
2. Pinar Oner; Ebru Bilge Dirik. Association between low serum ferritin and Restless Legs Syndrome in patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Tohoku J. Exp. Med., 2007; 213, 269-276

#### 125.- RESULTADOS DEL ESTUDIO EUROPEO 'LIFETIME IMPAIRMENT SURVEY' EN ESPAÑA: IMPACTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES Y EXPERIENCIAS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SEGÚN LOS PADRES DE NIÑOS AFECTADOS

*Hervás, Amaia. Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Barcelona / Guijarro Domingo, Silvina. Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Barcelona / Bigorra,*



Aitana. Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Barcelona / Muñoz, Antonio. Departamento Médico, Shire Pharmaceuticals Ibérica, Madrid / Plaza, Sylvia. Departamento Médico, Shire Pharmaceuticals Ibérica, Madrid

#### Objetivos:

El estudio 'Lifetime Impairment Survey' (LIS) fue una encuesta europea realizada para evaluar el impacto del TDAH en la vida diaria de los pacientes. Aquí se analizan los resultados relativos a España.

#### Métodos:

Diseñado por psiquiatras y psicólogos especialistas en TDAH y realizado en seis países europeos (Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Reino Unido), el LIS reclutó utilizando una base de datos de 487.533 voluntarios (68.592 en España). Los padres/cuidadores de niños con TDAH respondieron a preguntas sobre las experiencias de sus hijos y el diagnóstico y tratamiento del trastorno. Las preguntas fueron transcritas en escalas para evaluar el nivel de las dificultades encontradas en diferentes áreas (problemas escolares, sociales, en casa y síntomas de TDAH y comórbidos). Las puntuaciones de cada escala se compararon con las obtenidas por padres de niños sin TDAH.

#### Resultados:

En España, 107 y 110 padres de niños con y sin TDAH participaron en la encuesta; la edad media (DE) de los niños fue 11,8 (3,5) y 11,7 (5,5) años, respectivamente. Los niños con TDAH presentaron puntuaciones significativamente más desfavorables ( $p < 0,001$ ) en casi la totalidad de las escalas analizadas, incluyendo impedimento general (puntuación media[DE]: 2,4[1,2] en niños con TDAH contra 1,9[1,2] en niños sin TDAH), síntomas de TDAH (4,0[0,8] contra 2,8[0,8]), síntomas comórbidos (3,3[0,8] contra 2,4[0,9]), fracaso escolar (2,0[1,3] contra 0,6[0,9]) y dificultades en la escuela (2,6[0,8] contra 2,0[0,8]), en las relaciones (2,2[0,9] contra 1,7[0,7]) y en casa (2,0[0,4] contra 1,8[0,4]). La edad media de los niños con TDAH al diagnóstico fue 7,0 (3,0) años; 2,8 (2,8) médicos tuvieron que ser consultados para alcanzar el diagnóstico, durante un periodo de 21,5 (44,4) meses. El 56,9% de los niños con TDAH estaba recibiendo medicación, sola (15,7%) o en combinación con tratamiento psicológico (41,2%). El 74,6% de los padres declaró estar satisfecho con la medicación.

#### Conclusiones:

Los padres de niños con TDAH informaron de un mayor impedimento en la vida escolar, familiar y social respecto a los controles. Como promedio los niños tienen que esperar casi dos años y consultar a varios médicos para ser diagnosticados.

Estudio financiado por Shire Pharmaceuticals Ltd.

#### 126.- EL TDAH EN LA INFANCIA COMO MANIFESTACIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL ADULTO.

García Chala, Andrea. Unidad de Salud Mental Infantil - Jesús Fuente de San Luis. Valencia / Fernández-Palacios Giménes, Pilar. Unidad de Salud Mental Infantil - Jesús Fuente de San Luis. Valencia / Martínez Sáez, Luisa. Unidad de Salud Mental Infantil - Jesús Fuente de San Luis. Valencia / Boluda Bayona, Carmen. Unidad de Salud Mental Infantil - Jesús Fuente de San Luis. Valencia / Cuadrado López, Rosana. Unidad Salud Mental Infantil Guillem de Castro. Valencia / Mayero Mariscal de Gante, Sara. Unidad Salud Mental Infantil Guillem de Castro. Valencia

#### FUNDAMENTOS:

Se estima que el TDAH supone el 50% de las consultas en Salud mental infanto-juvenil. Hay que tener en cuenta que dentro de la variedad de la clínica de un niño con TDAH, ésta puede atribuirse a otros trastornos psiquiátricos, neurológicos y médicos. Es difícil en ocasiones realizar el diagnóstico diferencial ya que suele haber un solapamiento de síntomas y hasta en un 70% de los casos el TDAH se asocia a otros trastornos. La finalidad del presente trabajo es demostrar la importancia de la exhaustiva exploración psicopatológica de estos niños, la influencia de la heredabilidad genética y el ambiente en el desarrollo evolutivo de estas patologías.

#### MÉTODOS:

Se atiende en esta USMI a 5 hermanos pertenecientes a una familia supernumerosa (10hijos).

Como antecedentes familiares destacar: La madre 2 depresiones post-parto. Padre TDAH y Sd Ansioso depresivo asociado. Hermana de 18 años: Esquizofrenia simple (debut a los 16 años).

El motivo de consulta inicial en todos ellos fue sospe-



cha de TDAH con repercusión académica y conductual. Las edades de inicio de seguimiento en esta Unidad en cada uno de ellos fueron: 7, 8, 10, 13 y 14 años respectivamente.

### RESULTADOS:

Durante una media de 5 años de seguimiento, los diagnósticos objetivados hasta el momento actual de menor a mayor edad:

- TDAH combinado en tratamiento con metilfenidato con buena respuesta.
- TDAH inatento con clínica alucinatoria precisando retirada de metilfenidato e introducción de risperidona. Mejoría parcial con probable evolución a T.Psicótico en el adulto.
- TDAH predominio hiperactivo-impulsivo y Trastornos conductuales asociados junto con marcado estado afectivo inestable con probable evolución a bipolaridad. Tratamiento con atomoxetina.
- TDAH predominio hiperactivo-impulsivo con rasgos caracteriales de introversión y actitud pesimista y melancólica. Tratamiento con metilfenidato.
- TDAH combinado con rasgos caracteriales antisociales. Tratamiento con metilfenidato con respuesta parcial.

### CONCLUSIONES

Aunque en un principio el motivo de derivación para asistencia psiquiátrica fue sospecha de TDAH en los 5 hermanos, con los años de seguimiento el perfil caracterial y psicopatológico de cada uno de ellos ha sido distinto. Desde las Unidades de Salud mental infantil se puede realizar una labor preventiva y diagnóstica de futuras patologías psiquiátricas en el adulto, así como el abordaje temprano de dichos trastornos.

### 127.- COMORBILIDAD ASOCIADA AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

*Andrés Prado. M<sup>a</sup> José. Hospital Universitario Fundación Alcorcón / Montañés Rada, Francisco. Hospital Universitario Fundación Alcorcón / Martín Ríos, M<sup>a</sup> Dolores. Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

#### Fundamentos:

El TDAH es una de las enfermedades neuropsicológicas más prevalentes en la edad infantil. Los individuos que presentan un TDAH se encuentran en riesgo de asociar otra patología. La asociación con otra entidad nosológica tiene implicaciones en relación al pronóstico y la severidad del trastorno.

El objetivo de este estudio es describir la comorbilidad asociada al TDAH y analizar la asociación entre el subtipo clínico de TDAH y la comorbilidad psicopatológica.

#### Métodos y pacientes:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal, se recogieron datos correspondientes al periodo de estudio enero de 2006 hasta abril de 2011. La población de estudio fueron niños y adolescentes atendidos en las consultas externas de psiquiatría de un Hospital Universitario de la Comunidad de Madrid (HUFA). Se incluyó como variable dependiente la comorbilidad clínica definida como la presencia de otra enfermedad mental en un mismo individuo de forma simultánea al TDAH.

#### Resultados:

Se recogieron datos de 144 pacientes, niños y adolescentes diagnosticados de TDAH. El 78,47% eran varones, la edad media al diagnóstico fue de 9,48 años (DE:3,30). De los 144 niños estudiados, 77 (53,47%) asociaban una patología neuropsicológica. La comorbilidad asociada fue en el 68,83% de los casos trastorno negativista desafiante, el 18,18% presentaban tics, el 9,09% ansiedad, el 3,90% trastornos de la eliminación, el 3,90% epilepsia y 1,30% con trastorno afectivo, otro 1,30% trastorno obsesivo-compulsivo y 1,30% retraso del lenguaje. En 6 casos se asociaron 2 enfermedades al TDAH. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación en la escala de Conners de profesores, así como tampoco en la medicación indicada para el tratamiento del TDAH, en función de si los niños presentaban comorbilidad asociada o no. En el grupo de niños con subtipo clínico conocido (N=62), aquellos con TDAH hiperactivo o combinado presentaron mayor comorbilidad asociada que el grupo de niños inatento OR=4,44 (1,45-13,5).

#### Conclusiones:

Se detectó una asociación entre el subtipo clínico agrupado de TDAH y la comorbilidad clínica en el grupo de pacientes con subtipo clínico conocido (N=62). No se



encontraron diferencias en el tratamiento indicado en función de si presentaban comorbilidad asociada o no.

### **128.-ACEPTACIÓN DE NEUROFARMAGEN® TDAH. UTILIZACIÓN DE UN ANÁLISIS GENÉTICO EN LA PRÁCTICA DIARIA**

*Hormaechea, Juan Antonio. Hospital Quirón Vizcaya / Mulas, Fernando. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP)*

#### **OBJETIVOS**

Conocer el uso y la valoración que los profesionales que tratan TDAH hacen del análisis genético Neurofarmagen® TDAH (NFG-TDAH). Esta prueba permite estudiar la presencia de ciertos polimorfismos implicados en la respuesta al tratamiento farmacológico, la predisposición a padecer trastornos por abuso de sustancias y la susceptibilidad a padecer TDAH.

#### **MÉTODOS Y PACIENTES**

Encuesta sobre praxis y opinión a 24 psiquiatras infantiles y neuropediatras sobre el uso clínico habitual de NFG-TDAH a partir de una muestra de saliva en pacientes con diagnóstico de TDAH.

#### **RESULTADOS**

NFG-TDAH se había utilizado en un total de 236 pacientes con diagnóstico de TDAH. El principal motivo para su uso fue averiguar la probabilidad de respuesta positiva al tratamiento con metilfenidato (55,1%), evaluar la susceptibilidad de presentar TDAH en otros miembros de la familia (33,2%) y conocer si existía un aumento del riesgo de abuso de opiáceos/alcohol (31,8%). Tras recibir el informe de resultados, el 62,5% de los médicos cambiaron de opinión respecto al diagnóstico, tratamiento y/o la comorbilidad de la enfermedad en al menos un caso. La utilidad del análisis genético ha sido bien valorada (media >7), sobre todo para aquellas situaciones en que las familias y/o pacientes niegan la patología (7,8). NFG-TDAH tuvo buena aceptación por parte del 87,5% de los médicos

#### **CONCLUSIONES**

En la práctica clínica, el análisis genético con muestra de saliva para TDAH se ha utilizado sobre todo para

averiguar la probabilidad de respuesta positiva al tratamiento con metilfenidato, si bien, los especialistas también lo consideran especialmente útil para los casos en que las familias y/o pacientes niegan la patología. El análisis genético ha sido mayoritariamente bien aceptado y ha hecho que prácticamente 2 de cada 3 especialistas cambiaran de opinión respecto al diagnóstico, el tratamiento y/o la comorbilidad de la enfermedad en al menos uno de sus pacientes.

### **129.- NIVELES DE ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS CON Y SIN TDAH DURANTE EL PERIODO DE LA VUELTA AL COLEGIO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE OPINIÓN NO CLÍNICO**

*Hernández Otero, Isabel. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Hospital Marítimo, Málaga*

#### **Objetivos:**

El estudio sobre el estrés de volver al colegio (back-to-school stress survey) fue una encuesta de opinión no clínica diseñada para comparar el estrés en padres de niños con y sin TDAH durante la vuelta al colegio. Se realizó en seis países europeos (Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Reino Unido) y Canadá; aquí analizamos los datos relativos a España.

#### **Métodos:**

La encuesta se diseñó utilizando una escala de estrés de Holmes y Rahe modificada. Los padres de niños con y sin TDAH evaluaron situaciones potencialmente estresantes (por ejemplo preparar a los niños para la escuela por la mañana), utilizando una escala de uno (estrés bajo) a diez (estrés alto). Los participantes también respondieron a preguntas sobre situaciones estresantes estándar, como llegar tarde al trabajo.

#### **Resultados:**

En España, 103 y 101 padres de niños con y sin TDAH (74,8% y 53,5% mujeres, respectivamente) participaron en la encuesta. La edad media (DE) fue 40,9 (7,20) y 40,0 (7,14) años, respectivamente. En los dos grupos, el 92,3% y 94,1% de los participantes tenían =2 hijos en casa. El 95,1% de los participantes del grupo con TDAH tenía un hijo con TDAH y el 4,9% tenía dos. La edad me-



dia (DE) del hijo mayor con TDAH (75.7% varones) fue 11,1 (3,11) años; el 42,7% tenía =1 patología comórbida, como trastorno del aprendizaje/dislexia (17,5%), trastornos del lenguaje (8,7%), de la conducta (6,8%) y de tics (6,8%). El 60,2% estaba tomando medicación para el TDAH, en el 48,4% de los casos suspendiéndola durante las vacaciones, generalmente por indicación del médico (60,0%). Los padres de niños con TDAH resultaron tener niveles de estrés significativamente más altos ( $p < 0,05$ ) en todos los aspectos relacionados con la vuelta al colegio considerados. Asimismo, se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en la mayoría de los ámbitos de referencia analizados (vida personal, familiar y eventos vitales,  $p < 0,05$ ).

#### Conclusiones:

En esta muestra española de padres, la vuelta al colegio es significativamente más estresante para los padres de niños con TDAH respecto a los de niños sin TDAH.

Estudio financiado por Shire AG, Switzerland.

### 130.- ORDEN DE FRATRÍA Y TDAH.

*Ney Diaz, Inti Itati. CSMA Valls. Institut Pere Mata. / Masana Marín, Adela. CSMIJ Tarragona. Institut Pere Mata.*

#### Fundamentos y objetivos

El peso del factor orden de fratría en la enfermedad en general y en la enfermedad mental en particular ha sido estudiado desde hace décadas. Sin embargo, hasta hoy no se ha demostrado relación entre orden de nacimiento y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Este estudio analiza la prevalencia de primogénitos atendidos por trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Nuestro objetivo general consiste en comparar el predominio de primogénitos, entre pacientes con diagnósticos de TDAH y sus hermanos sanos, controlando algunos posibles factores de confusión.

#### Método

De nuestras bases de datos seleccionamos a todos los pacientes en seguimiento ambulatorio, con un diagnóstico estable mínimo de 6 meses de TDAH, que se encontraran en tratamiento en el momento del análisis de la

base de datos ( $n=748$ ).

Revisamos las historias clínicas de cada paciente, para recoger los diagnósticos, la fecha de nacimiento, el sexo, el orden de nacimiento, la fecha de nacimiento maternal y paternal, si provienen de familias nucleares o reconstituidas, si es hijo biológico o adoptado, así como el número de hermanos, diagnósticos, sexo y la fecha de nacimiento de ellos.

Las familias con hijos adoptados, no nucleares o con hijo único, fueron excluidas del análisis. Las familias en las que alguno de los hijos (el caso o el control) tengan en el momento del análisis menos de seis años o más de dieciocho, fueron excluidos también, para reducir al mínimo el riesgo de controles falsos en individuos fuera de nuestro rango de posibilidad de diagnóstico.

Dentro de las 181 familias con criterio de inclusión, consideramos casos todos los hijos con diagnóstico de TDAH. Consideramos controles a todos los hermanos sin historia de cualquier contacto con nuestro servicio. Todos los hermanos que tenían diagnósticos psiquiátricos diferentes de TDAH fueron excluidos. Fueron identificados 213 casos (hay familias con más de un caso de TDAH) y 173 controles.

Todas las familias firmaron el consentimiento informado en el momento de inicio del tratamiento en nuestro servicio, para que puedan ser utilizados datos de la historia clínica en estudios epidemiológicos.

Utilizamos el sistema Statistical Package Software System (SPSS) 15.0, para analizar los datos.

#### Resultados

El orden de nacimiento tiene diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.013$ ) entre casos y controles.

Hallamos un riesgo mayor de TDAH, de 1.89, en el primogénito, comparado con otra posición en la fratría. Encontramos un mayor riesgo de TDAH, de 1.77, en el primogénito respecto al segundo hermano y de 3.1 respecto al tercero.

#### Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que el orden de nacimiento puede ser un factor de riesgo para tener TDAH en muestras clínicas, teniendo cerca de dos veces más riesgo de tener TDAH el primogénito respecto a otra posición en la fratría.

Confirmar la orden de nacimiento como un riesgo en el TDAH puede abrir nuevos campos, epidemiológica-



182

mente relevantes, en desórdenes con un inexplicado aumento de su prevalencia a nivel mundial.

Enfatizamos en que la natalidad en los países desarrollados está disminuyendo, y las familias con uno o dos niños son las más frecuentes. En este contexto, si ser primogénito es un factor de riesgo, poblaciones con una proporción mayor de primogénitos que de otros órdenes de fratría, tendrán una prevalencia aumentada de desórdenes en los cuales ser primogénito sea un factor de riesgo, si no son desarrolladas estrategias selectivas preventivas.

### 131.- EL TDAH, LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO.

*Mayero Mariscal de Gante, Sara. Hospital General Universitario de Valencia. / Cuadrado López, Rosa Ana. Hospital General Universitario de Valencia. / García Chala, Andrea. Hospital General Universitario de Valencia. / Espinosa González, Amparo. Hospital General Universitario de Valencia. / Peña Serrano, María Desamparados. Hospital General Universitario de Valencia. / Blázquez Calatayud, Elena. USMI Guillem de Castro, Valencia*

Hoy en día existen numerosas vías de investigación dedicadas al estudio del componente genético que puede llevar asociado el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Con este trabajo se pretende mostrar, a propósito de un caso, la relación hereditaria de este cuadro.

#### Métodos:

Se realiza seguimiento de una paciente de 13 años que acude por vez primera a la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) remitida desde consultas de Psicopedagogía. Sin diagnóstico definitivo en base a los test a los que se le sometió, muestra dificultades de aprendizaje, así como una importante carga familiar de TDAH (sus dos hermanos y un primo paterno). Ambos hermanos inician, varios meses antes, tratamiento con metilfenidato mostrando buena respuesta. Por ello, se deriva a la paciente para valorar el inicio de la misma pauta.

Se recogen datos acerca de su psicobiografía (embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones). No describen tics. Muestra regular rendimiento escolar suspendiendo este último curso 6 asignaturas. Su madre refiere que, a pesar de las horas de estudio que aplica,

no consigue los resultados esperados. Últimamente se muestra más irritable y susceptible y presenta conductas evitativas a la hora de iniciar el estudio.

Como antecedentes orgánicos destacar la extirpación de un nevus en cuero cabelludo y menarquia a los doce años y tres meses.

#### Resultados:

Con el seguimiento, el diagnóstico de la paciente evoluciona hacia un Trastorno por Déficit de Atención (TDA) en base a su clínica y a la mejoría que experimenta tras la introducción del metilfenidato. Se consigue un aumento en el rendimiento escolar y, como consecuencia del mismo, su actitud en el colegio y en el domicilio mejora.

#### Conclusiones:

En la práctica diaria, mediante el estudio de pacientes y sus antecedentes, se destacan las relaciones entre familiares afectos atendiendo a este cuadro. Con el presente caso clínico se pretende demostrar la importancia de estudiar de manera exhaustiva las posibles bases genéticas asociadas al TDAH, trastorno con creciente prevalencia y de gran interés en los últimos años. Además, un diagnóstico precoz ha demostrado mejorar la evolución del cuadro a largo plazo.

### 132.- DURACIÓN DE LA ACCIÓN DE DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

*Isabel, Hernández Otero. H. Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, España / Cesar, Soutullo. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España / Richard, Civil. Shire Development LLC, Wayne, PA, Estados Unidos / Andrew, Lyne. Shire Pharmaceutical Development Ltd, Basingstoke, Reino Unido / Liza A, Squires. Shire Development LLC, Wayne, PA, Estados Unidos / David, Coghill. Division of Neuroscience, Ninewells Hospital, Dundee, Reino Unido*

#### Objetivo:

Evaluar la duración de acción del dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) en los síntomas y conductas del trastorno por déficit de atención con hiper-



actividad (TDAH).

**Métodos:**

Estudio europeo, aleatorizado (n=336), controlado con placebo, con dosis diarias optimizadas de LDX (30 mg, 50 mg, 70 mg), realizado en niños y adolescentes (6-17 años) con TDAH. Los síntomas y conductas del TDAH se evaluaron a las 10:00, 14:00 y 18:00 tras una dosis por la mañana (07:00), usando una Escala Conners de Valoración por Padres reducida – Revisada (CPRS-R). El grupo de referencia fue tratado con metilfenidato oral de liberación osmótica (MPH-OROS).

**Resultados:**

En el punto prefijado de análisis, las diferencias entre tratamiento activo y placebo, en la media del cambio (ajustada por mínimos cuadrados) respecto a las puntuaciones basales (intervalo de confianza 95%) en el CPRS-R, fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) y se mantuvieron durante el día para ambos tratamientos, LDX (10:00 horas, -21,5 [-25,8, -17,1], tamaño del efecto: 1,42; 14:00 horas, -22,1 [-26,7, -17,6], tamaño del efecto: 1,41; 18:00 horas, -21,2 [-25,8, -16,5], tamaño del efecto: 1,3) y OROS-MPH (10:00 horas, -15,6 [-20,0, -11,2], tamaño del efecto: 1,04; 14:00 horas, -15,3 [-19,7, -10,9], tamaño del efecto: 0,98; 18:00 horas, -15,0 [-19,7, -10,3], tamaño del efecto: 0,92).

**Conclusión:**

Se observó una mejoría mantenida frente a placebo en los síntomas y conductas relacionados con TDAH durante todo el día al menos hasta las 18:00 horas de la tarde tras una única dosis de LDX administrada a las 7:00 de la mañana.

La investigación clínica fue financiada por Shire Development LLC.

**133.- CORRELACION ENTRE EL ANALISIS GENETICO DE SUSCEPTIBILIDAD PARA TDAH Y LOS CRITERIOS CLINICOS PARA SU DIAGNÓSTICO**

MARTINEZ LUNA, FCO. RAMON. USMIJ CIUDAD REAL / DE BERNARDO, PEDRO. USMIJ CIUDAD REAL / POZA, BELEN. USMIJ CIUDAD REAL / ALBALADEJO, ELOY. USMIJ CIUDAD REAL / RODRI-

GUEZ, CARLOS. USMIJ CIUDAD REAL / BELDA, GERMAN. USMIJ CIUDAD REAL

**OBJETIVOS:**

El presente trabajo pretende mostrar la correlación existente entre los resultados del análisis genético, mediante el test Neurofarmagén-TDAH, y los criterios clínicos que llevaron al diagnóstico de TDAH en 6 pacientes atendidos en la USMIJ de Ciudad Real.

**MÉTODO:**

Se estudiaron 6 pacientes (5 de ellos varones), elegidos aleatoriamente durante los meses de abril y mayo de 2011. Las edades estaban comprendidas entre 6 y 14 años (excepto un caso de 23 años). Todos cumplían criterios CIE-10 para el diagnóstico de TDAH y en la mayoría se había iniciado tratamiento farmacológico por ese motivo. El análisis genético se realizó según las instrucciones del kit comercializado por Neurofarmagen-TDAH (sin que supusiera gasto para el paciente). Los genes que se determinaron fueron: DAT1 (gen de susceptibilidad), ADRA2A, COMPT, CYP2D6, DAT1 (genes relacionados con la farmacocinética de los tratamientos usados en TDAH) y COMPT y OPRM1 (genes que valoran la comorbilidad de abuso de sustancias y trastornos del comportamiento).

**RESULTADOS:**

En la mitad (3) de los pacientes diagnosticados, se detectaron uno o dos alelos que indicaban susceptibilidad para presentar TDAH (gen DAT1). En todos los casos se encontró mayor capacidad de respuesta a metilfenidato. Respecto a la respuesta a atomoxetina, también se detectó posibilidad de respuesta en todos los casos. Sólo en 2 casos se detectó mayor riesgo de trastornos de conducta. En la mayoría de los casos se obtuvieron datos a favor de un mayor riesgo de consumo de tóxicos.

**CONCLUSIONES:** La correlación entre los resultados del análisis genético y el diagnóstico de TDAH, en nuestra muestra, no fue concluyente ya que la mitad de los pacientes diagnosticados, no presentaban un mayor riesgo genético. Varias pueden ser las causas: necesidad de trabajar con una muestra más representativa o existencia de otros genes involucrados en la mayor susceptibilidad para presentar TDAH.



**134.- EFECTO DE DIMESILATO DE LISDEXANFETAMINA EN LA MEJORÍA DEL DETERIORO FUNCIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

*Cesar, Soutullo. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España / Isabel, Hernández Otero. H. Universitario Virgen de la Victoria – Hospital Marítimo, Torremolinos, España / Tobias, Banaschewski. Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Alemania / Michel, Lecendreau. Pediatric Sleep Center, CHU Hospital Robert-Debré, Paris, Francia / Ralph, Bloomfield. Shire Pharmaceutical Development Ltd, Basingstoke, Reino Unido / Paul, Hodgkins. Shire Development LLC, Wayne, PA, Estados Unidos*

**Objetivos:**

Evaluar el efecto de dimesilato de lisdexanfetamina (LDX) en la mejoría del deterioro funcional en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) usando la Escala Weiss de Valoración de Deterioro Funcional - Padres (WFIRS-P).

Métodos: Este estudio europeo, aleatorizado, controlado con placebo, de una dosis diaria optimizada de LDX (30 mg, 50 mg, 70 mg) se realizó en niños y adolescentes (6–17 años) con TDAH. La WFIRS-P se completó en la línea de base, día 28 y día 49. El grupo de tratamiento de referencia incluyó el sistema oral de liberación osmótica-metilfenidato (OROS-MPH).

**Resultados:**

De los 336 pacientes aleatorizados, 317 fueron incluidos en el conjunto de análisis total, y 196 completaron el estudio. Las medias de las puntuaciones totales de WFIRS-P en la línea basal fueron similares en todos los grupos. En el punto final de evaluación, la diferencia entre LDX y placebo de la media del cambio (ajustada por mínimos cuadrados) respecto a la línea basal (intervalo de confianza del 95%) en la puntuación total de la WFIRS-P fue de  $-0,3$  ( $-0,4$ ,  $-0,2$ , tamaño del efecto:  $0,92$ ) fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). La diferencia de la media del cambio (ajustada por mínimos cuadrados) respecto a la línea basal entre OROS-MPH y placebo fue también estadísticamente significativa ( $-0,2$

$[-0,3, -0,1]$ ;  $p < 0,001$ , tamaño del efecto:  $0,77$ ).

**Conclusiones:** LDX fue más efectivo que placebo en la mejora del deterioro funcional en TDAH.

Apoyado por financiación de Shire Development LLC.

**135.- TRATAMIENTO CON METILFENIDATO Y REPERCUSIÓN EN LA CURVA PONDOESTATURAL SEGÚN PRESENTACIÓN DE LIBERACIÓN INMEDIATA, MODIFICADA U OSMÓTICA EN NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH: UN ESTUDIO NATURALÍSTICO RETROSPECTIVO.**

*Pelayo Reventún, Pablo. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Calvo Mauri, Fernando. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Hernández Naranjo, Ana. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / García Magán, Pilar. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Marín Guerrero, Ana Cecilia. Medicina Preventiva. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Romo Barrientos/ Camacho Borrego, Carmen/ Sergio. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM*

**Fundamentos:**

El metilfenidato es el tratamiento farmacológico de primera elección para niños con TDAH. Existen indicios de retraso en el crecimiento en niños que recibieron tratamiento con metilfenidato. Algunos de los factores que podrían estar implicados en el mayor o menor retraso del crecimiento son: Dosis, duración del tratamiento, régimen de tratamiento (continuo vs. “vacaciones”), farmacocinética del fármaco (liberación inmediata vs. sostenida).

Existen estudios de este tipo en otros países pero hasta el momento no existen estudios que usen las curvas de la población española, siendo este uno de los puntos fuertes del estudio.

**Objetivos:**

Se pretende, a partir de un estudio naturalístico, descri-



bir la tendencia en el crecimiento de los niños diagnosticados de TDAH y que reciben tratamiento farmacológico con metilfenidato comparandolo con las curvas de población española de su misma edad.

#### **Método:**

Se incluirán a niños que acuden a nuestra USMI-J con diagnóstico de TDAH en tratamiento con metilfenidato en las tres presentaciones disponibles en España (dosis de 0,5-1,2 mg/Kg/día), sin comorbilidad relevante ni tratamientos médicos crónicos ni sometidos a dietas especiales. El rango de edad va de los 7 a los 17 años y 11 meses. Los pacientes habrán recibido tratamiento durante al menos dos años.

Las medidas, intervalos regulares, de peso y talla han sido tomadas por la misma DUE en el mismo aparato.

Sin haber introducido la totalidad de los datos se espera una N entorno a 110 sujetos. Se estratificarán según el tipo de metilfenidato empleado y se realizarán las comparaciones pertinentes.

La altura, el peso y la velocidad de crecimiento, se convertirán al score de desviación típica, que expresa el peso, la talla y la velocidad de crecimiento del niño en termino del número de desviaciones típicas desde la media de niños con la misma edad y sexo, basadas en las curvas de crecimiento para niños españoles (Orbegozo). Los datos se expresarán en medias con su desviación típica y se usará el test t-student, para realizar las comparaciones necesarias. Los análisis se realizarán con SPSS 18.0.

#### **Resultados y conclusiones:**

El análisis de los datos se encuentra actualmente en proceso. Este estudio es el primero en comparar la repercusión del tratamiento con metilfenidato en la curva de crecimiento de la población infantil y juvenil española y esperamos aportar evidencias que contribuyan a un uso más racional del mismo. Las limitaciones principales del estudio se derivan de su diseño retrospectivo.

### **136.- TRATAMIENTO CON METILFENIDATO Y REPERCUSIÓN EN LA CURVA PONDO-ESTATURAL SEGÚN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO EN NIÑOS DE 6 A 18 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE TDAH: UN ESTUDIO NATURALÍSTICO RETROSPECTIVO.**

*Pelayo Reventún, Pablo. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. ESCAM / Calvo Mauri, Fernando. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Hernández Naranjo, Ana. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Garcia Magan, Pilar. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Marín Guerrero, Ana Cecilia. Medicina Preventiva. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM / Camacho Borrego/ Romo Barrientos, Sergio/ Carmen. USM Infanto-Juvenil. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. SESCAM*

#### **Fundamentos:**

El metilfenidato es el tratamiento farmacológico de primera elección para niños con TDAH. Existen indicios de retraso en el crecimiento en niños que recibieron tratamiento con metilfenidato. Algunos de los factores que podrían estar implicados en el mayor o menor retraso del crecimiento son: Dosis, duración del tratamiento, régimen de tratamiento (continuo vs. "vacaciones"), farmacocinética del fármaco (liberación inmediata vs. sostenida).

Existen estudios de este tipo en otros países pero hasta el momento no existen estudios que usen las curvas de la población española, siendo este uno de los puntos fuertes del estudio.

#### **Objetivos:**

Se pretende, a partir de un estudio naturalístico, describir la tendencia en el crecimiento de los niños diagnosticados de TDAH y que reciben tratamiento farmacológico con metilfenidato comparandolo con las curvas de población española de su misma edad.

Método: Se incluirán a niños tratados en nuestra USMI-J con diagnóstico de TDAH en tratamiento con metilfenidato a dosis de 0,5-1,2 mg/Kg/día.

Los participantes en el estudio no presentan comorbilidad física o psíquica relevante. Quedarán excluidos aquellos con tratamientos médicos crónicos o los sometidos a dietas especiales.

El rango de edad va de los 7 a los 17 años y 11 meses. Los pacientes habrán recibido tratamiento durante al menos dos años.

Las medidas, a intervalos regulares, de peso y talla han



sido tomadas por la misma DUE en el mismo aparato.

Sin haber introducido la totalidad de los datos se espera una N entorno a 110 sujetos. Se estratificarán entre régimen continuo o vacaciones y se realizarán las comparaciones pertinentes.

La altura, el peso y la velocidad de crecimiento, se convertirán al score de desviación típica, que expresa el peso, la talla y la velocidad de crecimiento del niño en termino del número de desviaciones típicas desde la media de niños con la misma edad y sexo, basadas en las curvas de crecimiento para niños españoles (Orbegozo). Los datos se expresarán en medias con su desviación típica y se usará el test t-student, para realizar las comparaciones necesarias. Los análisis se realizarán con SPSS 18.0.

#### Resultados y discusión:

A la espera de concluir el proceso de análisis de los datos, se espera replicar en la población española hallazgos previos en otros estudios respecto a la repercusión del tratamiento con metilfenidato en niños y adolescentes. Hallar evidencias que nos permitan elegir a los especialistas que régimen de tratamiento con metilfenidato repercute menos en la curva pondo-estatural.

El estudio presenta limitaciones propias de su diseño retrospectivo.

### 137.- FACTORES PRONÓSTICOS DE MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON ATOMOXETINA.

*Montoya Pulido, Alonso. Lilly, España / Quail, Deborah. Lilly, Reino Unido / Anand, Ernie. Lilly, Reino Unido / Cardo, Esther. Hospital Son Llätzer, Universidad Islas Baleares, Palma de Mallorca / Alda, José A.. Hospital Universitario San Joan de Déu, Barcelona / Escobar, Rodrigo. Lilly, Japón*

#### Fundamentos:

El deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (HR-QOL), así como la evidencia que soporta la eficacia de las opciones de tratamiento, incluyendo a Atomoxetina, en el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH) están bien documentados.

El objetivo del presente análisis es la identificación de factores pronósticos de mejoría en la HR-QOL de niños y adolescentes con TDAH después del tratamiento con Atomoxetina, evaluada mediante los dominios de Funcionalidad (F) y Prevención de Riesgos (PR) del Perfil de Salud Infantil (CHIP-CE).

#### Métodos:

Los datos agrupados de tres estudios controlados con placebo y de tres estudios abiertos en niños y adolescentes con TDAH tratados con Atomoxetina fueron analizados utilizando un método de regresión logística. Sólo los sujetos con afectación en los dominios F y PR, <40 puntos, (n = 190 y 183 de la muestra de estudios controlados, 422 y 355 en los estudios abiertos, respectivamente) fueron incluidos en este análisis. El resultado del tratamiento después de 8-16 semanas se clasificó como <2,5, entre 2,5 y 10 puntos, o >10 puntos de cambio.

#### Resultados:

En base a la muestra de los estudios controlados doble ciego, el deterioro basal en los subdominios de la CHIP-CE y el tipo de estudio (efecto global del estudio:  $p < 0,001$ ) mostraron ser factores de pronósticos de mejoría en los dominios F y PR, mientras que la presencia de eventos adversos emergentes al inicio del tratamiento (Odds Ratio, OR: 2,0) se asoció con mejorías en dominio de PR. Además, en los tres estudios abiertos, la respuesta inicial a los síntomas nucleares (OR: 3,2 a 15,6) fue el factor pronóstico de respuesta que se asoció de una forma más robusta.

#### Conclusiones:

El deterioro basal en la HR-QOL, así como la respuesta inicial al tratamiento pueden ser factores pronósticos de mejoría en la HR-QOL de niños y adolescentes con TDAH tratados con Atomoxetina.

La presente comunicación ha sido aceptada para ser presentada en inglés en el 20th European Congress of Psychiatry (EPA), Praga; 3-6 Marzo 2012

### 138.- MEDICACIÓN EN NIÑOS CON RETRASO MENTAL Y TDAH

*Díaz-Caneja, Angeles. Psiquiatra. Infanto-Juvenil, CSM-Lorca / Viedma, Maria del Mar. Residente de Me-*



*dicina de Familia, Area III-Lorca / Munuera, Vanesa. Enfermera. Unidad Infanto-Juvenil, CSM-Lorca*

#### Objetivos:

En los niños con retraso mental la presencia de síntomas de TDAH o diagnosticados de TDAH es bastante frecuente. Estudios realizados comentan que un 10% de los niños con retraso mental tienen TDAH. El tratamiento farmacológico es utilizado en esta población sobre todo metilfenidato y atomoxetina, pero la aparición de efectos secundarios es frecuente (Rowles y Findling, 2010; Fernandez-Jaén et al, 2010).. El objetivo es la revisión del tratamiento farmacológico en niños con retraso mental y TDAH que acuden a nuestra unidad.

#### Métodos:

Se revisaron los casos clínicos atendidos en el año 2011 en el programa infanto juvenil del centro de salud mental de Lorca con ambos diagnósticos y el tratamiento pautado y su respuesta clínica. De los 40 pacientes derivados con diagnóstico de retraso mental, 10 de ellos fueron diagnosticados de TDAH siendo los problemas atencionales y la inquietud motora las quejas más frecuentes para su derivación. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico así como intervención psicológica. Tres pacientes recibieron Metilfenidato (dosis media de 36 mg/día); cinco recibieron Atomoxetina (dosis media 40 mg/día) y los dos restantes Risperidona (1 mg/día). La valoración de la respuesta clínica al tratamiento farmacológico se hace con entrevista clínica y observación clínica del profesor. En todos los casos la familia y el profesor comentaron una mejoría en la atención que repercutía positivamente en el aprendizaje, pero persistía cierta impulsividad e inquietud motora. En todos los casos, no se observó la presencia de efectos secundarios.

**Conclusiones:** La utilización de tratamiento farmacológico en niños con retraso mental y TDAH es frecuente. Es necesario una valoración de la respuesta al tratamiento y la presencia de efectos secundarios para valorar eficacia.

#### Bibliografía

1. Rowles, B & Findling, R (2010) Review of pharmacotherapy options for the treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and ADHD-like symptoms in children and adoles-

cents with developmental disorders. *Developmental disabilities Research Reviews* 16: 273-282.

2. Fernandez-Jaen, A, Fernandez-Mayorales, DM, Calleja Pérez, B, Muñoz Jareño, N, Campos Díaz, M del R (2010). Atomoxetina for attention deficit hiperactivity disorder in mental retardation. *Pediatr Neurol.* 43(5): 341-7.

### 139.- ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES E IMPACTO PRESUPUESTARIO PARA EL SNS DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD CON METILFENIDATO DE LIBERACIÓN INMEDIATA EN LUGAR DE METILFENIDATO DE LIBERACIÓN PROLONGADA.

*Rubio-Terrés, Carlos. Health Value. Madrid / Rubio-Rodríguez, Darío. Health Value. Madrid*

*Introducción: No hay evidencia científica de diferencias significativas de eficacia o tolerabilidad entre los metilfenidato de liberación inmediata (MLI; Rubifen®) y de liberación prolongada (MLP; Concerta®, Medikinet®) en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Sin embargo, el coste del tratamiento farmacológico con MLI es inferior al del tratamiento con MLP.*

#### Objetivo:

Efectuar un análisis de minimización de costes y del impacto sobre el presupuesto del Sistema Nacional de Salud (SNS) del tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, con MLI o con MLP.

#### Métodos:

La eficacia comparada de MLI y MLP en el TDAH, se obtuvo de las revisiones sistemáticas publicadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, el NIHR Health Technology Assessment Programme y el National Institute for Health and Clinical Excellence, ambos del Reino Unido. Se hizo un análisis de minimización de costes y del impacto presupuestario, estimándose la población afectada a partir de los datos de ventas al mayorista de los medicamentos comercializados con MLI y MLP. Se consideró únicamente el coste



de los medicamentos para el SNS (60% del PVPiva). Los resultados se presentan en euros de 2011.

#### Resultados:

Los ensayos clínicos disponibles no permiten establecer diferencias significativas de eficacia o tolerabilidad entre MLI y MLP. Se estima que actualmente más de 50.000 niños y adolescentes con TDAH son tratados con metilfenidato en España, con un gasto anual aproximado para el SNS de 22 millones de euros. El coste anual estimado para el SNS del tratamiento farmacológico de un paciente con Rubifen®, Concerta® y Medikinet®, es de 80,11 €, 415,36 € y 617,50 €, respectivamente. En consecuencia, la sustitución parcial teórica durante un periodo de tres años de MLP por MLI generaría ahorros para el SNS de 5,4; 8,1 o 10,9 millones de euros, según el grado de sustitución. Los análisis de sensibilidad determinísticos confirmaron la estabilidad de los resultados.

#### Conclusiones:

De acuerdo con el presente estudio, el tratamiento del TDAH de niños y adolescentes con metilfenidato de liberación inmediata, puede generar ahorros para el SNS, en comparación con el tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada.

### 140.- ¿PUEDEN LOS SENSORES INERCIALES DE MOVIMIENTO CAMBIAR LA FORMA EN QUE EVALUAMOS A PACIENTES CON TDAH?

*Carballo Belloso, Juan José. Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz / O'Mahony, Niamh. Departamento de Teoría de la Señal, Universidad Carlos III de Madrid / Florentino Liaño, Blanca. Departamento de Teoría de la Señal, Universidad Carlos III de Madrid / Albarra-cin García, Lucía. Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz / Baca García, Enrique. Servicio de Psiquiatría Fundación Jiménez Díaz / Artés Rodríguez, Antonio. Departamento de Teoría de la Señal, Universidad Carlos III de Madrid*

#### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH) es uno de los problemas psiquiátricos más importante de todos los que afectan a los niños en edad escolar. Los niños y adolescentes con TDAH constituyen un grupo muy heterogéneo, con grandes diferencias en su sintomatología y en el tipo de ambiente que la desencadena, lo que complica su diagnóstico al asociarse frecuentemente con otros trastornos comportamentales, cognoscitivos, del aprendizaje y la personalidad.

De una forma consistente se ha identificado que los pacientes con TDAH presentan déficits en las funciones ejecutivas. Sus características principales son: inatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, las pruebas psicométricas de las que disponemos para valorar estas dimensiones no poseen un valor diagnóstico ni pronóstico. Se hipotetizó que un método de valoración basado en la cuantificación objetiva del movimiento podría ayudar a superar estas limitaciones. De este modo, el objetivo del estudio fue el desarrollar una herramienta de evaluación del TDAH que: a) fuera utilizable durante la realización de la actividad normal del niño sin interferir en su funcionamiento, b) fuera útil para el Screening, Diagnóstico, Seguimiento-evolución, y c) tuviera una interpretación clínica sencilla.

#### MÉTODOS

Se seleccionó un sistema de monitorización del movimiento mediante tecnología APDM. El sistema APDM permite detectar movimientos complejos como la aceleración, vibración, caída, oscilación o rotación. Se propuso el estudio a aquellos pacientes entre 6 y 11 años atendidos en la consulta externa de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Fundación Jiménez Díaz.

Se registró la actividad del paciente mediante el uso de sensores de movimiento en cinco escenarios: 1) sala de espera con sus padres; 2) sala de espera con el investigador, 3) despacho con el médico; 4) despacho con el médico y sus padres; 5) durante la realización del test neuropsicológico TOVA.

En el análisis estadístico se utilizó el test no paramétrico de Kruskal Wallis.

#### RESULTADOS

Los resultados de la base de datos preliminar incluyen las determinaciones de 3 grupos de pacientes: TDAH sin TTO (n=16), TDAH con TTO (n=38), Sin TDAH (n=14). Se obtuvieron medidas objetivas de movimiento que diferenciaban a estos grupos de pacientes. No ob-



stante, las diferencias que se observaron en los registros dependieron del escenario estudiado. Así, los parámetros que de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) mejor diferenciaban a los diferentes grupos se obtuvieron en los cálculos realizados en la sala de espera con el investigador y durante la realización del test neuropsicológico TOVA. Clínicamente relevante es el hecho de que ninguna de las variables de movimiento objetivo estudiada durante la evaluación en el despacho con el médico diferenció de forma estadísticamente significativa a los grupos de estudio.

### CONCLUSIONES

Los indicadores de actividad física objetivos obtenidos durante la realización de actividad normal podrían ser útiles tanto para el diagnóstico como el seguimiento-evolución de pacientes con TDAH. Además, su interpretación clínica sencilla podría facilitar su uso en el medio clínico. No obstante, antes de poder determinar la validez de esta técnica de evaluación, se requiere, entre otros aspectos, conocer la sensibilidad y especificidad de esta herramienta, así como realizar validación externa en el ambiente habitual del paciente como es su domicilio o en el colegio. Una mayor duración de los registros podría también contribuir a un mejor diagnóstico y monitorización de la eficacia del tratamiento.

### 141.- TDAH: ¿PROGRESOS CLÍNICOS Y CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS?. “NIÑOS INESTABLES” EN UNA CONSULTA DE PAIDOPSIQUIATRÍA ENTRE 1934 Y 1970

*De los Reyes Montoya, María. Hospital Clínico San Carlos. Madrid / Ortega Heras, Ana Jose. Hospital La Paz. Madrid / Rodríguez Toledo, Saray. Hospital Clínico San Carlos. Madrid / Rodríguez Ramos, Prudencio. Centro de Salud Mental Tetuan. Madrid / Pelaz Antolín, Antonio. Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

### OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia del diagnóstico “Inestable” en una consulta paidopsiquiátrica de Madrid durante 36 años sucesivos (1934-1970).
2. Comparar las definiciones de Inestable en la primera mitad del siglo XX y de TDAH en la actualidad.

3. Comparar la frecuencia del diagnóstico “Inestable” y sus comorbilidades en el periodo de tiempo descrito con los datos actuales.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa el Cuaderno de Registro de Casos Nuevos del Dr. Carlos Vázquez Velasco de Madrid (1934-1970) y se seleccionaron los pacientes con diagnóstico “Inestable”, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, y comorbilidad con otros diagnósticos.

1. Se calculó el porcentaje que suponía tal diagnóstico con respecto al total de pacientes atendidos.
2. Se valoró la distribución por sexos y edades.
3. Se distribuyeron los casos de diagnóstico único, diagnóstico principal y diagnóstico asociado.

### RESULTADOS

Durante los 36 años estudiados se atendieron 11750 casos nuevos de edades comprendidas entre 2 y 18 años. La distribución por sexos del total era: 37'27% del sexo femenino (4380 niñas) y 62'72% del sexo masculino (7370 niños). El diagnóstico inestable aparece en el 18% del total de pacientes atendidos (2115 casos), con una distribución por sexos del 32'4% en el sexo femenino (696 casos) y 67'09% en el sexo masculino (1419 casos) y una edad media de 8'9 años. El diagnóstico “Inestable” aparece en el 23'4% de los casos como único diagnóstico (495 pacientes), y en el 76'59% restante asociado a comorbilidad (1620 pacientes); de ellos el 16'5% de los casos constituía el diagnóstico principal (349 pacientes), y en 60'09% como diagnóstico secundario.

### CONCLUSIONES PARA DISCUSIÓN

La entidad clínica, y las consecuencias socio-académicas de los problemas de atención-concentración, hiperactividad e impulsividad, ya constituían un problema identificado, y motivo de preocupación asistencial, en la época estudiada. La primera referencia de la asociación de atención dispersa e inquietud fue hecha por J. Simon en 1888. Desde entonces las definiciones del trastorno han sido numerosas: Bourneville (1897), los define como “niños con retraso mental ligero y falta de armonía entre la impulsividad y las inhibiciones”; Boncour (1905) como “niños que no paran de moverse ni mental ni físicamente, revoltosos y difíciles”; y Abramson (1937), describe los tres aspectos de la inestabilidad psicomotriz: desequilibrio motor, trastornos de la atención y labilidad



del humor. La definición de “Inestable” incluye exclusivamente las dificultades de atención/concentración, de inquietud y de impulsividad y es equiparable a la de TDAH actual.

La prevalencia clínica del diagnóstico “Inestable” en los años estudiados es elevada, similar a lo que ocurre en la actualidad para el TDAH.

Todos estos datos pueden contribuir a 1) consideraciones etiopatogénicas sobre las influencias ambientales, tales como las dietas y los aditivos alimentarios, 2) resaltar que estos problemas son objeto de preocupación y atención en la psiquiatría infantil desde hace muchos años, 3) servir de referencia para ponderar los relativos progresos conseguidos en su diagnóstico preciso, 4) argumentar frente a las afirmaciones de que se trata de una moda diagnóstica, y 5) apoyar en datos de población clínica la validez de su contenido psicopatológico a pesar del tiempo transcurrido y las distintas denominaciones que viene recibiendo.

## 142.- ANÁLISIS “DESK RESEARCH” DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ESPAÑA

*Fuentes-Biggi, Joaquín. Asesor Científico de GAUTENA, Policlínica Gipuzkoa / MarDomingo Sanz, M<sup>a</sup> Jesús. Presidenta de Honor Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital Gregorio Marañón / Rodríguez Hernández, Pedro Javier. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria / Soutullo Esperón, César. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra / Artés Ferragud, M<sup>a</sup> Teresa. Adelphi Spain / Muñoz Ruiz, Antonio Manuel. Shire Pharmaceutical Iberica*

### Introducción

La prevalencia mundial acumulada del TDAH en la población infantil es del 5,29%. Según una reciente encuesta realizada a la población general española el desconocimiento sobre este trastorno es elevado (96%). Parece necesario identificar la información recogida para evaluar posibles carencias.

### Objetivos

Identificar problemas/cuestiones/controversias tratadas/no tratadas en las fuentes de información secundarias.

ias.

### Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica (siglas TDAH) según el procedimiento “Desk Research” (DR). El DR es un método validado de investigación que consiste en la recopilación, registro, análisis y síntesis de información externa o interna ya elaborada con anterioridad (fuente de información secundaria): artículos, informes publicados por organizaciones de carácter público y privado, bases de datos, medios de comunicación, estudios y otras fuentes. De las referencias encontradas, sólo fueron elegidas para nuestro análisis las que tenían grado de evidencia científica / grados de recomendación (Manuales y guías internacionales y nacionales, libros, artículos científicos, resultados presentados en congresos, información publicada por asociaciones de TDAH, notas de prensa etc.)

### Resultados

De los 2.330.000 entradas en el buscador Google, se seleccionaron 171 que cumplían con nuestros estándares metodológicos. Se detectaron las siguientes áreas de mejora:

- Incrementar los conocimientos básicos en todos los colectivos relacionados con el TDAH
- Mejorar la detección precoz y diferencial
- Facilitar el acceso a los especialistas que diagnostican y tratan el TDAH fomentando su coordinación
- No tener disponibilidad de un tratamiento individualizado
- Considerar todos los factores a la hora de evaluar a un paciente con TDAH, especialmente en las áreas de educación y justicia.
- Promover estudios científicos de prevalencia y de impacto que delimiten la dimensión del problema en España
- Concienciar a la opinión pública sobre los mitos poco argumentados científicamente

### Conclusiones

En base a la revisión bibliográfica realizada fueron identificadas carencias en formación, comunicación y concienciación.

- Sería necesaria la creación de protocolos que permitan una actuación coordinada de las administraciones implicadas en el tratamiento y la preven-



ción de las consecuencias que este trastorno puede llevar asociadas: Sanidad, Educación, Políticas Sociales y Justicia.

### 143.- TDAH: PSICOPATOLOGÍA EN LOS PADRES Y ESTILOS EDUCATIVOS

*Nicolau Palou, Rosa. Servei Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil, Hospital Clínic / Moya Quejereta, Jaime. Servei Psiquiatria i Psicologia Infanto-juvenil, Hospital Clínic / García Giral, Marta. Servei Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil, Hospital Clínic / Vila Nieto, Montse. Servei Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil, Hospital Clínic*

#### Objetivo

Analizar la relación entre sintomatología psicopatológica en padres y estilos educativos que ejercen en niños y adolescentes con TDAH.

#### Método

Muestra: 84 pacientes con TDAH (51 niños y 33 adolescentes) y sus padres. Son 82% varones, 19% inatentos y 45% sin comorbilidad. El 85% de las familias son nucleares. Se valora presencia de psicopatología en los padres con los cuestionarios: salud de Golberg, Inventario de depresión de Beck BDI y Rating Scale de Wender WURS. Y estilos educativos con el APQ Alabama Parenting Questionnaire versión padres y niños.

#### Resultados

En el análisis de grupo según percepción de los padres se asocian los síntomas de psicopatología medidos con el Golberg con la aplicación de mayor disciplina (disciplina apropiada padre y madre ( $p=0.05$ ), con disciplina inconsistente y severa sólo con la madre ( $p=0.01$ ). Mientras que los niños sólo perciben mayor disciplina severa en las madres ( $p=0.05$ ). A mayor sintomatología depresiva en las madres (no así en los padres) se asocia a una mayor disciplina inconsistente ( $p=0.01$ ) y disciplina severa ( $p=0.05$ ) según estilo educativo percibido por los padres. Destaca también la relación entre el WURS de las madres y disciplina inconsistente de la madre ( $p=0.01$ ) y con pobre supervisión ( $p=0.05$ ) según percepción de estilos educativos de padres.

#### Conclusiones

La alteración de la salud está asociada a mayor disciplina. La sintomatología depresiva en las madres está asociada a disciplina inconsistente y severa. Si presentan sintomatología TDAH a disciplina inconsistente y pobre supervisión. Mientras que los hijos solo perciben mayor disciplina severa de la madre a mayor puntuación del BDI. Todos estos estilos son factores que pueden modular la aparición de alteraciones conductuales más allá del TDAH. Estas asociaciones indican la necesidad de ayudar a los padres cuando hay un hijo diagnosticado de TDAH, atendiendo a su estado de salud, detectando, tratando y dando estrategias para mejorar su estilo educativo evitando el estilo de disciplina severa, pobre supervisión e inconsistencia puesto que en la literatura científica se relacionan con complicaciones conductuales y trastornos de conducta.

### 144.- EN BÚSQUEDA DE PRUEBAS OBJETIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD UTILIZANDO EL ELECTROENCEFALOGRAMA

*López Esteban, Pilar. Unidad de Electrofisiología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Gallego Pulgarín, Isabel. Unidad de Electrofisiología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Graell Berna, Montserrat. Sección de Psiquiatria y Psicologia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Gil Ferrer, Victoria. Unidad de Electrofisiología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*

#### Introducción:

En el TDAH los criterios diagnósticos no son suficientemente sensibles para diferenciar niveles normales de atención, hiperactividad o impulsividad de los niveles sintomáticos y es compleja la evaluación de los ámbitos disfuncionales. El electroencefalograma es una forma objetiva de valoración, se propone el cálculo del "índice de inatención" a partir de la razón theta/beta, como forma de interpretación y biomarcador, pero, es insuficiente la información para los distintos subtipos. Objetivos: Estimar el índice de inatención y su relación con los criterios DSM-IV para TDAH.



### Metodología:

Se incluyen todos los casos referidos al servicio de neurofisiología, para EEG de vigilia en el año 2011, con diagnóstico de TDAH por parte de los servicios de Neurología o Psiquiatría y que cuentan con los criterios DSM-IV, son 67 casos (24 de tipo mixto, 28 inatento, 6 hiperactivo-impulsivo, 9 no clasificados).

### Resultados:

En 29 casos (43%) se objetiva sobrecarga de ritmos theta y escasa cantidad de ritmo beta sobre regiones frontales, (12 de tipo mixto, 11 subtipo inatento y 1 del tipo hiperactivo-impulsivo). En 38 casos no se objetivaron síntomas electroencefalográficos compatibles con TDAH (57%). El índice de inatención calculado como la razón theta/beta sobre región frontal sigue una distribución normal, con media 4,09 (ESM 0,068) en los niños con criterios electroencefalográficos de TDAH y media 2,36 (ESM 0,42) en los que no cumplen criterios.

### Conclusión:

El diagnóstico electroencefalográfico de TDAH en función de la distribución de los ritmos cerebrales es inferior a los resultados de estudios similares, pero explicable por la heterogeneidad del grupo, derivada de la variabilidad clínica del trastorno, los criterios aplicados y las dos especialidades clínicas involucradas, factores de difícil control durante la fase exploratoria de este trabajo. Muy probablemente los resultados también están afectados por sobre-diagnóstico de esta entidad, factor que escapa al control neurofisiológico en este tipo de diseños.

## 145.- ACTIVARTE: INTERPRETACIÓN DE DIBUJOS EN PACIENTES CON TDAH

*Isabel, Miernau. Clínica Doctor Quintero / Mercedes, Loro. Hospital General de Guadalajara / Alicia, Moron. Clínica Doctor Quintero / Natalia, Garcia Campos. Clínica Doctor Quintero / Maria Jesus, Barrio. Clínica Doctor Quintero / Javier, Quintero. Clínica Doctor Quintero*

### INTRODUCCIÓN

El TDAH es uno de los problemas de salud más relevantes e importantes de cuantos afectan al funcionamiento de los niños durante la edad escolar y también a su

familia. Es frecuente que el déficit de atención repercuta en un peor rendimiento escolar y la clínica hiperactiva-impulsiva, en dificultades de conducta y del comportamiento. La presencia de estos dos factores anteriormente mencionados puede llegar a repercutir en la autoestima, en el estado de ánimo y en la presencia de síntomas de ansiedad. Estos pacientes pueden ser percibidos por su entorno como “problemáticos” e incluso con peor salud que sus pares sanos sin TDAH.

### OBJETIVO

El proyecto ACTIVARTE se adentra en el mundo del niño con TDAH a través de sus dibujos, que aportan información muy valiosa acerca de cómo percibe su situación y la carga emocional que de ella se desprende.

Además plantea un segundo objetivo que reside en averiguar si este tipo de pruebas podría suponer una aportación adicional a la anamnesis.

### MATERIAL Y MÉTODO

Pediatras de toda España seleccionaron pacientes de entre 6 a 12 años que cumplieran con los criterios para el diagnóstico de TDAH, recogiendo sus datos clínicos y socio-demográficos.

A los pacientes se les solicitaron tres dibujos, uno libre, otro reflejando a su familia y otro del colegio. Se anotó la explicación dada por el sujeto.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el congreso se expondrá el análisis cualitativo de los aspectos normativos, simbólicos y formales observados en las diferentes representaciones gráficas.

Por un lado se presentarán los dibujos más representativos. Y por otro lado se consideraran tanto los rasgos comunes como las diferencias halladas en cuanto al sexo, la edad y el tipo de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado)

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ek, U.; Westerlund, J.; Holmberg, K.; Fernell, E., Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Paediatrica*. 2008 Aug;97(8):1125-30.
2. Hammer E., “Tests proyectivos gráficos”, Paidós, 1997.
3. Quintero, J.; Montón J.L.; COLORESIS. IMC. Madrid. 2009



4. Quintero Gutiérrez del Alamo F.J.; Correas, J., Quintero Lumbreras, F.J. TDAH a lo largo de la Vida. Elsevier-Masson. 2009

#### **146.- TRATAMIENTO FARMACOLOGICO VS “HIPOTESIS DE LA AUTOMEDICACIÓN” EN ADOLESCENTES CON TDAH**

*GARCIA CAMPOS, NATALIA. CLINICA DR QUINTERO / QUINTERO, JAVIER. CLINICA DR QUINTERO / MIERNAU, ISABEL. CLINICA DR QUINTERO*

##### **FUNDAMENTO:**

En la práctica clínica es de sobra conocido por los profesionales de la salud mental, las dificultades que entrañan los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas en los adolescentes, especialmente cuando estas implican una intervención farmacológica. Cuando nos encontramos con pacientes adolescentes con TDAH, nos podemos enfrentar a diferentes circunstancias: pacientes diagnosticados durante la infancia, con una adecuada evolución que comienzan a revelarse, a tener perjuicios sobre la medicación y a rechazarla por el estigma que puede ocasionarle, además de sentir que les limita para ciertas actividades sociales, como el consumo de alcohol. En otras ocasiones nos encontramos con pacientes de primera consulta que se encuentran en este momento evolutivo, y que al ser diagnosticados de TDAH y proponerles a los padres o tutores el tratamiento multidisciplinar, que incluye una medicación, presentan temores a cerca de la posibilidad de que esta le genere dependencia y/o mayor probabilidad de inicio de consumo de otras sustancias. Y por último identificamos los casos más graves, adolescentes que no han sido diagnosticados y que de manera circunstancial han iniciado un consumo, normalmente de cannabis, que se ha perpetuado como consecuencia de los efectos de relajación que le genera.

##### **METODO Y PACIENTES:**

Se seleccionan tres pacientes que cumplan los tres perfiles descritos en el apartado anterior, y se les realiza una evaluación neuropsicológica completa para presentar las diferencias en las manifestaciones de los síntomas nucleares, rasgos de personalidad, evolución del trastorno y otros factores que se extraigan del trabajo terapéutico con los adolescentes.

##### **RESULTADOS:**

En la exposición definitiva se presentaran los tres pacientes ilustrativos de las tres situaciones descritas anteriormente, donde se mostrará la importancia de la intervención y del ambiente, en un trastorno que cada vez demuestra tener un mayor peso biológico.

##### **CONCLUSIONES:**

Con nuestros resultados podremos debatir cual de los tres perfiles de pacientes tiene mayor probabilidad de abuso y dependencia de sustancias, si bien la muestra no es representativa si creemos que es más ilustrativo presentar la descripción de los casos que datos estadísticos.

#### **147.- HEREDABILIDAD DEL TDAH: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA-CASO**

*Almonacid Folch, Celia. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. / Cózar Santiago, Guadalupe. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. / Díez Suárez, Azucena. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. / de Castro Manglano, Pilar. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. / Soutullo Esperón, César. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra.*

##### **Fundamentos/objetivo.**

El riesgo de padecer un Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se multiplica por 5-8 si hay familiares de primer grado con dicho trastorno. En los estudios en familiares la prevalencia de TDAH es 10 a 35% y el riesgo aumenta a 57% en los hijos si uno de los padres tiene TDAH. 70% presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado y hasta un 40% sufren por lo menos dos. El 20-40% pueden tener trastorno de ansiedad y 15-40% trastornos específicos del aprendizaje en la lecto-escritura. El objetivo es describir la frecuencia de TDAH y de comorbilidad psiquiátrica en una familia numerosa.

##### **Métodos y pacientes.**

Análisis descriptivo y de la prevalencia del TDAH en una familia de 11 miembros y su comorbilidad psiquiátrica. Para el screening, se emplea en adultos el Cuestion-



ario Autoinformado de Cribado del Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1), y en los niños la ADHD-RS de DuPaul.

### Resultados.

La familia se compone de 11 miembros: los padres y 9 hijos (6 varones y 3 mujeres) entre 16 y 6 años. Ambos padres y 4 hijos presentan diagnóstico de TDAH. La madre cumple 4 criterios de la sección A y 5 criterios de la sección B. El padre cumple 4 criterios de la sección A y 6 criterios de la sección B. Tres hermanos varones y una de las hermanas cumplen más de 6 criterios en la Escala DuPaul. En el momento actual de esta familia, la frecuencia de TDAH es superior al 50% y existe comorbilidad psiquiátrica, en el 75% de los hijos, con Trastorno de Ansiedad y Trastorno del aprendizaje en la lecto-escritura.

### Conclusiones.

El coeficiente de heredabilidad en la población general del TDAH es de 0.77. El riesgo de que un hijo tenga TDAH si uno de los padres tiene TDAH se sitúa entre 16 y 40%.

### Bibliografía:

1. San Sebastián J, Soutullo C, Figueroa A. Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. En: Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Soutullo C, Mardomingo M.J. Ed. Panamericana, 2010.
2. Soutullo C, Díez A. Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Ed. Medica Panamericana, 2007.

## 148.- EFICACIA DE LA TERAPIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON TDAH

*BARRIO MEDINA, M<sup>a</sup> JESUS. CLINICA DOCTOR QUINTERO / MORÓN MURIAS, ALICIA. CLINICA DOCTOR QUINTERO / MIERNAU, ISABEL. / GARCIA CAMPOS, NATALIA. CLINICA DOCTOR QUINTERO*

### FUNDAMENTOS

Hay evidencias de que el tratamiento de estimulación cognitiva genera mejoría en patologías como la esquizofrenia y en ancianos con deterioro leve. Sin embargo, existe poca evidencia empírica que hable de la evolución en

pacientes con TDAH mediante este tipo de terapia. Por ello, a través de este estudio, pretendemos comprobar la eficacia de un tratamiento en estimulación cognitiva.

### OBJETIVO

Revisar la evolución del paciente con TDAH que recibe Terapia de Estimulación Cognitiva y verificar si su evolución es favorable respecto a pacientes que únicamente reciben tratamiento farmacológico con metilfedinato.

### METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente estudio hemos escogido dos grupos de pacientes menores de edad diagnosticados de TDAH subtipo combinado con tratamiento farmacológico de metilfedinato. Diferenciamos dos grupos:

- *Grupo control:* reciben exclusivamente tratamiento farmacológico con metilfedinato al menos durante un año.
- *Grupo experimental:* además del tratamiento farmacológico con metilfedinato, reciben terapia personalizada de estimulación cognitiva mediante el programa Captain's Log Professional System. Las sesiones de una hora semanal, se han desarrollado durante al menos un año; dirigidas por profesionales especializados.

Para la evaluación, llevaremos a cabo una comparativa de los resultados obtenidos en la prueba Connors para padres. Para la medida pre-tratamiento emplearemos los resultados en la prueba aplicada para el diagnóstico del paciente; y como medida post- tratamiento realizaremos una nueva aplicación de esta misma prueba.

### MUESTRA

Para la elaboración del estudio, hemos seleccionado de una población de 1574 pacientes diagnosticados de TDAH, una muestra de 30 pacientes menores de 18 años y diagnosticados de TDAH subtipo combinado, repartidos de manera equitativa en los dos grupos, control y experimental. La totalidad de los pacientes seleccionados ha estado en tratamiento farmacológico con metilfedinato durante al menos un año. En la selección de los pacientes escogidos para la muestra hemos excluido a pacientes comórbidos y con un CI menor de 80 o mayor de 130.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el momento actual no podemos presentar los resul-



tados y conclusiones, ya que el estudio se encuentra en proceso.

#### **149.- FACTORES ASOCIADOS A LA CARGA DEL CUIDADOR EN FAMILIAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

*Rosa Justicia, Mireia. Hospital Clínic de Barcelona / Puig Navarro, Olga. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. / Sánchez Gistau, Vanessa. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. / Lera Miquel, Sara. Hospital Clínic de Barcelona / Lázaro García, Luisa. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. / Calvo Escalona, Rosa. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM.*

##### **INTRODUCCIÓN:**

La investigación centrada en la carga familiar de los niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) es escasa. La severidad de trastorno, el nivel de independencia funcional y las conductas desadaptativas se han relacionado con mayores niveles de carga familiar (Lin, 2010; Shattuck et al., 2007). Sin embargo, no existen estudios previos que hayan comprobado si el CI Verbal (CIV) es un mediador en la relación entre las características de los niños con TEA y la carga familiar.

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre las características clínicas y las funciones ejecutivas con el nivel de carga familiar en niños y adolescentes con TEA, controlándolo por el CIV. Se presentan resultados preliminares que forman parte de una investigación más amplia.

##### **MÉTODO:**

Se han incluido 27 niños y adolescentes con TEA (Rango Edad=7-17 años; Media=12,5±3,1). El diagnóstico se ha confirmado con la Autism Diagnosis Interview (ADI-R), y el CIV se ha evaluado con las escalas de WECHSLER (WISC-IV, WAIS-III). Un criterio de exclusión fue tener un CIV<70, para limitar el sesgo de introducir casos con retraso mental. Los padres completaron una batería de cuestionarios que incluía el Caregiver Burden Inventory (CBI), para evaluar la carga del cuidador, el Cuestionario de cribaje para Espectro Autista (ASSQ), para evaluar la gravedad del trastorno y el Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), como medida de funcio-

namiento ejecutivo.

##### **RESULTADOS:**

Aún controlando los resultados por el CIV, se encontraron correlaciones significativas entre el CBI y el ASSQ, el BRIEF y el área de comportamientos restrictivos y repetitivos del ADI-R. La mayor carga familiar se relacionó con mayor gravedad del trastorno, mayores déficits ejecutivos y la presencia de comportamientos restrictivos y repetitivos en los niños y adolescentes con TEA.

##### **CONCLUSIONES:**

La severidad de los síntomas autísticos y los déficits ejecutivos aparecen como factores relevantes en la carga familiar en los TEA-AF, independientemente del CIV. Los hallazgos de este estudio indican la importancia de valorar y ofrecer respuesta ante esta sobrecarga en las familias.

Este estudio ha sido financiado por el F.I.S. del Ministerio de Ciencia e Innovación (PI040649) y por la Fundación La Marató de TV3 (091510).

#### **150.- HACIENDO CONCRETO LO ABSTRACTO CON NIÑOS TGD**

*Martín Jiménez, José María. SERVICIO CANARIO DE SALUD / GARCÍA SÁNCHEZ, ANA MARÍA. SERVICIO CANARIO DE SALUD / RUBÉN ANÍBAL, GARCÍA OLIVA. SERVICIO CANARIO DE SALUD / GONZÁLEZ SANTANA, SABRINA. SERVICIO CANARIO DE SALUD*

Cuando se habla de Habilidades Sociales (HH.SS.) se hace referencia a las distintas conductas específicas que resultan en interacciones sociales positivas y que engloban tanto aspectos verbales como no verbales, todos necesarios para una comunicación interpersonal efectiva. Los niños con Autismo de Alto Funcionamiento (AAF) y Síndrome de Asperger (SA) exhiben como déficit nuclear común, entre otros, alteraciones en las HH.SS. Estas dificultades se relacionan con una amplia gama de consecuencias indeseables en las distintas áreas del individuo (académico, emocional, desenvolvimiento social...), que más que tender a disiparse, persisten en la edad adulta.

Investigaciones previas han puesto en evidencia que la simple exposición al grupo de iguales y a situaciones de interacción social no son suficientes para fomentar



en estos niños el desarrollo de HH.SS. apropiadas a su edad, por lo que llevar a cabo programas para el fomento de competencias sociales constituye un esfuerzo de gran valor, con el objeto de mejorar las vidas de estos niños y reducir los costes sociales a largo plazo. Así, consideramos la modalidad grupal como la más eficaz para trabajar estos aspectos, visión apoyada por la literatura.

Enseñar competencias sociales a niños SA/AAF resulta una tarea ardua, puesto que implica habilidades y conceptos abstractos, chocando con su tendencia a la literalidad y concreción. Además, presentan una preferencia o aprenden mejor por medio de las instrucciones visuales. Por lo que, una forma de convertir lo abstracto en concreto es a través de la descomposición de las habilidades en sus elementos más simples, el uso de instrucciones sencillas y basadas en lo visual, con el uso de pictogramas, guiones sociales y vídeos, entre otros.

En el presente trabajo se expone la estructura matriz de los diferentes materiales gráficos que se utilizan en las sesiones de un programa de HH.SS. con niños SA/AAF en una Unidad de Salud Mental de la red pública de Gran Canaria, acorde a la bibliografía científica existente.

### **151.- RELACIÓN ENTRE JUICIO CLÍNICO Y ADI-R EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA**

*RUANO HERNÁNDEZ, TERESA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 1) / MACHADO ROMERO, ALBERTO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 4) / GONZÁLEZ SAAVEDRA, LAURA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (MIR PSIQUIATRÍA 3) / MELGAR MARTÍNEZ, JAVIER. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 2) / FLORES ORTIZ, FRANCISCO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSIQUIATRA)*

#### **OBJETIVOS**

Existe una distinción entre el resultado del algoritmo diagnóstico de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) y un diagnóstico clínico auténtico. Un diagnóstico clínico está basado en múltiples fuentes de información, incluyendo la observación direc-

ta, y sólo puede ser emitido por un psiquiatra o psicólogo clínico. En cambio, el diagnóstico obtenido a partir del ADI-R es el resultado de la información aportada por los padres durante la entrevista codificada posteriormente. Por ello, en el presente estudio nos planteamos examinar el grado de relación existente entre el juicio clínico de especialistas y los resultados obtenidos a partir del ADI-R en el diagnóstico de trastornos de espectro autista (TEA).

#### **MÉTODO Y PACIENTES**

La muestra consta de 20 pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras y diagnosticados de diferentes trastornos del espectro autista por parte de los facultativos especialistas responsables (psiquiatras y psicólogos clínicos). Posteriormente se administra a los padres de estos niños/as la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R).

#### **RESULTADOS**

Se observa una alta concordancia entre el juicio clínico y los resultados de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (Índice Kappa: 0,7). Cuando se analizan los diferentes trastornos generalizados del desarrollo se obtiene un mayor acuerdo en la identificación del Autismo Infantil (F84.0) que en los casos de Síndrome de Asperger (F84.5) y Trastorno Generalizado no especificado (F84.9). También existe un alto grado de concordancia en los casos negativos (no TGD).

#### **CONCLUSIONES**

En relación a los datos obtenidos podemos concluir que existe un grado de relación importante entre la prueba ADI-R y el juicio clínico de los especialistas. No obstante, sería recomendable la realización de futuras investigaciones con muestras más amplias para reducir el riesgo de error debido al azar, y comparar el juicio clínico con una prueba estructurada que nos permita obtener una medida mediante la observación directa del niño, evitando el posible sesgo en la información aportada por los padres.

### **152.- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA A PARTIR DE LOS ALGORITMOS DEL ADI-R**

*CERVERA PÉREZ, ISABEL MARÍA. UNIDAD DE*



*SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 3) / RUANO HERNÁNDEZ, TERESA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 1) / FALCONI VALDERRAMA, CARLA. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (MIR PSIQUIATRÍA 2) / MACHADO ROMERO, ALBERTO. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ALGECIRAS (PSICÓLOGO INTERNO RESIDENTE 4) / GUERRA ALEGRE, MARÍA TERESA.*

### OBJETIVOS

Los algoritmos de la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R) tienen como finalidad la interpretación fundamental de los resultados del ADI-R y pueden ser utilizados de dos formas. La primera se denomina algoritmo diagnóstico y se centra en la historia completa de desarrollo del sujeto evaluado para obtener un diagnóstico. Esta forma es la más ampliamente utilizada. En la otra aplicación, denominada algoritmo de la conducta actual, se toman puntuaciones basadas en la conducta observada durante los meses más recientes de la vida del sujeto evaluado. De este modo, en el presente estudio nos planteamos comparar las puntuaciones obtenidas en ambos algoritmos con el objetivo de analizar los cambios acontecidos, fundamentalmente como resultado de las intervenciones o una madurez creciente en el desarrollo, en los tres dominios evaluados (comunicación, interacción social recíproca y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados).

### MÉTODO Y PACIENTES

La muestra consta de 6 pacientes pertenecientes a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Algeciras y diagnosticados de diferentes trastornos del espectro autista por parte de los facultativos especialistas responsables (psiquiatras y psicólogos clínicos). Se administra a los padres de estos niños/as la Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R).

### RESULTADOS

Se observa una disminución en las puntuaciones de los diferentes dominios evaluados (alteración cualitativa de la interacción social recíproca, alteración cualitativa de la comunicación, patrones restringidos, repetitivos y estereotipados).

### CONCLUSIONES

En relación a los datos obtenidos podemos concluir que en general se observa una evolución favorable si comparamos el funcionamiento actual con etapas más tempranas del desarrollo. Por otra parte, sería importante señalar la entrevista para el diagnóstico del autismo como instrumento válido para medir los cambios que tienen lugar en las diferentes áreas problemáticas

### 153.- “MI HIJO PARÓ DE CRECER”; A PROPÓSITO DEL TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

*Kerexeta Lizeaga, Iñaki. Hospital Universitario Basurto / Sesma Pardo, Eva. Hospital Universitario Basurto / González Anido, Alejandra. APNABI (Asociación de padres afectados de Autismo y otros trastornos de espectro autista de Bizkaia) / Fernández Rivas, Aranzazu. Hospital Universitario Basurto / Rincón Garcés, Talía. Hospital Universitario Basurto / González Torres, Miguel Ángel. Hospital Universitario Basurto*

### Fundamentos

Valoración de un niño con sospecha de TEA, donde la clínica orienta a un posible Trastorno desintegrativo infantil. Este trastorno se caracteriza por la pérdida de las habilidades adquiridas previamente y la manifestación de los déficits sociales y comportamientos típicos del Trastorno Autista. Es frecuente que ocurra una regresión profunda o una pérdida completa del lenguaje, una regresión en las actividades lúdicas, de la capacidad social y del comportamiento adaptativo. Es mucho menos frecuente que el Trastorno Autista y es más frecuente en varones.

### Paciente

Niño de 7 años remitido por el Serv. de neuropediatría por sospecha de TEA

AP: NAMC ni alimenticios conocidos. Asma en tratamiento con Salbutamol y Seretide. No otros AMQ de interés.

- Vecino de Bilbao, mayor de 2 hermanos (otro varón de 22 meses). Estudia en un Colegio Público, habiendo repetido último de infantil y tiene apoyo de un auxiliar, PT y logopeda.
- Nacido de un embarazo normal de 40 semanas,



con parto por vía vaginal. Pesó 3,950 kg y una talla de 51cm. Sin complicaciones los primeros días de vida. Lactancia artificial. Buen comedor, sin problemas en la transición de alimentos ni con el cambio de texturas. Sueño normal (“es madrugador”). De carácter “simpático”, alegre. A los 2 años muy inquieto, “no podía pararse, no obedecía”.

- Desarrollo psicomotor: gateo a los 9 meses, deambulación con 13 meses, y a partir de los 2 años comenzó con un retraso en el desarrollo PM, con mayor torpeza, incluso con dificultades para levantarse del suelo. No ha llegado a controlar esfínteres nunca, pero a los dos años estaba mejor que ahora; también empeoró con el nacimiento del hermano. No desarrollo de motricidad fina (acude a clases de Psicomotricidad 1 vez por semana)
- Lenguaje normal hasta el año, a los dos años objetivan un retraso, nunca ha llegado a decir frases; con palabras sueltas intenta transmitir ideas; a los 3 años la falta de progreso era muy llamativo.
- No fue a la guardería pero sí al colegio a los 2 años, sin ansiedad de separación al inicio; actualmente sí la presenta con su madre. Preferencia por el juego compartido, tiende a jugar con menores que él.
- Es muy ordenado con algunos rituales
- Mantiene contacto ocular. En ocasiones se muestra ausente, bloqueado, ensimismado.

Exploración física: Peso: 29,1kg (percentil 75 - 90). Talla 122cm (percentil 50 - 75). Perímetro cefálico: 52,8cm (percentil 50 - 75). Fenotipo peculiar a expensas de aspecto macrosómico con rasgos toscos, cuello corto, hipertriosis en región dorsal, aumento del diámetro anteroposterior del tórax con circulación venosa visible. En cara implantación baja de pelo, pelo en pico de viuda, prognatismo, nariz nasal ancha, filtro ancho, barbilla con hoyuelo, pestañas largas y rizadas. En manos, implantación baja del pulgar, clinodactilia 5º dedo.

Marcha robótica, estereotipada, menor flexibilidad en los movimientos, comportamiento cinético. Actitud a andar con flexión de los dedos del pie. Retraso lenguaje y cognitivo.

No signos de focalidad neurológica. No discromías  
Pruebas complementarias:

- Valoración de Guanidinoacetato y creatinina en orina: valores normales.

- Valoración de edad ósea acorde con edad cronológica.
- Genética: Estudio molecular de regiones subteloméricas: No presenta deleciones ni duplicaciones en las regiones subteloméricas analizadas.

### Resultados y conclusión

Ante la sintomatología, pruebas y la evolución que ha presentado durante su desarrollo, encontramos dos razones fundamentales para diferenciar los trastornos desintegrativos infantiles de los trastornos del espectro autista.

- El periodo de desarrollo normal es significativamente más largo de lo que usualmente se da en el autismo
- El patrón de regresión es diferente e implica la pérdida de otras habilidades además de la comunicación y de las relaciones sociales

### 154.- ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES TEA EN HDA

*Montaña, Sílvia. MUTUA DE TERRASSA / VENTURA, ESTER. MUTUA DE TERRASSA / CIRICI, ROSER. MUTUA DE TERRASSA / KOGAN, ESTELA. MUTUA DE TERRASSA / SAMSÓ, LAURA. MUTUA DE TERRASSA / HERVÁS, AMAIA. MUTUA DE TERRASSA*

### Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por presentar alteraciones en 3 áreas específicas del desarrollo: comunicación y lenguaje, interacción social recíproca y conductas estereotipadas y repetitivas/intereses restringidos.

La prevalencia se estima en 1 caso de cada 150 niños en la población general, siendo más prevalente en niños que en niñas (3-4:1).

Se ha descrito que hasta un 75% presentan comorbilidad, que agrava la adaptación y el pronóstico y es la principal responsable de la hospitalización de estos pacientes y de la necesidad de tratamiento farmacológico.

### Objetivos

Describir las características clínicas de pacientes TEA al ingreso y al alta



### Material y métodos.

Muestra de 24 pacientes, ingresados desde enero de 2007 a diciembre de 2011.

Las variables recogidas son: sexo, edad, motivo de ingreso; diagnóstico principal, comorbilidad y tratamiento farmacológico, al ingreso y al alta; antecedentes psiquiátricos familiares y duración del ingreso, Diagnóstico según DSM-IV-TR. Se basa en entrevista clínica, entrevista semiestructurada Kiddie-Sads, exploración neuropsicológica y administración del ADI-R y ADOS.

### Resultados.

4 chicas y 20 chicos, de 12 a 17 años, que representan el 16% del total de ingresos en estas fechas con una estancia media de 7 meses.

Sólo 5 de los 24 pacientes tenían el diagnóstico TEA previo al ingreso.

Comorbilidades: TDAH (50%), trastornos afectivos (25%) y TOC (12.5%).

Motivo de ingreso: la mayoría presentan desajuste psicosocial y/o síntomas emocionales.

Antecedentes familiares: destaca la alta prevalencia de trastornos afectivos, suicidios consumados, dependencia de alcohol y TOC. Sorprende los escasos diagnósticos de TEA en familiares.

### Conclusiones:

HDA es un recurso útil para diagnosticar y tratar los TEA y sus comorbilidades.

La mejoría de las comorbilidades gracias a la intervención farmacológica favorece el abordaje multidisciplinar sobre los síntomas nucleares del TEA y sobre los factores ambientales que causan desajuste.

## 155.- INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES TEA DESDE UN RECURSO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

SOLE, PILAR. MUTUA DE TERRASSA / VENTURA, ESTER. MUTUA DE TERRASSA / MONTAÑA, SILVIA. MUTUA DE TERRASSA / SANCHEZ, JAVIER. MUTUA DE TERRASSA / CONANGLA, GEMMA. HOSPITAL CONSORCI SANITARI TERRASSA / HERVÁS, AMAIA. MUTUA DE TERRASSA

### Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por

presentar alteraciones en 3 áreas específicas del desarrollo: comunicación y lenguaje, interacción social recíproca y conductas estereotipadas y repetitivas/intereses restringidos.

Las recomendaciones terapéuticas incluyen intervención rehabilitadora sobre los síntomas nucleares del trastorno.

### Objetivos

Describir las características de la intervención multidisciplinar sobre estos pacientes ingresados en HDA.

Material y métodos.

Muestra de 24 pacientes, ingresados desde enero de 2007 a diciembre de 2011. Diagnóstico basado en entrevista clínica según criterios DSM-IV-TR, entrevista semiestructurada Kiddie-Sads-PL, exploración neuropsicológica y administración del ADI-R y ADOS.

Las variables recogidas incluyen intervención realizada (farmacológica, psicológica y comunitaria) así como nivel de ajuste (EEAG) al ingreso y al alta, CI, ingreso en unidad de agudos durante su estancia en HDA y cambio de recurso educativo al alta.

### Resultados.

Los TEA (4 chicas y 20 chicos, de 12 a 17 años) representan el 16% del total de ingresos en estas fechas con una estancia media de 7 meses.

La mayoría presentan desajuste psicosocial (incluyendo absentismo escolar y dificultades de relación con iguales) y/o síntomas emocionales.

Al alta se ha conseguido una mejora en su ajuste psicosocial (mejor adaptación escolar, social y familiar).

Conclusiones:

HDA es un recurso útil para tratar los TEA y sus comorbilidades.

La mejoría de las comorbilidades gracias a la intervención farmacológica favorece el abordaje multidisciplinar sobre los síntomas nucleares del TEA y sobre los factores ambientales que causan desajuste.

El HDA permite la observación del paciente posibilitando la intervención "in situ" de sus dificultades de comprensión social, reciprocidad y de resolución de conflictos con iguales. La buena vinculación y la percepción de que se hallan en un entorno protector facilita el proceso terapéutico así como una experiencia positiva en sus relaciones sociales.



### **156.- ESTUDIO DE CONMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN TEA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

*Villalobos Martínez, Elena. USMIJ-Algeciras / Gonzalez Saavedra, Laura. USMIJ- Algeciras / Falconi Valderrama, Carla. USMH-Hospital Punta Europa*

#### **INTRODUCCIÓN:**

En la literatura encontramos pocos estudios que examinen comorbilidad asociada en pacientes diagnosticados de TEA. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las diferentes comorbilidades psiquiátricas en pacientes que acuden a una unidad de salud mental infanto juvenil con diagnóstico de TEA, ya que la identificación y el reconocimiento de dichas comorbilidades psiquiátricas mejoraría el funcionamiento psicosocial de estas personas.

#### **MÉTODO:**

Se realiza una revisión sistemática de los pacientes que acudieron y fueron diagnosticados desde el año 1995 hasta la actualidad, a la unidad de salud mental infanto juvenil de Algeciras. Posteriormente realizamos una comparación entre las diferentes prevalencias de las comorbilidades que se presentan en nuestro estudio. Se tomó como medida a la hora de establecer los diagnósticos los grupos generales de categorías diagnósticas recogidos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). La muestra estuvo constituida por un total de 156 pacientes, de los cuales 87(55,7%) presentan comorbilidad asociada.

#### **RESULTADOS:**

Un examen global de los datos apunta que los grupos diagnósticos más prevalentes han sido, en primer lugar, TDAH(34.61%) seguido de trastorno de expresión y comprensión del lenguaje(10.89%) y retraso mental (10,25%).

#### **CONCLUSIÓN:**

Sería necesaria una mejor formulación diagnóstica ya que las perturbaciones afectivo-emocionales y conductuales pueden aparecer enmascaradas como sintomatología asociada al TEA. En nuestra muestra observamos comorbilidad con trastorno de déficit de atención e

hiperactividad, en muchos de los casos siendo el motivo de consulta. Igualmente el retraso mental se presenta en gran número de nuestra muestra. Por otro lado, los resultados también podrían advertirnos acerca de cambios en las prácticas de diagnóstico a través del tiempo, a pesar de que las categorías de referencia para diagnosticar (las recogidas en la CIE-10) se hayan mantenido inalterables a lo largo de los ocho años analizados. Se discuten posibles razones que expliquen dichos cambios a la hora de determinar juicios clínicos

### **157.- ESTUDIO DE TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS EMPLEADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TEA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.**

*Villalobos Martínez, Elena. USMIJ-Algeciras / Falconi Valderrama, Carla. USMH-Algeciras / Gonzalez Saavedra, Laura. USMIJ-Algeciras*

#### **Introducción:**

En la actualidad no existe ningún tratamiento que cure el autismo. La mayoría de las guías internacionales de tratamiento, plantean el abordaje de este trastorno en tres partes: condiciones generales, tratamientos psicopedagógicos y farmacológicos. La dificultad para hacer buen uso de dichos tratamientos, se debe a que no está clara la etiopatogenia del trastorno, con esto lo que hacemos es tratar los síntomas y las conductas frecuentemente asociadas. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el número de casos tratados farmacológicamente, y los tratamientos más empleados en estos.

#### **Método:**

En primer lugar se realizó una revisión sistemática de las historias de todos los pacientes que acudieron a la unidad de salud mental infanto juvenil de Algeciras desde el año 1995 hasta la actualidad, siendo diagnosticados de TEA. Posteriormente procedimos a realizar una comparación entre los pacientes que requirieron tratamiento farmacológico y los que no. Se tomó como medida a la hora de establecer los diagnósticos, los grupos generales de categorías diagnósticas recogidas en la décima revisión de la Clasificación General de Enfermedades (CIE 10). La muestra estuvo constituida por un total de 156



pacientes, de los cuales 94 pacientes requirieron tratamiento farmacológico y 62 pacientes no requirieron esta intervención.

#### **Resultados:**

Un examen global de los datos apunta que son más los pacientes que requirieron tratamiento farmacológico. Mejorando irritabilidad, autoagresión y autolesiones, hiperactividad, inatención e impulsividad y problemas de conducta repetitiva, obsesiva, ansiedad y depresión. Por otro lado, un análisis comparativo de los fármacos más utilizados manifiesta a grandes rasgos, son la utilización de risperidona (25%) y metilfenidato (25%) al mismo tanto por ciento.

#### **Conclusión:**

La elección de un tratamiento apropiado para los TEA, es un tema controvertido y complejo. El tratamiento farmacológico debe administrarse combinado con terapias educativas, sociales y conductuales, ya que la utilización de fármacos en este trastorno es sintomático. El uso o no se hace de una manera individualizada, ya que todos no lo requieren, siempre debe primar la calidad de vida del paciente y un riesgo beneficio adecuado.

### **158.- EXPERIENCIAS SENSORIALES EN EL ESPECTRO AUTISTA**

*Esteve Blasco, Gladis. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia) / Hernandez Campos, Susana. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia) / Sanz Santos, Ana Isabel. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia) / López Martínez, Carla. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia) / Fuentes Albero, Milagros. Unidad de salud mental infantil La Coma-Paterna*

#### **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS**

Desde la década de los 60 autores como A. Jane Ayres, Delacato o S. Baron-Cohen hablan de procesos sensoriales diferentes en personas con autismo, formulando teorías que colocan estas experiencias sensoriales en la base del trastorno y a partir de las cuales se generarían una serie de respuestas adaptadas a las mismas.

Esta comunicación, tiene como objetivo intentar reconstruir algunos de los aspectos del mundo sensorial en el autismo, y mostrar que percibir diferente no significa

anómalo.

Se pretende además valorar la existencia de percepciones sensoriales diferentes en una muestra de niños con Trastorno del Espectro Autista.

#### **MÉTODOS Y/O PACIENTES**

Se ha realizado una búsqueda en Pubmed con los términos «autism» y «sensory perception» mediante la cual se han obtenido las bases teóricas para desarrollar la comunicación.

Se ha aplicado la «Lista de Control Revisada del Perfil Sensorial», de Olga Bogdashina, a 10 pacientes de la Unidad de Salud Mental Infantil de la Coma, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista confirmado mediante el Autism Diagnostic Interview, Revised (ADI-R). Con los datos obtenidos se ha realizado un análisis cualitativo.

#### **RESULTADOS**

En el estudio se han puesto de evidencia la existencia de experiencias sensoriales heterogéneas en nuestra muestra de niños, siendo el perfil sensorial de cada uno de ellos particular y diferente al del resto de los participantes.

Resulta significativo que los cuestionarios cumplimentados por padres presentan mayor frecuencia de respuestas positivas para ítems relacionados con conductas disruptivas. En los autocumplimentados por pacientes hay mayor presencia de respuestas positivas para los ítems relacionados con experiencias sensoriales diferentes.

#### **CONCLUSIONES**

En la actualidad muchas de las líneas de investigación abiertas se están orientando hacia la posible existencia de procesos sensoriales diferentes en el autismo (como la de A. Jean Ayres, sobre la Integración sensorial, que da una respuesta satisfactoria a muchos de las conductas de los niños con Trastorno del Espectro Autista).

Tal y como se refleja en este estudio, las experiencias sensoriales más prevalentes en el autismo son: hipersensibilidad acústica, visual y táctil e hiposensibilidad álgica. Sin embargo aún queda mucho por investigar en esta línea.



### **159.- ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE PRIMERAS CONSULTAS Y DIAGNÓSTICO FINAL DE PACIENTES CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL**

*FALCONI VALDERRAMA, CARLA. UGC Salud Mental - Área Sanitaria Campo de Gibraltar / GONZALEZ SAAVEDRA, LAURA. UGC Salud Mental - Área Sanitaria Campo de Gibraltar / VILLALOBOS MARTINEZ, ELENA. UGC Salud Mental - Área Sanitaria Campo de Gibraltar.*

#### **OBJETIVOS**

Caracterizar nuestra población de estudio centrándonos principalmente en la distribución por edad y sexo, así como los motivos de consulta inicial más frecuentes en relación al diagnóstico final de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD).

#### **MÉTODO**

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional analítico y descriptivo, mediante revisión de historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta en la Unidad de Salud Mental Infantil de Algeciras, cuyo diagnóstico final correspondía según criterios DSM-IV-TR o CIE-10 al grupo de TGD (Autismo F84.0, Asperger F84.5 y TGD no especificado F84.9).

#### **RESULTADOS**

Se obtuvo un total de 156 casos, 79.49% de sexo masculino y 20.51% femenino. El motivo de consulta más frecuente según diagnóstico fue por “problemas del lenguaje” en un 58.97% de los pacientes con Autismo, “dificultad en las relaciones sociales” en un 56.56% de los pacientes con Asperger, y “fobia a situaciones nuevas” además de “problemas del lenguaje” en un 56.05% y 54.93% respectivamente. La distribución de edad más frecuente en la primera consulta fue de 2 años para Autismo, 5 años para Asperger, y 7 años para TGD no especificado.

#### **CONCLUSIONES**

Existe evidencia estadística de la relación entre el motivo de consulta y el diagnóstico final del paciente, con una fuerte asociación del motivo de consulta “problemas

del lenguaje” con el diagnóstico final de Trastorno Generalizado del Desarrollo especialmente con Autismo y TGD no especificado, así como de la relación entre la edad de la primera consulta y diagnóstico final siendo ésta menor para el Autismo, a diferencia del Asperger y TGD no especificado que resultó ser más tardía.

### **160.- HISTORIA FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL**

*FALCONI VALDERRAMA, CARLA. UGC SALUD MENTAL - ÁREA SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR / VILLALOBOS MARTINEZ, ELENA. UGC SALUD MENTAL - ÁREA SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR / GONZALEZ SAAVEDRA, LAURA. UGC SALUD MENTAL - ÁREA SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR*

#### **OBJETIVOS**

Caracterizar nuestra población de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), centrándonos principalmente en los antecedentes familiares psiquiátricos en relación al diagnóstico final (Autismo, Asperger, TGD no especificado) y si existen diferencias entre éstos.

#### **MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, observacional analítico y descriptivo, mediante revisión de historias clínicas de los pacientes de la Unidad de Salud Mental Infantil de Algeciras, cuyo diagnóstico final correspondía a TGD (Autismo F84.0, Asperger F84.5 y TGD no especificado F84.9), y que presentaran además antecedentes familiares psiquiátricos divididos en grupos (Trastornos del Estado de Ánimo, TDAH, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Retraso Mental, Trastorno de la Comunicación, TGD).

#### **RESULTADOS**

Se obtuvo un total de 156 casos con diagnóstico de TGD, observando que el 30,13% (47 casos) presentaban una historia familiar psiquiátrica. De los casos con diagnóstico final de Autismo (25% del total), el 33.33% presentaba historia familiar psiquiátrica; Asperger (29.49% del total), el 21.75% presentaba historia familiar psiquiátrica, y TGD no especificado (45.51% del total),



el 33.80% presentaba historia familiar psiquiátrica. Sin embargo, en los pacientes con diagnóstico de Asperger, el 90% de la distribución fue para los trastornos del Estado de Ánimo en familiares de primer y segundo grado; y en los pacientes con diagnóstico de Autismo, el 46% correspondía a antecedentes de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en familiares de segundo grado y tercer grado. Con respecto a los pacientes con diagnóstico de TGD no especificado no se observaron diferencias con respecto a los antecedentes familiares.

### CONCLUSIONES

En este estudio observamos que los pacientes con diagnóstico de Asperger presentaron una historia familiar que mostró altos porcentajes de trastornos del estado de ánimo, donde además, los factores genéticos del Asperger son más comunes si se compara con los relacionados con el autismo. Existen varias revisiones recientes que plantean los factores genéticos del TGD desde diversas perspectivas, y una clara heterogeneidad etiológica que determinará a la larga diferentes subtipos clínicos y etiológicos, lo que actualmente hace necesaria una integración de las investigaciones realizadas en distintos niveles, y de esta forma se considera que se podría definir mejor el modelo hipotético para poder entender la base de estos trastornos.

### 161.- DIFERENCIA DE INTERESES RESTRINGIDOS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS CON TGD

*González Saavedra, Laura. USMI-J Algeciras / Falconi Valderrana, Carla. USMH-Algeciras / Villalobos Martínez, Elena. USMI-J Algeciras / Guerra Alegre, Teresa. USMI-J Algeciras*

#### OBJETIVOS:

Los Trastornos del espectro Autista se presentan en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos, pero hay una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de que afecten a niños que a niñas. Las personas con autismo presentan intereses especiales, que no son frecuentes en otras personas de su edad (fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, letras o logotipos, etc), aunque lo más característico es que no comparten sus intereses con los demás. En las personas con mayor capacidad intelectual

sus intereses restringidos son más sofisticados y pueden incluir: el hacer colecciones, listados, recopilar datos sobre temas específicos, etc.

El objetivo de nuestro estudio es comprobar si existen diferencias cualitativas entre los intereses restringidos en cuanto al sexo.

#### METODO Y PACIENTES:

Se realizó una revisión sistemática de los pacientes diagnosticados de Trastornos del espectro Autista (Síndrome de Asperger, Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado) que se encuentran actualmente en tratamiento en la USMI-J de Algeciras. Resultó una muestra de 156 niños, de la que 32 eran niñas y 124 eran niños, de los cuáles 37 estaban diagnosticados de autismo, 45 de síndrome de Asperger y 74 de Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

#### RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

De nuestra revisión resulta la forma de los pensamientos mantiene una estabilidad en los pacientes analizadas. De tal forma que la intensidad, el tiempo que dedican a dichas actividades y el disfrute que obtienen con ella permanece ajeno a la variable principal analizada (el sexo).

La conclusión de nuestro estudio es que no existen diferencias de intereses restringidos entre los niños y niñas diagnosticados de TGD de nuestra muestra.

### 162.- “CAMINOS ABIERTOS” EN LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

*González Saavedra, Laura. USMI-J Algeciras / Villalobos Martínez, Elena. USMI-J Algeciras / Falconi Valderrama, Carla. USMH-Algeciras / Guerra Alegre, Teresa. USMI-J Algeciras*

#### OBJETIVO:

El autismo es una de las incapacidades más complejas de la infancia. En 1943, Leo Kanner, describió el síndrome de “Autismo infantil” para explicar una especie de “psicosis infantil”. La palabra autismo proviene de la palabra griega “autos” que significa propio. Este concepto ha ido cambiando y en la actualidad se habla de Síndrome autista para designar “una alteración evolutiva del desarrollo que puede definirse como dificultades



de la comunicación verbal y gestual, alteraciones de la interacción social recíproca y un repertorio muy restringido de actividades e intereses y patrones repetitivos de conducta” Un aspecto característico de los Trastornos del espectro Autista son las preocupaciones excesivas por determinados temas u obsesiones. El niño querrá aprender todo acerca de una materia en particular y tiende a manifestarlo en conversaciones y en su tiempo libre y/o juego.

En algunos niños, estos intereses pueden persistir hasta la edad adulta y pueden conducir a ocupaciones que durarán el resto de la vida del niño y ser la base de futuras carreras o estudios. Los intereses restringidos pueden considerarse como “camino abierto” en el cerebro del niño. No son opcionales, ni son escogidos por el niño, sino que son casi innatos. El objetivo de nuestro estudio es comprobar cuáles son estos intereses restringidos y cuáles son los más frecuentes.

#### MÉTODO:

Se realizó una revisión sistemática de los pacientes diagnosticados de Trastornos del espectro Autista (Síndrome de Asperger, Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado) que se encuentran actualmente en tratamiento en la USMI-J de Ageciras. Resultó una muestra de 156 niños, de los cuáles 37 es-

taban diagnosticados de autismo, 45 de Síndrome de Asperger y 74 de Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

#### RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

En los pacientes diagnosticados de Síndrome de Asperger los intereses son muy marcados, el patrón repetitivo es más complejo, y se relacionaban en la mayoría con aparatos electrónicos, siendo los más frecuentes: videoconsolas, ordenadores, televisión, dibujar, puzzles, comics y dibujos animados. Algún caso aislado interesado en el giro de objetos, ruedas de coches, fútbol, coches, música e iglesias. En cuanto a los pacientes autistas, sus intereses eran más variables y variados, y más mecánicos: fascinación con objetos redondos y giratorios (ruedas), alineación de enseres, girar sobre sí mismos, plastilina, golpear, la comida, bicicletas, relojes, letras y números, robots, torres, teletubbies, ajedrez, vestirse y desvestirse. En el autismo eran más variables y variados. Los pacientes diagnosticados de TGDNE tendrían unas características inespecíficas: giro de objetos, TV, coches, fútbol, pelota, videoconsola, muñecos, animales, lanzar objetos, dinosaurios, mitología, puzzles. En conclusión encontramos, en nuestra muestra, que existen diferencias tanto cualitativas como cuantitativas en los diferentes tipos de TGD.

---

## PÓSTERES QUE OPTAN A PREMIO

---

### 30.- PERFILES CLÍNICOS EN ADOLESCENTES CON ADICCIÓN A INTERNET: LA IMPORTANCIA DE LA RECLUSIÓN.

*Matalí Costa, Josep Lluís. Servicio de Psiquiatría i Psicología, Hospital Sant Joan de Déu / Latorre Martínez, Santiago. Servicio de Psiquiatría. INAB. Hospital del Mar / Cañellas Fontanals, Anna. Servicio de Psiquiatría i Psicología, Hospital Sant Joan de Déu / Carreras Viñas, Paula. Servicio de Psiquiatría i Psicología, Hospital Sant Joan de Déu / Pardo Gallego, Marta. Servicio de Psiquiatría i Psicología, Hospital Sant Joan de Déu / San Molina, Luis. Servicio de Psiquiatría i Psicología,*

*Hospital Sant Joan de Déu*

#### Fundamentos:

Las demandas de tratamiento de adolescentes con problemas relacionados con la adicción a Internet han aumentado en los últimos años, desconociéndose con exactitud los perfiles en población clínica.

Objetivos: Este estudio pretende un doble objetivo: Primero describir la muestra clínica de adolescentes con adicción a Internet. Segundo, analizar las diferencias en patrones de uso de internet y características clínicas entre un grupo de pacientes reclusos versus un grupo de pacientes no reclusos.



### Método:

Se evaluaron todos los pacientes derivados a la Unidad de Conductas adictivas de Adolescentes por “adicción a internet” durante enero de 2010 y Julio de 2011. Se evaluó el eje I y la adicción a Internet, así como una entrevista de las características de uso de las diferentes aplicaciones y sus consecuencias. Los pacientes fueron categorizados en dos grupos en función de si utilizaban internet como una vía de escape o de refugio.

Resultados: Se evaluaron 53 pacientes, de los cuales 34 cumplían criterios diagnósticos de adicción a Internet. La edad media era de 15,38 y el 76,5%, eran hombres. El 50% de la muestra (n=17) referían utilizar internet como una vía de refugio o escape. En relación a los diagnósticos, se observó más presencia de trastornos externalizantes en el grupo de no reclusos (94.1% trastornos de comportamiento perturbador y/o trastorno negativista desafiante) a diferencia del grupo recluso en el que observó más presencia de trastornos internalizantes (destacando los trastornos afectivos (29.4%), los trastornos de ansiedad (23.5%, 4), y los trastornos de personalidad (23.5%).

Al comparar los grupos, el grupo de los refugiados presentaba más trastornos comórbidos ( $p<0.001$ ), más tratamientos anteriores ( $p<0.001$ ), más presencia de problemática interpersonal, (bulling, pérdidas, etc.) ( $p=0.037$ ), más antecedentes familiares psiquiátricos ( $p=0.016$ ) y jugaban más en horario nocturno ( $p<0.001$ ). Además, cuando se quedaban sin conexión reportaban más sensación de incapacidad ( $p<0.001$ ).

En relación a las aplicaciones el grupo de los refugiados utilizaba más los multimedia multi-player online role playing games (MMORPG) ( $p=0.006$ ), y más aplicaciones comunicativas (chats o Messenger) ( $p=0.024$ ).

En relación a las consecuencias, los refugiados presentan más repercusión académica ( $p=0.010$ ) y más pérdida de contacto con los amigos ( $p<0.001$ ).

Los pacientes del grupo refugiados requieren más abordaje combinado (psicoterapéutico y farmacológico) que los no refugiados, en los que el abordaje es psicoterapéutico ( $p<0.001$ ). El grupo de los no refugiados evolucionó mejor a los tres meses (mejor puntuación en la Impresión Clínica Global) que el grupo de los refugiados ( $p=0.010$ ).

### Conclusiones:

Este estudio aporta información novedosa sobre los diferentes perfiles clínicos que presentan los adolescentes

que demandan tratamiento por una adicción a Internet. En nuestra muestra observamos dos grupos claramente definidos en función de la reclusión, encontrándose diferencias en la presentación, comorbilidad, tipo de intervención y evolución. Se ha observado que los pacientes del grupo de los no refugiados realizan una buena respuesta a la implementación de estrategias cognitivo-conductuales orientadas al establecimiento de límites de la conducta en colaboración con la familia requiriéndose en la primera fase del abordaje la abstinencia a la aplicación. En contrapartida, los pacientes del grupo de los refugiados no responden tan bien al planteamiento dirigido a la abstinencia y mejor al de uso controlado-limitado, generando dudas relacionados con los aspectos positivos y/o negativos de mantener el uso de internet. Este hecho hace imprescindible la realización de una evaluación y de la adaptación de la intervención a estos perfiles.

### 31.- TRATAMIENTO INTEGRADO VS. PARALELO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

*Díaz Hurtado, Rosa M<sup>a</sup>. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona / García Martínez, Montserrat. Unidad de Prevención y Control del Cáncer. Instituto Catalán de Oncología. Barcelona / Goti Elejalde, Javier. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona / Aso Aros, Laura. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona / Castro Fornieles, Josefina. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM*

#### Fundamento y objetivo

Aunque existe consenso respecto a que las intervenciones más efectivas en adolescentes con trastornos por uso de sustancias (TUS) son las intervenciones integradas, que abordan el consumo de drogas de forma coordinada con el resto de problemas asociados, estas intervenciones resultan costosas, y algunos pacientes podrían obtener buenos resultados con intervenciones breves en paralelo a su tratamiento psiquiátrico habitual.

Este trabajo pretende comparar la efectividad de una intervención integrada y otra paralela, para conseguir el abandono o disminución significativa del consumo de drogas y otros trastornos relacionados, en adolescentes



que inician tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas de un Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil.

### Método

Se realizaron evaluaciones pre y post-intervención (3, 6 y 12 meses) a los pacientes que iniciaron tratamiento entre marzo de 2008 y mayo de 2009 en la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes completaron, entre otros, el T-ASI (Teen-Addiction Severity Index) y entrevistas para obtener los diagnósticos DSM-IV-TR, el patrón de uso de sustancias y otras variables socio-demográficas y clínicas. Se valoró la evolución del tratamiento a los 12 meses como positiva cuando el paciente había reducido al menos un punto su puntuación en la escala de drogas del T-ASI y al menos un punto en dos o más del resto de las escalas (escuela, familia, social, legal y psiquiátrica). En caso contrario, la evolución se consideró negativa.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a los dos tipos de tratamiento. El tratamiento integrado incorpora una adaptación de materiales específicos del Cannabis Youth Treatment (CYT) al resto de elementos del tratamiento del paciente, siempre de forma altamente coordinada entre los diferentes profesionales implicados, y con adaptación continuada a la evolución del paciente. El tratamiento en paralelo consiste en añadir al tratamiento habitual una intervención motivacional y cognitivo-conductual de un máximo de 4-5 sesiones, en la que el especialista en drogas aborda el tema de las drogas sin coordinación específica con el resto de elementos del tratamiento.

### Resultados

En el periodo descrito fueron derivados a la Unidad de Conductas Adictivas 75 pacientes de entre 13 y 18 años (61.4% chicos, edad media=16.28±1.16). Todos eran consumidores regulares de cannabis y algunos consumían además otras sustancias (73.3% alcohol, 78.6% tabaco, 22.6% estimulantes, 9.3% otras drogas). El 97.3% presentaba al menos otro diagnóstico psiquiátrico asociado al consumo (45.6% externalizante, 12.3% internalizante, 38.6% mixto).

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo integrado (n=40) o paralelo (n=35) aunque 9 rehusaron participar, 5 abandonaron antes de completar la

evaluación y 3 fueron derivados a programas residenciales. Finalmente, 31 pacientes iniciaron el tratamiento integrado y 25 el paralelo, aunque 11 de estos últimos fueron retirados del estudio porque tuvieron que recibir una intervención más intensiva debido a empeoramiento clínico, quedando 14 pacientes en el grupo paralelo.

Al año de iniciar el tratamiento, de los 31 pacientes que siguieron un tratamiento integrado el 71.8% evolucionaron positivamente, mientras que lo hicieron solo un 28.6% de los 14 que recibieron tratamiento en paralelo (Chi-cuadrado=8.175; p=0.017). Un análisis de regresión logística mostró que el tratamiento integrado resultó ser significativamente mejor que el paralelo, después de ajustar por edad, sexo, estatus socio-económico y diagnóstico comórbido (OR=7.933, IC 95% 1.702-36.983).

### Conclusión

Los adolescentes con TUS que acuden a un centro de salud mental suelen presentar otros trastornos psiquiátricos asociados y se benefician más de abordajes integrados que de abordajes en paralelo para el consumo de sustancias.

Agradecimientos

Ayudas FIS PI07/90428 y PI040207 del Instituto Carlos III.

### 32.- RENDIMIENTO NEUROCOGNITIVO Y FUNCIONAMIENTO DE UNA COHORTE DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO BIPOLAR: DOS AÑOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

*Lera Miguel, Sara. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona. / Raventós Martí, Alejandra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona. / Andres Perpiñán, Susana. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. IDIBAPS. CIBERSAM. Barcelona. / Fatjó Vilas, Mar. Unidad de Antropología, Facultad Biología, Instituto de Biomedicina, Universitat de Barcelona. CIBERSAM. / Fañanás Saura, Lourdes. Unidad de Antropología, Facultad Biología, Instituto de Biomedicina, Universitat de Barcelona. CIBERSAM. / Lázaro, Luisa. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic. Barcelona. IDIBAPS. CIBERSAM.*



## FUNDAMENTOS

Diferentes revisiones han identificado déficits entre los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar pediátrico (PBD) en numerosas funciones cognitivas (Joseph, 2008; Cahill et al. 2007, 2009; Nieto y Castellanos, 2012). Estudios recientes analizan estos rendimientos teniendo en cuenta el efecto del tratamiento farmacológico (Pavuluri et al, 2006, 2010; Henin, 2009). Unos y otros sugieren la necesidad de diseños longitudinales y de seguimiento.

## OBJETIVOS

Estudiar el rendimiento neuropsicológico y el funcionamiento de una cohorte de adolescentes con diagnóstico de trastorno bipolar de inicio temprano (EOBD) y tratamiento farmacológico durante aproximadamente 2 años comparados con una muestra de adolescentes sanos (HC).

## MÉTODOS

Se evaluó el rendimiento neuropsicológico y estado clínico de 20 adolescentes con EOBD tipo I o II, eutímicos, diagnosticados en el Hospital Clínic de Barcelona entre 2007 y 2008 y en tratamiento psiquiátrico al menos dos años. Se comparó con 20 sujetos sanos, similares en edad, sexo y entorno sociocultural. La batería neuropsicológica evaluó: capacidad cognitiva verbal y visoespacial, atención, memoria de trabajo, memoria y aprendizaje verbal, memoria visual, habilidad y velocidad visomotriz, fluencia verbal y funciones ejecutivas.

Las variables clínicas recogidas fueron: Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Manía de Young (YMRS), Escala de Síntomas de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD-RS) y patrón de consumo de drogas. Se recogieron variables demográficas como el nivel de estudios en curso y la situación laboral.

Todos los participantes y cuidadores firmaron el consentimiento informado para el estudio, el cual fue aprobado por los comités de ética y deontología del centro.

Se han calculado tablas de contingencia y pruebas chi-cuadrado para las variables categóricas clínicas y demográficas y pruebas T de Student de datos independientes para las variables numéricas clínicas y de rendimiento neuropsicológico (SPSS 15.0). Se establece como significativo un error alfa inferior a 0,01.

## RESULTADOS

No hay diferencia entre grupos en la edad ( $18,6\pm 1,5$  años EOBD,  $19,2\pm 2,1$  años HC) ni la distribución de

sexos (12 mujeres EOBD, 14 mujeres HC). No hay diferencias en los porcentajes de cada grupo en el nivel académico cursado como tampoco en el porcentaje de adolescentes que trabaja.

No aparecen diferencias en cuanto a los patrones de consumo de sustancias tóxicas, reducidos casi exclusivamente al consumo de alcohol (31% EOBD; 41% HC).

Uno de los pacientes requirió de ingreso hospitalario durante el seguimiento. Cuatro habían recibido tratamiento antidepressivo, cinco, tratamiento antipsicótico y 16 estaban todavía en tratamiento eutimizante. Cuatro de ellos no recibía ya tratamiento farmacológico.

Los EOBD no difieren de los HC en la YMRS pero sí en la presencia de síntomas depresivos ( $8,45\pm 7,6$  EOBD;  $1,95\pm 2,3$  HC;  $p: 0,001$ ), y de síntomas de TDAH ( $14,9\pm 10,5$  EOBD;  $7,42\pm 4,4$ ;  $p: 0,007$ ).

El rendimiento neuropsicológico de los EOBD comparado con los HC muestra diferencias significativas en Vocabulario ( $p: 0,005$ ), CI estimado ( $p: 0,005$ ), recuerdo inmediato de la Figura de Rey ( $p: 0,004$ ) y recuerdos inmediato y demorado de la Reproducción de dibujos de la WMS-III ( $p: 0,007$ ,  $p: 0,01$ ). Casi alcanza la significación en Cubos o razonamiento visoespacial ( $p: 0,016$ ). Por el contrario, no aparecen diferencias significativas en atención y memoria de trabajo auditivas, memoria verbal, aprendizaje verbal, velocidad, funciones ejecutivas ni fluencia verbal.

## CONCLUSIONES

Los adolescentes con EOBD eutímicos de nuestra muestra, diagnosticados y en tratamiento psiquiátrico durante más de dos años, muestran un rendimiento neuropsicológico y un funcionamiento general ligeramente inferior al de los controles sanos. Los déficits se concentran en la competencia verbal y cognitiva general y la memoria visual. En contra de lo observado en la literatura, no se hallan déficits permanentes en memoria y aprendizaje verbal, atención o funciones ejecutivas.

Financiado por Convocatoria Intramural CIBERSAM (P91E 2009).

## 33.- DETERIORO FUNCIONAL POR SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Romero Acosta, Kelly. Universidad Autónoma de Barcelona / Canals, Josepa. Universidad Rovira i Virgili / Her-*



*nandez, Carmen. Universidad Rovira i Virgili / Ferreira, Estrella. Universidad de Barcelona / Noorian, Zahra. Universidad Autónoma de Barcelona / Domenèch-Llaberia, Edelmira. Universidad Autónoma de Barcelona*

### Fundamentos y objetivos:

Los síntomas somáticos se caracterizan por la percepción de dolor en ausencia de una causa orgánica específica. Pueden llegar a ser persistentes y producir deterioro funcional. El objetivo de este trabajo fue estudiar el deterioro funcional provocado por los síntomas somáticos de los niños y adolescentes en su entorno familiar, escolar y social y relacionarlo con la coexistencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa.

### Método:

Muestra: En total participaron 2575 escolares de ambos sexos entre 8 y 16 años escolarizados en Reus (Tarragona) y Rubí (Barcelona). Reus aportó la parte infantil de la muestra con 13 escuelas seleccionadas al azar entre un total de 26. En Rubí participaron todas las aulas de segundo y tercero de eso de las 9 escuelas que había.

### Instrumentos:

1. Cuestionario de síntomas somáticos: adaptado del de Domènech et al (1996) en el que se pregunta por la presencia y frecuencia de cinco tipos de síntomas: dolor de barriga, dolor de cabeza, mareo, dolor muscular y fatiga en los últimos tres meses y, en el que también, se valora el deterioro a partir de la percepción del impacto de la sintomatología somática en casa, en la escuela y con los amigos. También se pregunta por las ausencias escolares por este motivo y la utilización de los servicios de salud.
2. Screen for Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED, Birmaher et al, 1999). El punto de corte que se utilizó fue de 25 (sensibilidad: 9%, especificidad: 68,5%) en comunidad catalana (Canals et al 2011).
3. Children Depression Inventory (Kovacs, 1992): con punto de corte de 17
4. Cuestionario de variables socio demográficas

### Resultados:

Un total de 968 sujetos presentaron algún síntoma somático: 511 uno solo, 254 dos, 127 tres y 16 más de tres). El más frecuente fue la cefalalgia seguida por el

dolor de barriga. De los 968 somatizadores, el 86,2% señaló un deterioro percibido, bien sea en casa (51,9%), en la escuela (50,8) o con los amigos (30,0%). Un 78% había perdido días de clase por sus molestias físicas y un 49,2% había visitado al pediatra por el mismo motivo. Los adolescentes presentaban más deterioro funcional que los niños ( $p < .001$ ) y las chicas más que los chicos ( $p < .001$ ). Los síntomas somáticos más asociados al deterioro funcional fueron el dolor de cabeza y el dolor de barriga ( $p < .001$ ). En los niños el síntoma somático con más deterioro funcional fue el dolor abdominal mientras que en la adolescencia lo fue el dolor de cabeza. Los niños y adolescentes con cuatro o más síntomas somáticos señalaron mayor deterioro que los que refirieron uno, dos o tres ( $p = .010$ ).

De la muestra de somatizadores, un 21, 3% presentó comorbilidad con sintomatología ansiosa, un 10% con sintomatología depresiva y un 8% con ambas. Los somatizadores que tenían asociada otra sintomatología informaron tener más deterioro que los que no tenían ninguna comorbilidad ( $p < .001$ ). En somatizadores con ansiedad, (respecto con los que tienen depresión) el riesgo de presentar deterioro funcional se multiplica por 10.

### Conclusiones:

Este estudio aporta nueva información acerca de la prevalencia de deterioro funcional en niños y adolescentes con síntomas somáticos y señala que este deterioro parece ser mayor en los adolescentes. Los resultados obtenidos confirman los de algunos estudios anteriores (Huguet y Miró, 2008), los cuales indican que los sujetos con síntomas somáticos tienen peor calidad de vida cuando se comparan con niños y adolescentes sin quejas somáticas. También se confirma que los síntomas somáticos provocan deterioro funcional en la vida diaria y un aumento de utilización de los servicios de salud.

### 34.- EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA GRUPAL EN MANEJO CONDUCTUAL DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

*Santamarina Pérez, Pilar. CSMIJ. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil. / Puig, Olga. CSMIJ. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil. / Lera, Sara. CSMIJ. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-*



*Juvenil. / Tor, Violeta. Máster en psiquiatría i psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic. / Cordovilla, Carlos. CSMIJ. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil.*

### FUNDAMENTO

Los problemas de conducta en la infancia constituyen uno de los principales motivos de derivación a los centros de salud mental. El tratamiento más eficaz son los programas de formación de padres basados en las teorías conductistas y del aprendizaje social (Sanders y cols, 1999; Eyberg y cols., 2001). Sin embargo, gran parte de estos estudios se realizaron en el ámbito preventivo. La finalidad de este estudio es comprobar la eficacia de un tratamiento grupal en manejo conductual para padres con niños con problemas de conducta vinculados a un recurso especializado.

### MÉTODOS

La muestra estuvo formada por un total de 89 familias distribuidas en 10 grupos de 8-10 familias. Los grupos se realizaron desde enero de 2008 a febrero de 2011. Se incluyeron familias que presentaron quejas y problemas de comportamiento y relación con sus hijos, en un rango de edad de 6 a 12 años y vinculados al Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil del Hospital Clínic.

El programa consistió en 8 sesiones de 1,5 hora de periodicidad semanal o quincenal, en el que se abordaron pautas educativas. Antes y después de cada intervención, los padres rellenaron el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) para evaluar la intensidad de los problemas de conducta en el niño y una escala de valoración con dos preguntas referentes al grado de preocupación de los problemas de conducta del hijo y el nivel de control que percibían sobre dicho problema. En este caso las opciones de respuesta iban de 0 (nada) a 10 (extremadamente).

La tasa de abandonos del grupo se definió como la ausencia a más de dos sesiones.

Se analizaron los datos previos (SDQ y escala), entre las familias que continuaron con el tratamiento y las que abandonaron. Con las familias que continuaron, se compararon los datos previos con los posteriores al tratamiento. Se analizaron los datos mediante la prueba t-test para muestras independientes y muestras relacionadas, respectivamente, del SPSS.

### RESULTADOS

La media de edad es de 8,75 años (DT= 1,94).

La tasa de abandonos fue del 30% (n=27) y no hubo diferencias significativas en la evaluación previa, entre las familias que continuaron con el tratamiento y las que abandonaron.

Se asumió la ausencia de cambio en las 21 familias que no habían contestado a la evaluación posterior (análisis según intención de tratamiento). La muestra final estuvo formada por 62 familias. Se observaron diferencias significativas antes y después del grupo en las dimensiones del SDQ: estrés general (p=0,005), problemas emocionales (p=0,039), hiperactividad e inatención (p=0,014) y conducta prosocial (p=0,032). Se observaron también diferencias significativas en las escalas que valoraban la percepción de control (p<0,001) y la preocupación por los problemas de conducta (p=0,003) entre antes y después de la intervención en grupo.

### CONCLUSIONES

El grupo de manejo conductual dirigido a padres es eficaz en cuanto que mejora la sintomatología general del niño, sus problemas emocionales y conductuales, así como incrementa la conducta prosocial. Además los padres incrementan su percepción de control y disminuye su preocupación sobre los problemas del niño. La tasa de abandono, congruente con estudios previos (Schuhmann y cols., 1998), no está condicionada por la intensidad de los problemas de conducta del niño, ni por la percepción que tienen los padres de dicha problemática.

La mayoría de los estudios que demuestran la eficacia de los programas conductuales a padres se realizan en el ámbito preventivo (Sanders y cols, 1999). El presente estudio muestra datos preliminares de la eficacia de estos programas en niños diagnosticados y vinculados a un recurso especializado.

### 35.- ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES INMIGRANTES EVALUADOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DURANTE EL 2010-2011

SANCHEZ G<sup>a</sup> del CASTILLO, CARMEN. CSMIJ MARESME.Hospital de Mataró / FRIAS IBAÑEZ, ALVARO. CSMIJ MARESME.Hospital de Mataró / ESPERALBA LOPEZ, NEUS. CSMIJ MARESME.Hospital



de Mataró / BALCELLS SÁNCHEZ, ROSER. CSMIJ MARESME.Hospital de Mataró / RODRIGUEZ MARTÍ, JAUME. CSMIJ MARESME.Hospital de Mataró / PIERA VIVES, ANGELS. CSMIJ MARESME.Hospital de Mataró

### OBJETIVO.

Determinar si los hijos de padres inmigrantes poseen algunas variables sociodemográficas y/o psicopatológicas distintivas, considerando para ello una muestra aleatoria de pacientes derivados a un centro de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) entre octubre 2010 y septiembre 2011.

### METODOLOGÍA.

Se implementó un diseño cuasi-experimental con un grupo clínico (pacientes de padres inmigrantes; n=84) y otro control (pacientes de padres de nacionalidad española; n=81) visitados en el CSMIJ Maresme (Barcelona). Se realizó una evaluación transversal y retrospectiva durante la primera entrevista, incluyendo entre las variables dependientes analizadas tanto factores sociodemográficos (p.e. fecha de llegada y de consulta; edad del menor; nivel de estudios y estatus laboral de los padres) como psicopatológicos (según criterios DSM-IV-TR).

### RESULTADOS.

A través de los datos descriptivos obtenidos en “tablas de contingencia” se constató que, durante la adolescencia (11-18 años), los pacientes “inmigrantes” suelen requerir asistencia en salud mental en mayor medida que sus pares “españoles” (n=44 vs n=28). Estos pacientes “inmigrantes” reciben con más asiduidad un diagnóstico de trastorno adaptativo (n=10 vs n=2) y trastorno de la comunicación (n=9 vs n=3), mientras que en los controles “españoles” predominan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otros trastornos de conducta (n=39 vs n=27). A nivel familiar, los padres (n=15 vs n=7) y madres (n=25 vs n=7) inmigrantes se hallan más habitualmente en paro, pese a tener una formación académica similar a sus homólogos de nacionalidad española. De igual modo, los pacientes “inmigrantes” forman parte de familias numerosas (3 ó más hermanos) en mayor frecuencia que los pacientes “españoles” (n=16 vs n=3). Por otro lado, un 38% por cien de las familias inmigrantes (n=32) tienen al menos un progenitor con algún problema idiomático relevante. Por último, los pa-

dres de nacionalidad española refieren más antecedentes psiquiátricos en ambos progenitores (n=7 vs n=0), mientras que los padres “inmigrantes” no señalan ningún tipo de antecedente psiquiátrico familiar en un 87% de los casos (n=71).

### CONCLUSIONES.

El proceso de aculturación al que han de someterse los menores inmigrantes puede suponer un factor de riesgo psicosocial para la irrupción de diversas reacciones de adaptación, principalmente durante la adolescencia. La mayor sobrecarga parental (familias numerosas), el menor estatus económico y los mayores problemas idiomáticos de los progenitores pudieran estar mediando esta asociación. Conviene tomar con precaución las verbalizaciones de los padres inmigrantes sobre la ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares.

### 36.- COMPARACIONES ENTRE CHICAS ADOLESCENTES EN GRUPO Y SIN GRUPO

MAGRINYÀ VINYES, GLADYS. Centro de Salud Mental de Adultos del Instituto Pere Mata / GRANERO PÉREZ, ROSER. Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud de UAB / TORO TRALLERO, JOSEP. Universidad de Barcelona

Hay escasa literatura sobre características de las chicas no integradas en un grupo de amigas. La investigación tan sólo hace referencia a que las adolescentes que tienden al aislamiento son más propensas a fumar que las integradas en grupos. Lo mismo se ha estudiado en el ámbito del comportamiento alimentario, pero no se han encontrado diferencias significativas.

El presente estudio ha examinado si existen diferencias entre las chicas que forman parte de grupos de amigas y las que no lo hacen en cuanto a características de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y otras características psicológicas y psicopatológicas.

### OBJETIVOS:

Estudiar si las adolescentes integradas en grupos (CcG) se diferencian de las no integradas (CsG) en: IMC, preocupación por la imagen corporal y comportamientos alimentarios de riesgo, autoestima, síntomas depresivos y influencias culturales para adelgazar.



## MÉTODO

Población de 585 chicas de 10 a 17 años de edad pertenecientes a una única escuela concertada, situada en Barcelona.

Todas las chicas fueron pesadas y talladas para calcular el IMC y contestaron los siguientes cuestionarios:

- Sociograma,
- Eating Attitudes Test (EAT),
- Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC),
- Escala de Autoestima de Rosenberg y
- Cuestionario de Circunstancias y Conductas de Riesgo (CCCR) elaborado a propósito de esta investigación para evaluar actitudes, conductas y circunstancias relacionadas con trastornos alimentarios.

Se evaluó la relación de pertenecer a un grupo (sí versus no) con las variables clínicas y psicométricas seleccionadas. Se utilizaron modelos de regresión lineal (adecuados cuando la escala de medida de la respuesta es métrica), y se ajustaron modelos diferentes en función del tamaño de los grupos formados.

## RESULTADOS

De 585 chicas, 390 eran chicas integradas en grupo (66,7%) y 195 no lo estaban (33,3%).

Se hallaron diferencias significativas entre las chicas integradas en grupo y las chicas no integradas en la mayoría de variables estudiadas; concretamente en: (Rosenberg, Diferencia de medias= 1.503,  $T= 3.30$ ,  $p= 0.001$ ; CDI, Diferencia de medias= -1.004,  $T= -3.67$ ,  $p= 0.000$ ; EAT, Diferencia de medias= -2.107,  $T= -1.93$ ,  $p= 0.054$ ; QUIMEC F1, Diferencia de medias= -0.943,  $T= -2.50$ ,  $p= 0.013$ ; QUIMEC F3, Diferencia de medias= -0.286,  $T= -2.02$ ,  $p= 0.043$ ; QUIMEC PT, Diferencia de medias= -2.800,  $T= -2.19$ ,  $p= 0.029$ ). En cambio, no se observaron diferencias significativas en IMC ni en influencias de la publicidad y de modelos y situaciones sociales favorecedores de adelgazar.

Al comparar grupos de amigas de 3 o más miembros con las chicas que no pertenecen a ningún grupo no observamos diferencias significativas que si se observan cuando comparamos el total CcG con CsG. También se observó que en los grupos de 3 hay más diferencias significativas que en los de 4, 5, 6, 7 o 8 miembros. Además, las diferencias observadas se refieren a las variables potencialmente más psicopatológicas: IMC, Rosenberg,

CDI, EAT, insatisfacción corporal (F1 CIMEC y F1 QCCR).

Las CsG de 10-11 años presentan una mayor prevalencia de posibles casos de TCA, de depresión y perciben un nivel más alto de influencias culturales para adelgazar asociado a patología alimentaria que las CcG de 10-11 años.

## CONCLUSIONES

Es la primera investigación que demuestra la existencia de diferencias significativas entre CcG y CsG en variables alimentarias, variables psicológicas e influencias culturales percibidas sobre el modelo estético corporal.

Pertenecer a un grupo es un factor protector para presentar síntomas asociados a patología alimentaria y/o TCA.

Posiblemente, los grupos de 3 funcionan como factores protectores con más potencia que los grupos de 4, 5, 6, 7 o 8 miembros; cuanto más pequeño es el grupo tanto mayor parece ser la influencia entre ellas.

## 37.- FAMILIAS CUIDADORAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON MALFORMACIONES FACIALES

*Vargas Castro, José Alexander. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau/Operation Smile: Comprehensive Cleft Care Centre*

### OBJETIVO:

Determinar como el soporte psicoeducativo a la red familiar o tutorial, puede llegar a tener repercusiones resilientes positivas en pacientes infanto-juveniles durante un proceso quirúrgico reconstructivo facial de causa genética, congénita y/o adquirida; asociado a características biosociodemográficas coadyudantes.

### INTRODUCCION:

Durante el manejo medico-quirúrgico en malformaciones faciales y el abordaje psicoterapéutico de dichos pacientes en edades de infancia y/o adolescencia, hemos observado la necesidad de proporcionar a los padres o sus tutores soporte psicoeducativo tanto en el proceso pre, trans y post-quirúrgico, concientizando a la familias y/o redes de apoyo, su importancia como familias cuidadoras.



### RELEVANCIA Y ANTECEDENTES:

Cada tres minutos nace un niño con malformación facial de tipo labio-paladar hendido, siendo en muchos casos rechazados por sus padres, la comunidad y marginado en su forma de vida.

Desde Febrero 17 de 2011 se ha inaugurado el Comprehensive Cleft Care Centre en Güwahati-Assam, India, en el programa de Operation Smile-ONG, con capacidad programada para 5000 procedimientos quirúrgicos al año, dada la alta prevalencia de este tipo de patologías en dicha zona geográfica.

Conociendo que este menor de edad puede ser receptor de sentimientos de disconfort, y a la vez, su familia poder presentar reacciones de duelo o culpas asociadas, se hace necesario profundizar en la asistencia a familias como cuidadores de dichos pacientes, con exploración de sus expectativas ante el procedimiento quirúrgico e incluirlas al equipo de trabajo como familias resilientes y cuidadoras.

### POBLACION, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE TOMA DE LA MUESTRA

Se trata de un estudio descriptivo, donde se busca obtener dicha información, a través de la aplicación de una entrevista semiestructural a los padres y/o tutores de los pacientes y evaluación de sus guiones de vida como sistema familiar, con instrumentos de evaluación pre y post-quirúrgicos.

La población se ha obtenido de los pacientes incluidos en el programa de operation smile, Comprehensive Cleft Care Centre en Güwahati-India, donde se realizan un promedio de 150 a 200 intervenciones quirúrgicas de forme mensual, con 50 grupos de padres como toma de muestra y la aplicación de los instrumentos :

1. Psychological Assesment (Instrumento de Operation Smile y Comprehnesive Cleft Care Centre)
2. The Quality of Family centered care in child and adolescents surgery (Instrumento diseñado para Comprehnesive Cleft Care Centre)

### RESULTADOS:

Los 50 grupos de padres entrevistados y evaluados con los instrumentos descritos, de mostraron en su totalidad la buena respuesta al tratamiento tras el protocolo de familias cuidadoras desempeñado, con menor grado de ansiedad-estado ante el proceso pre, trans y post-quirúrgico y desmitificando preconceptos que lesionaban el buen

pronóstico post-quirúrgico

### CONCLUSIONES:

- Las Familias requieren de un soporte psicoeducativo que las conforte y potencie su buen actuar sistémico en el beneficio integral Bio-psico-social del paciente infanto-juvenil quirúrgico, en malformaciones faciales genéticas, congénitas y/o adquiridas, tanto en el proceso pre, trans y postquirúrgico, basados en el concepto familias cuidadoras.
- Las creencias religiosas, pueden llegar a repercutir en el concepto de malformación facial para con sus hijos y el buen acceso a un tratamiento quirúrgico integral.
- Familias cuidadoras, se convierte en una alternativa de abordaje psicoterapéutico para padres y sus hijos implicados en un evento de malformación facial genética, congénita y/o adquirida, llegando a instaurarse de forma protocolaria.
- Familias cuidadoras es un programa que demuestra la necesidad de una práctica clínica multidisciplinaria, tanto para familias como pacientes, incluyendo pertinentemente el gremio de salud mental, en las salas de procedimientos quirúrgicos.
- Familias cuidadoras ayuda, sistemáticamente, a garantizar un buen pronóstico y tratamiento de las malformaciones faciales genéticas, congénitas y/o adquiridas en niños y adolescentes.
- Familias cuidadoras crea nuevos guiones de vida.

### 38.- DISCINESIAS Y PARKINSONISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS

*Lopez Quintela, Silvia. Hospital Universitario Marques de Valdecilla / García-Amador, Margarita. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM. CIBERSAM. Madrid / Merchán-Naranjo, Jessica. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM. CIBERSAM. Madrid / Álvarez, María. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM. CIBERSAM. Madrid / Alda, José Ángel. Departamento de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu / Espliego, Ana. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM. CIBERSAM. Madrid*

En los últimos años el uso de antipsicóticos en niños



y adolescentes se ha multiplicado por 6 en EEUU y en Europa se ha duplicado. Existe la creencia general, no basada en la evidencia, de que los antipsicóticos de 2ª generación son más seguros que los de 1ª. Sin embargo, son escasas las evidencias de eficacia y seguridad de SGA en población pediátrica.

#### Objetivos:

Evaluar características demográficas, clínicas y factores de tratamiento que pueden repercutir en la aparición de discinesias y parkinsonismo, en niños y adolescentes naive y cuasinaive tratados con AP.

#### Métodos:

En un estudio longitudinal de una muestra de 266 pacientes menores de 18 años en tratamiento AP los 30 días previos y un tiempo de seguimiento de un año, se obtuvieron el Índice Total de Discinesia y el Índice Total de Parkinson a partir de la escala MPRC-IMS (Maryland Psychiatric Research Centre Involuntary Movement Scale). Se permitió el tratamiento concomitante con anti-depresivos, anticolinérgicos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas. Se excluyeron aquellos sujetos en tratamiento con más de un AP, así como aquellos con mala adherencia al tratamiento. Se realizó un análisis estadístico multivariante de la muestra total, y un subanálisis de aquellos sujetos que recibieron risperidona, olanzapina y quetiapina para evaluar las diferencias en la presentación de efectos secundarios entre los tres antipsicóticos más utilizados en nuestro medio. Se utilizó la Statistical Analyses System (SAS) versión 9.1.3. considerando estadísticamente significativo  $p < 0,05$ .

#### Resultados:

Teniendo en cuenta toda la muestra, tras un año de seguimiento, los sujetos presentaron puntuaciones más altas tanto en el Índice Total de Discinesia ( $< .001$ ) como en el Índice Total de Parkinson ( $< .001$ ) después del seguimiento. Cuando se compararon los tres antipsicóticos más utilizados se detectó una asociación entre el tratamiento con risperidona y el incremento del Índice Total de Discinesia ( $< .001$ ) en comparación con quetiapina ( $< .001$ ), como el Índice Total de Parkinson ( $< .001$ ) en comparación con olanzapina (.003) y quetiapina ( $< .001$ ). Además se detectó que presentar discinesias o parkinsonismo, en la evaluación basal, predisponía a presentar el cambio más notable durante el seguimiento.

#### Conclusiones:

Los efectos adversos neurológicos aumentaron significativamente después de un año de seguimiento en una amplia muestra de niños y adolescentes naive o cuasinaive tratados con antipsicóticos, especialmente SGA. La risperidona presenta tasas significativamente mayores de discinesias que quetiapina y tasas más elevadas de parkinsonismo que olanzapina o quetiapina. Por todo ello el realizar una cuidadosa vigilancia de los efectos secundarios neurológicos de los antipsicóticos es una primera prioridad en un número creciente de pacientes, especialmente sensibles a efectos adversos, apuntando a una amplia efectividad clínica entendido como el bienestar individual que abarca el funcionamiento social y educativo.

Agradecimientos: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Spain. Fundación Alicia Koplowitz y NARSAD. Fundacion Marques de Valdecilla, IFIMAV.

#### 39.- DISCINESIA TARDIA EN POBLACION INFANTIL TRATADA CON ANTIPSICOTICOS

*Lopez Quintela, Silvia. Hospital Universitario Marques de Valdecilla, Santander / Garcia-Amador, Margarita. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM, CIBERSAM, Madrid / Merchán-Naranjo, Jessica. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM, CIBERSAM, Madrid / Espliego, Ana. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM, CIBERSAM, Madrid / Alvarez, Maria. Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. HGUGM, CIBERSAM, Madrid*

En los últimos años el uso de antipsicóticos (AP) en niños y adolescentes se ha multiplicado por 6 en EEUU y en Europa se ha duplicado. Existe la creencia general, no basada en la evidencia, de que los antipsicóticos de 2ª generación (ASG) son más seguros que los de 1ª. Sin embargo, son escasas las evidencias de eficacia y seguridad de SGA en población pediátrica.

Objetivos: Evaluar los posibles factores que pueden intervenir en la presentación de DISCINESIA TARDÍA (DT) en una población infantil, naive o cuasinaive, que son tratados con antipsicóticos.



**Métodos:**

En una población de 266 niños y adolescentes, naive o cuasinaive a tratamiento AP se evaluó de forma prospectiva durante un año (evaluaciones al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses), la aparición del diagnóstico de discinesia tardía (según los criterios de Kane y Cols). Se permitió el tratamiento concomitante con antidepresivos, anticolinérgicos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas. Se excluyó el uso de más de un antipsicótico así como la mala adherencia al tratamiento (evaluada por la detección de antipsicótico en sangre). Se realizó un análisis de regresión logística para detectar los posibles factores que pueden intervenir en la presentación de DT.  $p < 0.01$ . Como factores se introdujeron el sexo, la edad, historia de psicosis, dosis equivalentes de clorpromazina y tiempo de exposición a AP.

**Resultados:**

Aquellos sujetos que presentaban síntomas psicóticos presentaron 1,4 veces más riesgo de DT.

Sujetos expuestos a periodos más prolongados de tratamiento antipsicótico, presentaron con mayor frecuencia DT.

La distancia de Cook ( $< 0.05$ ) indicó que no se detectan valores atípicos que puedan haber influido en estos resultados.

No se detectó asociación entre la edad, el sexo o la dosis equivalente de clorpromazina y la aparición de DT.

Conclusiones: La presentación de síntomas psicóticos, así como el tiempo de exposición al tratamiento antipsicótico, aumentan el riesgo de presentar DISCINESIA TARDÍA. Por ello, es importante el realizar una cuidadosa vigilancia, mejorando de esta forma la efectividad clínica, entendida como el bienestar individual que abarca el funcionamiento social y educativo.

Agradecimientos: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Spain. Fundación Alicia Koplowitz y NARSAD. Fundación Marques de Valdecilla, IFIMAV.

**40.- HETEROGENEIDAD CLINICA Y DIAGNOSTICA DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION DE INICIO TEMPRANO (TAIP) (6-13 AÑOS).**

*Graell Berna, Montserrat. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Andrés Nestares, Patricia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Villaseñor Monteroso, Angel. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Gutierrez Priego, Silvia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús / Morandé Lavin, Gonzalo. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús*

Los trastornos de alimentación son menos frecuentes por debajo de los 13 años pero pueden producir una alteración importante del desarrollo del niño. Presentan características clínicas específicas que dificultan el diagnóstico al no ajustarse a los criterios diagnósticos de las clasificaciones habituales (Nicholls D. et al 2009)

**Objetivos**

Descripción clínica y diagnóstica de los trastornos de alimentación de la edad 6-13 años que acuden a tratamiento intensivo en una Unidad TCA.

**Metodología**

Estudio retrospectivo de las variables sociodemográficas, clínicas y diagnóstico de los pacientes que acuden a tratamiento intensivo (hospital día u hospitalización) por problemas en alimentación durante 4 años.

**Resultados**

N= 194, Sexo: niñas 152 (78,4 %); niños 42 ( 21,6 %) ;Edad media: 11,4 años (s.d. 1,804).

Historia Familiar trastornos psiquiátricos 96 (49,5%); Historia trastornos tempranos de alimentación: 33 (17%), Tiempo evolución: 14,6 meses (s.d. 4,57) Estado nutricional: Percentil medio IMC inicio tratamiento: 10-20.

Diagnóstico DSM-IV: Trastorno de Alimentación Infancia ( $< 6$  años), Anorexia infantil 11 (5,7%), Anorexia Nerviosa Restrictiva 96 (49,5%), Trastorno de Alimentación no especificado (TCANE) 76 (39,1%) Anorexia Purgativa 6 (3,1%), Bulimia Nerviosa 2 (1%).

Diagnóstico Clasificación Great Ormond Street Hospital for Children: Anorexia infantil 11 (5,7%), A. N.Restrictiva Prepuberal 96 (49,5%), Disfagia Funcional: 22 (11,3%); Síndrome del comedor selectivo: 21 (10,8%); Rechazo Emocional de la Comida (REC): 7 (3,6%); Anorexia Nerviosa Purgativa Prepuberal 6 (3,1%); Bulimia Nerviosa 2 (1%). Comorbilidad 72 (37,1%): T. afectivo 33 (17%); T. Ansiedad 23 (11,9%); T. Obsesivo Compulsivo 3 (1,5%); T.Oposicionista De-



safiante 8 (4,1%); T. Déficit de Atención e Hiperactividad 5 (2,6%).

Diagnostico < 12 años (81): 60 (74,1%) niñas y 21 (25,9%) niños. Anorexia Prepuberal: 22 (27,2%); TCANE: 11 (13,6%); Disfagia Funcional: 14 (17,3%); Síndrome de Comedor Selectivo 15 (18,5%); Anorexia Infantil: 9 (11,1%); REC: 7 (8,6%). Comorbilidad 36 (44,4%)

Diagnóstico de 12-13 años (92) : 77 (83,7%) niñas; 15 (16,3%) niños. Anorexia Prepuberal: 65(70,7%); TCANE: 9(9,8 %); Disfagia Funcional: 4(4,3%); Síndrome de Comedor Selectivo 4(4,3%); Anorexia Infantil: 2 (2,2 %); Anorexia nerviosa Purgativa:6 (6,5%); Bulimia Nerviosa .2 (2,2%) Comorbilidad 29 (31,5%)

### Conclusiones

Deficiente estado nutricional de los TCA de inicio precoz que puede producir consecuencias medicas y un impacto negativo en el desarrollo de estos pacientes. Estos trastornos son más prevalentes en el sexo masculino cuanto menor es la edad del paciente. Las clasificaciones habituales diagnostican a casi la mitad de Trastorno no Especificado, dada la heterogeneidad clínica son útiles otras clasificaciones adaptadas a los síntomas clínicos que se presentan a estas edades. La comorbilidad es elevada a estas edades.

### 41.- EVALUACIÓN COGNITIVA DE LOS SUJETOS CON PERFIL DE DISREGULACIÓN Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

*Guijarro Domingo, Silvina. Servicio Psiquiatria. Mutua Terrassa / Bigorra Gualba, Aitana. Servicio Psiquiatria. Mutua Terrassa / Escorihuela Agullo, Rosa M<sup>a</sup>. Departamento Psicología Médica. Facultad Medicina. UAB / Garolera i Freixa, Maite. Departamento Psicología. Consorci Sanitari de Terrassa / Gastaminza Perez, Xavier. Servicio Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron / Hervás Zuñiga, Amaia. Servicio Psiquiatria. Mutua Terrassa*

El perfil de Disregulación del Child Behavior Checklist (CBCL) se caracteriza por presentar altas puntuaciones en las escalas de problemas de atención, ansiedad-depresión y conducta agresiva del CBCL. Este perfil se caracteriza por definir a un grupo de niños que presentan

problemas de regulación: afectiva, comportamental y cognitiva. Y se ha relacionado con el Trastorno de Disregulación Emocional.

En la población infanto-juvenil, entre un 5-20% de sujetos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) presentan asociado un Trastorno de Disregulación Emocional. Aunque se ha descrito que estos sujetos son un grupo de patología más severa que el TDAH por presentar mayor tasa de trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos comportamentales, trastornos de consumo de sustancias, mayor riesgo de suicidio y peor pronóstico a corto y largo plazo, se desconoce si estos pacientes presentan diferencias en la capacidad cognitiva.

### Objetivos:

Evaluar en una muestra de pacientes con TDAH, si los sujetos con el perfil de Disregulación en el CBCL presentan diferencias cognitivas en los test que conforman la escala de Inteligencia del Wechsler respecto aquellos sujetos con TDAH sin el perfil de Disregulación

### Métodos:

Muestra de 284 pacientes con TDAH infanto-juvenil. Todos los sujetos fueron evaluados con la entrevista estructurada Kiddie-SADS, la Escala Revisada de Conners de Padres, el CBCL y la Escala de Inteligencia de Wechsler.

### Resultados:

Los sujetos con el perfil de Disregulación presentan de forma significativa, independientemente de la presencia de algún trastorno mental asociado, menor puntuación en el test de dígitos respecto los sujetos con TDAH, sin observarse diferencias en el resto de test que configuran el la escala de Inteligencia del Wechsler. A nivel clínico, el fenotipo de Disregulación presenta de forma significativa mayor puntuación en la escala de Índice de TDAH de Conners y mayor comorbilidad con el Trastorno de Ansiedad Generalizada respecto los sujetos con TDAH.

**Conclusiones:** Los pacientes con el perfil de Disregulación presentan mayor disfunción en atención inmediata y en memoria de trabajo, mayor sintomatología del trastorno de base y mayor comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Generalizada.



#### 42.- ALTERACIONES DEL SUEÑO EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO

*Sanchez-Gistau, Vanessa. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. / Mendez, Iria. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. / Puig, Olga. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. / Lera, Sara. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. / Vila, Montse. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. / Calvo, Rosa. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona.*

##### Objetivos:

1. Investigar si los niños con TDAH tienen más alteraciones del sueño que niños con trastornos internalizantes y niños sin trastornos psiquiátricos.
2. Investigar si existen diferencias en los hábitos del sueño entre niños TDAH con y sin comorbilidad en Eje I, niños con trastornos internalizantes y niños sin trastornos psiquiátricos

##### Métodos:

Se incluyeron de forma consecutiva 163 niños entre 6 y 12 años que acudían por primera vez a un Centro de Salud Infanto-Juvenil, sin tratamiento farmacológico y con diagnóstico de trastorno psiquiátrico en el eje I según criterios DSM –IV tras 3 visitas consecutivas. (34 niños con TDAH y comorbilidad, 60 con TDAH sin comorbilidad y 68 con trastornos internalizantes). A su vez se reclutaron 53 niños controles, que nunca habían recibido asistencia por problemas de Salud Mental y con SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades) inferior a 14 puntos

Se evaluaron las alteraciones del sueño mediante la CSHQ (cuestionario de hábitos del sueño) que es un cuestionario de 33 ítems subdividido en 7 escalas, autoadministrado por los padres en la primera visita en CSMIJ o en el Centro de Atención Primaria en el caso de los controles. Mayor puntuación representa mayor alteración. Se compararon los resultados de las diferentes

subescalas del cuestionario entre los 4 subgrupos

##### Resultados:

Todos los grupos clínicos presentaron mayores puntuaciones en el total de la escala CSHQ que los controles. Los niños con TDAH en conjunto presentaron de forma significativa mayores puntuaciones que los niños control en las subescalas de resistencia al acostarse, ansiedad durante el sueño, parasomnias, alteraciones en la respiración y somnolencia diurna que los niños control. Los niños con trastornos internalizantes presentaron las puntuaciones más elevadas en el total de la CSHQ y mayores puntuaciones en las subescalas de retraso en el sueño, duración del sueño y ansiedad del sueño que los niños con TDAH en su conjunto. Al comparar los niños con TDAH con y sin comorbilidad, los niños con TDAH sin comorbilidad presentaron mayores alteraciones en la escala que evalúa alteraciones de la respiración durante el sueño que los niños con TDAH con comorbilidad

##### Conclusiones

Los niños con patología psiquiátrica presentaron globalmente más alteraciones del sueño que los niños control. Los niños con patología internalizante son los que presentaron mayores alteraciones en el sueño. Los niños TDAH con y sin comorbilidad sólo difirieron de forma significativa en la subescala de alteraciones de la respiración. Los resultados ponen de evidencia la necesidad de evaluar las alteraciones del sueño en los niños que acuden a un Centro de Salud Mental y especialmente los que presentan trastornos internalizantes.

#### 43.- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y TIEMPO DE INHIBICIÓN ENTRE ALTERNANCIAS PERCEPTIVAS EN UNA TAREA DE RIVALIDAD BINOCULAR.

*Amador Campos, Juan Antonio. Dep. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat Psicologia. U.B / Ortiz Guerra, Juan Jairo. Servei de Psiquiatría i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España. / San Molina, Luis. Servei de Psiquiatría i Psicologia. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España. / Bernat Martorell, María del Mar. Dep. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat Psicologia. U.B / Aznar Casanova, José Antonio. Dep. de*



*Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat Psicologia. U.B / Moreno Sánchez, Manuel. Dep. de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat Psicologia. U.B*

### **Objetivos:**

Estudios recientes sugieren que los síntomas del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se deben a un déficit en el mecanismo inhibitorio. Los procesos de inhibición influyen en la atención y la selección de los estímulos. La rivalidad binocular (RB) es la alternancia perceptiva entre dos imágenes disímiles que se proyectan una a cada ojo. La selección de estímulos es una propiedad común a la RB y a la atención, por lo que se supone que ambos procesos podrían estar relacionados. El objetivo es verificar si al tiempo de inhibición (tiempo en milisegundos que dura el periodo de transición entre dos alternancias sucesivas) es una variable que diferencie a los grupos con TDAH de los controles.

### **Métodos:**

Ciento cincuenta y nueve participantes con edades entre 6 y 15 años ( $m = 10.32$  años;  $d.t. = 2.71$ ). Todos tenían agudeza visual normal (Snellen chart), o corregida a normal con lentes, y agudeza estereoscopia normal (Titmus test). Se asignaron a los siguientes grupos:

Grupo TDAH. Formado por 57 participantes (40 varones), 41 con TDAH tipo combinado (TDAH-C, 36 varones) y 16 con TDAH con predominio del déficit de atención (TDAH-DA, 14 varones), reclutados en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona entre mayo de 2010 y mayo de 2011.

Grupo de control. Formado por 102 participantes (43 varones) reclutados en el Colegio Salesiano Sant Domènec Savio de Badalona (Barcelona) entre enero 2010 y abril de 2011.

#### Tarea de Rivalidad Binocular (TRB)

Una imagen bi-estable, compuesta por dos capas solapadas que conforman un anáglifo, que al ser presentadas dicópticamente inducen el fenómeno de RB. La TRB consta de ocho bloques, en los que se muestra el anáglifo, junto con un distractor, cuya posición cambiaba espaciotemporalmente.

#### Aparatos

La TRB se aplicó usando un PC Lenovo ThinkPad T510. Los estímulos se presentaron en una pantalla de 22 pulgadas, con una resolución espacial de 1024 x 768 pixels. Los movimientos oculares se controlaron mediante

un detector de movimientos oculares (iViewRED-120 Hz, SensoMotoric Instruments GMBH, Teltow. Germany). Se utilizaron unas gafas con filtro rojo-verde para presentar las imágenes dicópticamente. Las respuestas de los participantes se recogieron mediante una caja de respuestas, y un programa de ordenador (Experiment CenterTM, v 2.5, © By SMI) controló el tiempo de presentación de los estímulos y el punto de fijación, registrando también el número de alternancias perceptivas, la duración de las dominancias exclusivas y el tiempo de inhibición entre alternancias perceptivas.

### **Resultados:**

Se presentan los resultados referidos al tiempo de inhibición. Se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo TDAH-C en todos los bloques; entre el grupo control y el grupo TDAH-DA en el bloque 5 y entre los grupos TDAH-C y TDAH-DA en los bloques 1, 2, 5 y 8. En todos los casos el grupo de control es el que presenta menor tiempo de inhibición, seguido del grupo TDAH-DA y del TDAH-C.

### **Conclusiones:**

La alternancia entre imágenes en la tarea de RB puede estar relacionada con procesos de inhibición automáticos. Los participantes con TDAH-C difieren de los controles en el tiempo de inhibición entre alternancias perceptivas. La mayor duración del tiempo de inhibición en los participantes con TDAH-C podrían estar indicando que éstos presentan procesos de inhibición automática menos eficaces que los controles, lo que apoyaría la hipótesis del déficit inhibitorio, en los grupos con TDAH-C.

Reconocimientos: Trabajo financiado por una ayuda de la Fundación Alicia Koplowitz, año 2009 otorgada a Juan Antonio Amador Campos.

## **44.- INTERVENCIÓN EN GRUPOS DE PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO: EVALUACIÓN DE CAMBIOS CON EL CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN SOCIAL (SCQ)**

*Piera Pinto, Eulalia. CSMIJ CORPORACION SANITARIA PARC TAULÍ / Pàmias Massana, Montserrat. CSMIJ CORPORACION SANITARIA PARC TAULÍ / Dalmau Daranas, Judith. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA*



### INTRODUCCIÓN:

Un elemento clave para la efectividad de la intervención de los niños con autismo es el entrenamiento de los padres en el manejo de técnicas específicas para mejorar la comunicación social y la conducta asociada al propio trastorno (Sofronoff et al.2004). La intervención con esta modalidad terapéutica se centra en involucrar a los padres y enseñarles estrategias de modificación de conducta, intervenciones en la comunicación y desarrollo de conductas prosociales. Existen ensayos clínicos que demuestran que la intervención con el grupo de padres con niños con TEA como parte de tratamiento, reduce significativamente las conductas desadaptativas en niños TEA (Scahill et al., 2011; Aman et al., 2009)

### OBJETIVO:

Evaluar las diferencias conductas reflejadas en SCQ, entre antes y después de la realización del grupo de padres. Comparar las puntuaciones por áreas de afectación, interacción social, dificultades de la comunicación y conductas estereotipadas.

### MÉTODO Y PACIENTES:

Se administra la forma B del cuestionario de Comunicación Social (Rutter M., Bailey A. Y Lord, C.) a padres de niños diagnosticados con TEA y que realizan un grupo de padres específico para este trastorno. La forma B del SCQ consta de 40 ítems y evalúa las conductas relacionadas con tres áreas de afectación del TEA en los últimos meses. Estas corresponden a problemas de relación social, dificultades en la comunicación y conductas repetitivas. Asimismo se obtiene una puntuación global que se utiliza como indicador del nivel de gravedad del trastorno (más puntuación, más grave). Se compara las evaluaciones realizadas en una muestra de 23 pacientes atendidos en consulta externa de niños 5 a 12 años, de

padres que han realizado el entrenamiento para mejorar conductas en estas áreas. El grupo de padres se incluye como parte de la guía de tratamiento en niños con TEA. Consta de 12 sesiones, de frecuencia semanal, en las que se realizan sesiones informativas sobre el trastorno y su intervención. En las sesiones que suceden, estrategias para habilitar a los padres de sistemas de comunicación, promoción de relaciones sociales y técnicas de manejo conductual.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se realiza el análisis estadístico la puntuación total de SCQ y de los ítems que valoran cada una de las áreas afectadas en el trastorno del autismo. Existen diferencias significativas en la puntuación total, significativamente más baja en los cuestionarios administrados después del grupo. Los resultados preliminares de las puntuaciones en áreas afectadas señalan que mejora la comunicación no tanto en la reducción de conductas disruptivas sino en la adquisición de conductas apropiadas para la comunicación social en trastornos del espectro del autismo.

### BIBLIOGRAFIA

1. Aman M., McDougle C., Schahill L., Handen B., Arnold E. Medication and Parent Training in Children with Pervasive Developmental Disorders and Serious Behavior Problems: Results from a randomized clinical trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*2009, 48:12: 1143-1154.
2. Rutter m., Bailey A., Lord C., *The Social Communication Questionnaire*, California, E.E.U.U.
3. Sofronoff K., Leslie A., Brown. Parent management training and Asperger Syndrome: a randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. *Autism.* 2004;8:301-317.



La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil (abreviado: **Rev Psiquiatr Infanto-Juv**), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y las Normas de Vancouver, 1997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, [direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su pagina web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autoras/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Esta Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentará a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- Título original (en español e inglés).
- Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- Nombre del Centro de trabajo. Población.
- Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).

e) si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuaciones indicarán hasta un máximo de cinco Palabras Clave elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente (Medical Subject Headings del Index Medicus), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas (cf. <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas serán definidas en el momento de su primera aparición. Cuando existan tres o más abreviaturas se recomienda su listado en una tabla presentada en hoja aparte.

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

El aparataje utilizado para realizar técnicas de laboratorio y otras deben ser identificados por la marca y la dirección de sus fabricantes.

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.)

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad

---

permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

### 1.-Artículos Originales

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose éste bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. **Resumen y Palabras claves** (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
3. **Introducción**, en la que se explique el objeto del trabajo
4. **Hipótesis y/o Objetivos**
5. **Material y Métodos**, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. **Resultados**, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. **Discusión**
8. **Conclusiones**, y
9. **Bibliografía** (se recomienda no superar las 50 citas)

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

### 2.- Artículos de Revisión

Se consideran tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como norma general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia.:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. **Resumen y Palabras claves** (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. **Introducción**, en la que se explique el objeto del trabajo
4. **Justificación y/o Objetivos de la Revisión**
5. **Métodos**, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. **Desarrollo** (la revisión propiamente dicha)
7. **Conclusiones** y
8. **Bibliografía** (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aun-

que será flexible según el tema tratado)

### 3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. **Resumen y Palabras claves** (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. **Descripción del caso clínico**, o desarrollo del comentario
4. **Discusión**
5. **Conclusiones**, y
6. **Bibliografía** (se recomienda no superar las 10 citas)

### 4.- Cartas al Director

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

### 5.- Notas Bibliográficas

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista.

### 6.- Secciones Especiales

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de éste que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

### 7.- Agenda

La sección de Agenda podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la

Revista.

### 8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de los autores socios de AEP-NYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

### Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Están citadas en el texto en su lugar correspondiente.

Los dibujos y gráficos especiales deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Deberán llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies explicativos irán incorporados al texto en el lugar de su cita. En caso de utilización de formatos informáticos especiales, los autores deben ponerse en contacto con la Secretaría Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto, y se acompañarán del correspondiente consentimiento informado escrito que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

### Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (en forma de superíndice sin paréntesis) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, y en especial de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

- 1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es\* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura\*\* internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número\*\*\*), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectrom Rev* 2010;29:29-54).

\*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al." Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

\*\* Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden

consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

\*\*\* El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

- 2.- Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).
- 3.- Capítulo del libro: Autores del capítulo. Título del capítulo. En Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).
- 5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009).
- 4.- Citas electrónicas: Consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible. Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WE-APAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <http://www.beadsland.com/we-apas> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

### Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la revista, a través de su correo electrónico, [direccion.revista@aepnya.org](mailto:direccion.revista@aepnya.org), o del sistema disponible en su página web, [www.aepnya.com](http://www.aepnya.com), en la sección "Información para autor/es". La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

Todos los artículos deben acompañarse de una declaración de todos los autores del trabajo, manifestando que:

El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos, o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presenta

---

do para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

### **Los autores son responsables de la investigación.**

Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibí de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

### **Revisión y revisión externa (peer review)**

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informe realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En

este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuesto. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeradas, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

### **RESPONSABILIDADES ÉTICAS**

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, y deberá manifestarse en el apartado de Métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por el correspondiente Comité de Ética, aportando certificado del hecho. Si pudiera sospecharse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de éste, deberá presentarse su correspondiente consentimiento informado.

En caso de existir conflictos de intereses, y/o de haber recibido patrocinio o beca, deberán manifestarse siempre.

En caso del uso de animales para experimentación u otros fines científicos, deberá facilitarse la declaración de cumplimiento de las leyes europeas y nacionales (Real Decreto 1201/2005 de 10 de octubre sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos, y posteriores modificaciones y regulaciones).

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir material (texto, tablas, figuras) de otras publicaciones.

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos.

El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente, y no estar enviado a cualquier otra publicación ni sometido a consideración o revisión.

---

Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

Los autores deben mencionar en la sección de Métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención del correspondiente consentimiento informado. El estudio habrá sido revisado y aprobado por los comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de

las imágenes del mismo. Del mismo modo, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

#### **VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA**

Compruebe el contenido de su envío:

1. Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, e-mail.
2. Segunda página con resumen en español; resumen en inglés; palabras clave e español e inglés
3. Tablas y Figuras según el formato indicado, correctamente numeradas e identificadas en el manuscrito
4. Bibliografía estrictamente según los requisitos señalados en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
5. Especificar la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito
6. Verificar las responsabilidades éticas y los conflictos de interés



# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría  
del Niño y el Adolescente

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

## SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

### IMPORTE

ESPAÑA ..... 90 €  
ESTUDIANTES/MIRES ..... 60 €  
EXTRANJERO ..... 180 \$

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

### ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial  
C/ Jeréz, 21  
28231 Las Rozas (Madrid)  
Tlf.: 91 6395965  
email: mpazle@seleneeditorial.com

### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos .....  
Dirección ..... N° ..... Piso .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Especialidad .....

FORMA DE PAGO:  CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO  
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

### ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....  
Banco ..... C/C N° .....  
Caja de ahorros ..... C/C N° .....  
Sucursal ..... Calle ..... N° .....  
Cód. Postal ..... Población .....  
Provincia ..... Teléfono .....

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

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

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

# CONVIVIR CON TU EMBARAZO Y CON TU BEBÉ

J. Haya

## Convivir con tu Embarazo y con tu Bebé



EDITORIAL MEDICA  
panamericana

Por solo  
10 €

Si estás interesado en conseguir este libro contacta con:

Selene Editorial. Tlf: 916395965

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

**editorial**  
**SELENE**

# EXCELLENCE

# inChild Mental Health

Cutting edge topics by outstanding speakers

28 NOV- 1 DEC 2012

MADRID, SPAIN



- **Designed** and produced by the leading Child Psychiatrists for their colleagues to collectively benefit from their latest experiences
- **Learn** from world-renowned experts from Centres of Excellence such as: **Harvard Medical School, University of Sydney and Imperial College London**
- **Engage** in an open and honest exchange of the latest usable clinical best-practices, therapeutic techniques and professional advice

**Save £25**

**on registration fees!**

E-mail the promo code **EICMH122011\_RIJ** to [eicmh-reg@excellence-in-conferences.org](mailto:eicmh-reg@excellence-in-conferences.org)

Save the dates

Excellence in Child Mental Health 2012

28 Nov. - 1 Dec. 2012

Madrid, Spain

CME  
credits  
provided



## Year Round Learning

Visit [www.excellence-in-child-mentalhealth.org](http://www.excellence-in-child-mentalhealth.org) for exclusive **interviews and webcasts** of selected sessions



[www.excellence-in-child-mentalhealth.org](http://www.excellence-in-child-mentalhealth.org)



[eicmh-info@excellence-in-conferences.org](mailto:eicmh-info@excellence-in-conferences.org)

Conference Organisers



2011 Sponsors

Supporters



Otsuka Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Sponsor Internet Corner





# FUNDACION O´BELEN

---

# FICHA TECNICA CONCERTA

---

# FICHA TECNICA CONCERTA



# ANUNCIO CONCERTA