

revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 28 • Número 2 • 2011

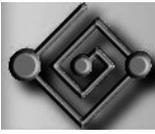
S
U
M
A
R
I
O

ESPECIAL CONGRESO



Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2011;31(1)



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)

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)

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

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)

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

Apartado de Correos 2037

23008 - Jaén

direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: (91) 6395965

Copyright 2011

© 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

56

CONGRESO

de la Asociación
Española
de Psiquiatría
del Niño
y el Adolescente
(AEPNyA)

<http://alicante2011.aepnya.org>

Hotel Meliá

Alicante

Del 2 al 4 de Junio

Diseñando el futuro

2011

ORGANIZA _____



*Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente*

SECRETARÍA TÉCNICA _____



**HISPANIA
VIAJES**

Avda Maisonnave, 11 - 7º
03003 ALICANTE
Tel.: +34 965 22 83 93
Fax: +34 965 22 98 88
congresos@viajeshispania.es

56

CONGRESO

de la Asociación
Española
de Psiquiatría
del Niño
y el Adolescente
(AEPNyA)

Diseñando el futuro

Alicante

Del 2 al 4 de Junio

2011

PROGRAMA PRELIMINAR

- Reconocido de Interés Sanitario por la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valènciana.
- Solicitada la acreditación del Sistema Acreditador de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunitat Valènciana.



56^o

CONGRESO de la Asociación Española de Psiquiatría



*Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente*



Diseñando el futuro

Bienvenidos a Alicante 2011

Coincidiendo con la llegada de temperaturas más cálidas nuestro congreso va adquiriendo la forma definitiva. El preprograma actual (muy cercano ya al definitivo) responde a la mayoría de las preguntas que nos hacíamos en noviembre:

- ¿Cual será el impacto de los cambios diagnósticos propuestos en el DSM-5?
- ¿Qué está retrasando la aprobación de nuestra especialidad?
- ¿Cómo influye el ambiente en el desarrollo cerebral? ¿Qué podemos hacer cuando el trauma ya ha marcado ese cerebro en desarrollo?
- ¿Cómo funciona la Realidad Virtual en el tratamiento de los trastornos alimentarios?
- ¿Qué es y cómo se usa la Realidad Aumentada?
- ¿Puede detectarse precozmente la Psicopatía?
- ¿Son útiles las herramientas online para detectar o tratar los trastornos mentales?
- En este mundo global, ¿Existe una Salud Global?
- ¿Pueden prevenirse las conductas disociales trabajando sobre niños de 3 años?
- ¿Cual es la frontera entre el TDAH, el T. Bipolar y los trastornos de conducta? ¿Es la disregulación emocional el núcleo común en todos ellos?

Pero además **se ha enriquecido** con las ideas que nos han ido llegando a través de la web (<http://alicante2011.aepnya.org>). Así hemos programado un seminario sobre qué hacer cuando nos citan en los juzgados por un caso de la consulta, o una mesa de debate sobre cual es la mejor postura e intervención en los casos de obesidad infantil, y también charlas sobre la aplicación, en niños y adolescentes, de técnicas tan antiguas como la hipnosis o tan modernas como la topografía óptica digital.

Creo que el **preprograma** es la mejor carta de invitación y el mejor estímulo para acudir a inaugurar esta nueva etapa de AEPNyA. Consúltalo y descubrirás más temas interesantes, por ejemplo que podremos aprender cómo se utiliza la psicoterapia dialéctico-comportamental (no exclusivamente conductual) en casos de jóvenes con auto y heteroagresividad, o que podremos ver (en vídeo) y discutir (en directo) casos de niños con patología neurológica que parecen enfermos psiquiátricos.

Para acabar quiero apostar por los hados. Si finalmente nos acompañan, el debate sobre **nuestra especialidad** servirá para dejar blanco sobre negro que el futuro ya está aquí, y que no hay quien lo pare.

Espero disfrutar contigo de esos 22º medios de Alicante en junio.

Tomás J. Cantó

Presidente del 56º Congreso de la
Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:	Tomás J. Cantó
Secretario:	Kristian Naenen
Tesorera:	Helena Romero
Vocales:	Josefa Barragán Roberto Belmonte Loreto Brotons Lydia Cremades Cayetana García-Quintero Cristina Lasso de la Vega Gustavo López Eva Martín Eugenio Peiró Demelsa Rodríguez Marien Terrés Mehdi Ziadi

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta:	M ^a Dolores Mojarro Luisa Lázaro Josep Toro M ^a José Rodado Auxiliadora Javaloyes M ^a Jose Muñoz Miguel Ángel Catalá Tomás J. Cantó
-------------	---

PROGRAMA CIENTÍFICO PRELIMINAR

Jueves día 2 de junio

08:30-10:00 Recogida de documentación y café

10:00-11:30 **SEMINARIOS**

Sugestión e Hipnosis en la Psicoterapia de Niños y Adolescentes

L.. Miguel Moreno Iñiguez

Psiquiatra. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Realidad Virtual y Aumentada. Aplicación práctica en los trastornos mentales

Juana María Bretón López

Psicóloga. Ayudante Doctor LABPSITEC - Laboratorio de Psicología y Tecnología. Departamento de Psicología Básica Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I. Castellón

11:30-12:00 **CAFÉ**

12:00-12:30 **INAUGURACIÓN POR AUTORIDADES**

12:30-14:00 **MESA REDONDA**

Diagnosticar y tratar "on-line"

Moderador y discusor: **Tomás J. Cantó**

Detección de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar a través de una Web en adolescentes (DETECTA-WEB-A)

José Antonio Piqueras

Psicólogo. Departamento de Psicología de la Salud, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante

Detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria (DITCA)

Luis Rojo

Psiquiatra. Universidad de Valencia. Responsable del proyecto de detección de trastornos alimentarios. DITCA

Los Living Labs. Intervención a distancia

Francisco José Fernández Rosado

Médico de familia. Coordinador de Living Lab Social y Living Lab Salud de Andalucía

Telepsicología clínica

Verónica Guillén

Psicóloga. Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec), de la Universidad Jaume I de Castellón y de la Universidad de Valencia

Jueves día 2 de junio

12:30-14:00

SEMINARIO**Enfermedades neurológicas con manifestaciones psiquiátricas iniciales o predominantes****Sergio Aguilera Albesa**

Médico Adjunto Neurología Infantil. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Pamplona

Javier Royo Moya

Psiquiatra. Jefe de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Natividad Zubieta del Servicio Navarro de Salud, Pamplona

14:00-15:30

ALMUERZO DE TRABAJO

15:30-19:30

EXPOSICIÓN DE POSTERS

15:30-19:30

COMUNICACIONES LIBRES

15:30-17:30

SEMINARIO**El psiquiatra de Niños y Adolescentes ante el Sistema Judicial****Rebeca Hidalgo Borrajo**

Psiquiatra. CS Mental Infanto-Juvenil. Comunidad Foral de Navarra

15:30-16:30

CONFERENCIA**Investigación en psiquiatría infantil en el Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM)****Josefina Castro Fornieles**

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona. Profesora asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona

16:30-17:30

CONFERENCIA**Genética de los Trastornos de conducta: TND, TD y TDAH**Moderador y discusor: **José Angel Alda.**

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Sant Joan de Dèu. Barcelona

Francisco Montañés

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital de Alcorcón

17:30-19:30

SEMINARIO**Integración multidisciplinar en TDAH y TND. Diseño de intervenciones efectivas individualizadas en el ámbito familiar y escolar****Coordinación Psiquiatría-Psicología. Diagnóstico inicial, entrenamiento a los padres en manejo conductual y motivación al Adolescente para cambiar. Soluciones a los obstáculos cotidianos.****Ana Figueroa**

Psiquiatra. Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria y Hospital General de La Palma

Ana Ramírez

Psicóloga, Centro de Atención Multidisciplinar (CEAM), Las Palmas de Gran Canaria

Jueves día 2 de junio

Coordinación Psiquiatría-Enfermería. Grupos de padres: Incredible Years, y entrenamiento en Resolución Cooperativa de Problemas: El niño explosivo.

Karol Machiñena

DUE, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clinica Universidad de Navarra

César Soutullo

Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clinica Universidad de Navarra

Coordinación entre Psiquiatría, Psicología y el Colegio. Modelo de Entrenador Personal: Motivar, Apoyar, Organizar. Entrenamiento en Habilidades Organizativas y Autoeficiencia.

Daniel Montoya

Psicólogo Clínico y DUE. Colaborador de la Asociación TDAH Sarasate, Pamplona, Navarra

18:00-19:30

MESA REDONDA

La obesidad en la clínica del psiquiatra infantil: actualidad y aspectos prácticos

Introducción: La obesidad como trastorno mental (¿ Cómo ? ¿ Trastorno mental ?)

Óscar Herreros Rodriguez

Psiquiatra. Director de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital San Agustín de Linares. Jaén

La obesidad en la familia, o el obeso identificado.

Xavier Gastaminza Pérez

Psiquiatra. Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Responsable de la sección de Psicopatología, Interconsulta y Enlace en infancia y adolescencia

¿ Es una enfermedad la obesidad en el niño y el adolescente ? Y por tanto, ¿ tiene tratamiento ?

Adolfo de los Santos Sánchez- Barbudo

Psiquiatra. USMIJ Virgen Macarena de Sevilla

Cristina Vitoria Mendizábal

DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Virgen Macarena de Sevilla

19:30-21:00

ACTIVIDAD DE LA ASOCIACIÓN AEPNyA

21:30

CENA

Viernes día 3 de junio

09:00-14:00 **EXPOSICIÓN DE POSTERS**

09:00-10:30 **PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES QUE OPTAN A PREMIO**

09:00-09:30 **PRESENTACIÓN DE GUÍAS Y LIBROS**

09:30-11:30 **MESA REDONDA**

El papel de la Psicoterapia en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Moderador y discusor: ***Lola Moreno Pardillo***

Psiquiatra en la Unidad de Adolescentes (UADO) del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

UMERP: la Psicoterapia como medio para prevenir la aparición de psicopatología grave y fortalecer el vínculo.

L. Miguel Moreno Íñiguez

Psiquiatra en la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

ATraPa: psicoterapia dialéctico comportamental en el manejo de la auto / hetero agresividad y las situaciones de crisis.

Carlos Delgado Lacosta

Psiquiatra de la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Coordinador del programa ATraPA

PIENSA: psicoeducación en el tratamiento grupal en paralelo de adolescentes con un primer episodio psicótico y sus familias.

María Mayoral Aragón

Psicóloga Clínica del Dpto. de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

10:30-11:30 **CONFERENCIA**

TDAH: Neurobiología del procesamiento emocional

Moderador y discusor: ***César Soutullo***

Joe Sergeant

Professor in Clinical Neuropsychology, VU. University Amsterdam. Co-ordinator of the European Network on Hyperkinetic Disorders (Eunethydis)

Viernes día 3 de junio

11:30-12:00

CAFÉ

12:00-13:00

CONFERENCIA

El síndrome metabólico

Christoph Ulrich Correll

Adjunct Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University. Nueva York

12:00-14:00

MESA REDONDA

Psicopatía en niños

Moderador y discusor: **Rafael Torrubia**

Conceptuaciones actuales y evaluación de los rasgos psicopáticos en niños y adolescentes

Javier Moltó

Psicólogo. Universidad Jaume I, Castelló. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicopatología.

El desarrollo de la personalidad psicopática

Rafael Torrubia

Psicólogo. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal e Instituto de Neurociencias de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Prevención y tratamiento de la psicopatía infanto-juvenil

M^a Ángeles Luengo Martín

Psicóloga. Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad Santiago de Compostela

13:00-14:00

CONFERENCIA DOBLE

Moderador: **Mariano Trillo**. Psiquiatra.

El sueño del niño con TDAH

Milagros Merino Andreu

Neurofisióloga. Unidad Pediátrica de Trastornos del Sueño. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Los tics y el TDAH

Javier Royo

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Natividad Zubieta del Servicio Navarro de Salud, Pamplona

14:00-15:30

ALMUERZO DE TRABAJO

Viernes día 3 de junio

15:30-17:30

MESA REDONDA**Niños en ambientes protegidos: hogares de acogida, centros de reforma e internados terapéuticos**Moderador y discusor: **Antonio Peláez**. Psiquiatra.***Niños en hogares de acogida******Paz Quijano***

Psicóloga Fundación Alicia Koplowitz

Niños en centros de reforma***M^a Luisa Martínez Pastor***

Psicóloga. Departamento de Investigación. Fundación Diagrama

Niños en internados terapéuticos***Rafael Portugal Fernández***

Psicólogo. Centro de educación especial para alumnos con trastornos de conducta "O Pedroso". Santiago de Compostela

15:30-16:30**CONFERENCIA****Cómo, qué y porqué del tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista*****Joaquín Fuentes Biggi***

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil en la Policlínica Guipuzkoa

16:30-17:30**CONFERENCIA****Nuevas técnicas de imagen cerebral aplicadas a la psiquiatría infantil*****Raúl Espert***

Neuropsicólogo. Universitat de València.

Departament de Psicobiología. Hospital Clinic, València

17:30-18:00**CAFÉ**



Viernes, día 3 de junio

18:00-19:30

MESA REDONDA

Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo y trastorno de Tourette

Moderadora y discusora: **Josefina Castro Fornieles**. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo

Luisa Lázaro García

Psiquiatra. Sección de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Nuevas propuestas de tratamiento en trastorno de Tourette

Astrid Morer Liñán

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

Casos resistentes de trastorno obsesivo-compulsivo cuando llegan a la vida adulta. Nuevos abordajes.

María Pino Alonso

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge

18:30-19:30

CONFERENCIA

Niños maltratados: alteraciones mentales y cerebrales

Moderador y discusor: **Prudencio Rodríguez Ramos**

Víctor García Carrión

Associate Professor, Director of Stanford Early Life Stress Research Program. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Division of Child & Adolescent Psychiatry. Stanford University. California. USA.

19:30-21:30

ASAMBLEA GENERAL SOCIOS AEPNYA

21:30

CENA

Sábado día 4 de junio

08:30-09:00

CAFÉ

09:00-10:30

MESA REDONDA**La mayoría de edad de la Psiquiatría Infantil (Debate sobre la especialidad)**Moderador y discusor: **Carlos Imaz**. Psiquiatra.**M^a Dolores Domínguez**

Psiquiatra. Presidenta de AEPNyA

José Guimón

Psiquiatra. Ex-Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría

Manuel Gómez Beneyto

Psiquiatra. Representante del Ministerio Español en la Comisión Europea de salud mental. Valencia

Pendiente de confirmar

09:00-11:30

SEMINARIO**Prevención de la conducta disocial en preescolares****1. Programa Aprender a convivir****2. Efectos del Programa Aprender a convivir en educación infantil****3. Satisfacción de los padres con el efecto del Programa de prevención del comportamiento antisocial Aprender a convivir para niños de 3 años****Fernando Justicia Justicia**

Psicólogo. Director del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Catedrático de Universidad. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada-Campus Cartuja

M^a Carmen Pichardo Martínez

Psicóloga. Secretaria del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada-Campus Cartuja

10:30-11:30

ENTREGA DE PREMIOS



Sábado día 4 de junio

11:30-12:30

CONFERENCIA

Desafíos diagnósticos en psiquiatría infantil con el DSM-V

Carlos A. López Jaramillo

Jefe Departamento de Psiquiatría. Universidad de Antioquía. Coordinador Grupo de Investigación en Psiquiatría. Director Programa Trastornos del Ánimo-Hospital Universitario San Vicente de Paul. Miembro del Grupo Elaborador del DSM-V. Ex-Presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Medellín-Colombia

12:30-13:30

CONFERENCIA

Salud Mental Global

Javier I Escobar

Associate Dean for Global Health and Professor of Psychiatry and Family Medicine, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, New Jersey. USA.

13:30-14:00

ACTO DE CLAUSURA

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

Hotel Meliá Alicante

Plaza del Mar, 1 / 03002 Alicante

Tel.: +34 96 520 50 00 Fax: +34 96 520 47 56

melialicante@solmelia.com

www.solmelia.com

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes Hispania

Dpto. Congresos

Avda, Maisonnave, 11 - 7º / 03003 Alicante

Tel.: +34 96 522 83 93 Fax: +34 96 522 98 88

congresos@viajeshispania.es

www.viajeshispania.com

INSCRIPCIÓN

CUOTAS INSCRIPCIÓN	Hasta el 1 de Mayo	A partir del 2 de Mayo
Médicos Socios AEPNyA	400 €	450 €
Médicos No Socios AEPNyA	475 €	525 €
Psicólogos Socios AEPNyA	300 €	350 €
Psicólogos No Socios AEPNyA	375 €	425 €
MIR	300 €	350 €
PIR	250 €	300 €
ESTUDIANTE	125 €	175 €

Fecha límite de inscripción en la web, 18 de Mayo.

Posteriormente a esa fecha deberán inscribirse en la sede.

Tanto la inscripción al Congreso como la reserva de alojamiento pueden realizarse directamente vía web <http://alicante2011.aepnya.org> a través del enlace [Inscripciones y Reservas](#)

ALOJAMIENTO

El alojamiento oficial del congreso es en el Hotel Meliá de Alicante.

Precio especial para los congresistas:

HABITACION DOBLE USO INDIVIDUAL 98 €

HABITACION DOBLE 112 €

Estos precios son por habitación y noche, en régimen de Alojamiento y Desayuno, e IVA incluido.



NECESIDADES DIETÉTICAS

En caso de tener algún requerimiento dietético especial, debe notificarlo con antelación a la Secretaría Técnica.

Webs de interés

<http://aepnya.org>

<http://alicante2011.aepnya.org>

www.alicanteturismo.com

www.alicante-ayto.es

www.ladipu.com

www.solmelia.com

www.viajeshispania.com

JUEVES, 2 DE JUNIO DE 2011 – SESIÓN DE MAÑANA

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Recogida de documentación y café	08:30 10:00		
Carteles / Posters	10:00 14:00		
Sugestión e Hipnosis en la Psicoterapia de Niños y Adolescentes	10:00 11:30	L. Miguel Moreno Iñiguez. Psiquiatra. Unidad de Menores en Riesgo Psíquico del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid	
Realidad Virtual y Aumentada	10:00 11:30	Juana María Bretón López Profesora Ayudante Doctor LABPSITEC - Laboratorio de Psicología y Tecnología. Departamento de Psicología Básica Clínica y Psicobiología Universitat Jaume I- Castellón	
Café	11:30 12:00		
Inauguración por autoridades	12:00 12:30		
Diagnóstico y tratar "on-line"	12:30 14:00	<p><u>Detección de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar a través de una Web en adolescentes (DETECTA-WEB-A)</u> José Antonio Piqueras Psicólogo. Profesor del Departamento de Psicología de la Salud, Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.</p> <p><u>Detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria (DITCA)</u> Luis Rojo Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Valencia. Responsable del proyecto de detección de trastornos alimentarios DITCA</p> <p><u>Los Living Labs. Intervención a distancia.</u> Francisco José Fernández Rosado. ENTREVISTA Living Lab Social y Living Lab Salud de Andalucía</p> <p><u>Telepsicología clínica</u> Verónica Guillén Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec), de la Universidad Jaume I de Castellón y de la Universidad de Valencia</p>	Tomás J. Cantó Moderador y discusor
Enfermedades neurológicas con manifestaciones psiquiátricas iniciales o predominantes.	12:30 14:00	<p>Sergio Aguilera Albesa Médico Adjunto Neurología Infantil. Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona</p> <p>Javier Royo Moya Psiquiatra Infanto-Juvenil. Jefe de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Natividad Zubieta del Servicio Navarro de Salud, Pamplona</p>	
Almuerzo de trabajo	14:00		

JUEVES, 2 DE JUNIO DE 2011 – SESIÓN DE TARDE

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Carteles / Posters	15:30 19:30		
El Psiquiatra de Niños y Adolescentes ante el Sistema Judicial.	15:30 17:30	Rebeca Hidalgo Borrajo Psiquiatra. CS Mental Infanto Juvenil. Comunidad Foral de Navarra.	
Investigación en psiquiatría infantil en el Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM)	15:30 16:30	Josefina Castro Fornieles Jefa del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona. Profesora asociada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona	Más información AQUÍ
Genética de los Trastornos de conducta: TND, TD y TDAH	16:30 17:30	Francisco Montañés. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital de Alcorcón.	José Angel Alda Moderador y discusor
Integración multidisciplinar en TDAH y TND. Diseño de intervenciones efectivas individualizadas en el ámbito familiar y escolar.	17:30 19:30	<u>Coordinación Psiquiatría-Psicología. Diagnóstico inicial, entrenamiento a los padres en manejo conductual y motivación al Adolescente para cambiar. Soluciones a los obstáculos cotidianos</u> Ana Figueroa Psiquiatra Infantil y Adolescente, Hospital Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria y Hospital General de La Palma Ana Ramírez Psicóloga, Centro de Atención Multidisciplinar (CEAM), Las Palmas de Gran Canaria. <u>Coordinación Psiquiatría-Enfermería. Grupos de padres: Incredible Years, y entrenamiento en Resolución Cooperativa de Problemas: El niño explosivo.</u> Karol Machiñena DUE, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra César Soutullo Psiquiatra Infantil y Adolescente, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra. <u>Coordinación entre Psiquiatría, Psicología y el Colegio. Modelo de Entrenador Personal: Motivar, Apoyar, Organizar. Entrenamiento en Habilidades Organizativas y Autoeficacia.</u> Daniel Montoya Psicólogo Clínico y DUE. Colaborador de la Asociación TDAH Sarasate, Pamplona, Navarra.	

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
La obesidad en la clínica del psiquiatra infantil: actualidad y aspectos prácticos	18:00 19:30	<p><u>Introducción: la obesidad como trastorno mental (¿Cómo? ¿Trastorno mental?)</u> Óscar Herreros Rodríguez Psiquiatra. Director de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital San Agustín de Linares.</p> <p><u>La obesidad en la familia, o el obeso identificado.</u> Xavier Gastaminza Pérez Psiquiatra infanto-juvenil del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Responsable de la sección de Psicopatología, Interconsulta y Enlace en infancia y adolescencia.,</p> <p><u>¿Es una enfermedad la obesidad en el niño y el adolescente? Y por tanto, ¿tiene tratamiento?</u> Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo Psiquiatra infanto-juvenil en la USMIJ Virgen Macarena de Sevilla Cristina Vitoria Mendizábal DUE especialista en Salud Mental. Unidad de Salud Mental InfantoJuvenil "Virgen Macarena" de Sevilla.</p>	
Actividad de la Asociación	19:30 21:00		
Cena	21:30		

VIERNES, 3 DE JUNIO DE 2011 – SESIÓN DE MAÑANA

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Café	08:30 09:00		
Carteles / Posters	09:00 14:00		
Comunicaciones que optan a premio	09:00 10:30		
Presentación de Guías y Libros	09:00 09:30		
El Papel de la Psicoterapia en la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.	09:30 11:30	<p><u>UMERP: la psicoterapia como medio para prevenir la aparición de psicopatología grave y fortalecer el vínculo</u> L. Miguel Moreno Íñiguez Psiquiatra en la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico del Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.</p> <p><u>ATraPa: psicoterapia dialéctico comportamental en el manejo de la auto / hetero agresividad y las situaciones de crisis</u> Carlos Delgado Lacosta Psiquiatra de la Sección de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Coordinador del programa ATraPA.</p> <p><u>PIENSA: psicoeducación en el tratamiento grupal en paralelo de adolescentes con un primer episodio psicótico y sus familias</u> María Mayoral Aragón Psicóloga Clínica del Departamento de Psiquiatría infanto-juvenil Del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.</p>	Mara Parellada Moderadora y discusora
TDAH: Neurobiología del procesamiento emocional.	10:30 11:30	<p>Joe Sergeant Professor in Clinical Neuropsychology. VU University Amsterdam. Co-ordinator of the European Network on Hyperkinetic Disorders (Eunethydis).</p> <p>http://www.psy.vu.nl/nl/over-de-faculteit/medewerkers-alfabetisch/medewerkers-r-s/j-sergeant/index.asp</p>	César Soutullo Moderador y discusor

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Café	11:30 12:00		
El síndrome metabólico.	12:00 13:00	Christoph Ulrich Correll Adjunct Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University. Nueva York. http://www.einstein.yu.edu/home/faculty/profile.asp?id=10293	
Psicopatía en niños	12:00 14:00	<u>Conceptuaciones actuales y evaluación de los rasgos psicopáticos en niños y adolescentes</u> Javier Moltó, Univ. Jaume I, Castelló <u>El desarrollo de la personalidad psicopática</u> Rafael Torrubia Profesor del Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal e Instituto de Neurociencias de la Universidad Autónoma de Barcelona. Adaptador de la versión española de la Escala de evaluación de psicopatía de Hare revisada (PCL-R). <u>Prevención y tratamiento de la psicopatía infanto-juvenil</u> M^a. Ángeles Luengo, Univ. Santiago de Compostela	Rafael Torrubia Moderador y discusor
El sueño del niño con TDAH	13:00 14:00	Pendiente de confirmación	Mariano Trillo Moderador y discusor
Almuerzo de trabajo	14:00		

VIERNES, 3 DE JUNIO DE 2011 – SESIÓN DE TARDE

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Carteles / Posters	15:30 19:30		
Niños en ambientes protegidos: hogares de acogida, centros reforma e internados terapéuticos.	15:30 17:30	<u>Niños en hogares de acogida</u> Paz Quijano Psicóloga Fundación Alicia Koplowitz <u>Niños en centros de reforma</u> Pendiente de confirmar <u>Niños en internados terapéuticos</u> Rafael Portugal Fernández Psicólogo Centro de educación especial para alumnos con trastornos de conducta "O Pedroso". Santiago de Compostela	Antonio Pelaz Moderador y discusor
Cómo, qué y porqué del tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista	15:30 16:30	Joaquín Fuentes Biggi Jefe del Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil en la Policlínica Gipuzkoa.	
Nuevas técnicas de imagen cerebral aplicadas a la psiquiatría infantil	16:30 17:30	Raúl Espert Universidad de Valencia. Neuropsicólogo. Profesor titular de la Universitat de València. Departament de Psicobiologia. Hospital Clínic, València.	

ORGANIZACIÓN	COMUNICACIONES	SEMINARIOS	MESAS	CONFERENCIAS	RESTAURACIÓN
Café	17:30 18:00				
Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo y trastorno de Tourette	18:00 19:30	<p><u>Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo</u> Luisa Lázaro García Jefa de Sección de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona Coordinadora de la guía de Tratamiento del Tno. Obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes Diversas publicaciones en clínica y neuroimagen en este trastorno.</p> <p><u>Nuevas propuestas de tratamiento en trastorno de Tourette</u> Astrid Morer Liñán Especialista Senior del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona Especialista de referencia en Tno. de Tourette Investigadora en autoinmunidad en trastornos psiquiátricos</p> <p><u>Casos resistentes de trastorno obsesivo-compulsivo cuando llegan a la vida adulta. Nuevos abordajes</u> María Pino Alonso Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge Especialista en tno. obsesivo-compulsivo Diversas publicaciones en este trastorno.</p>			Josefina Castro Fornieles Moderadora y discusora
Niños maltratados: alteraciones mentales y cerebrales.	18:00 19:30	<p>Víctor García Carrión Associate Professor, Director of Stanford Early Life Stress Research Program Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. Division of Child & Adolescent Psychiatry. Stanford University. California. EE.UU. http://med.stanford.edu/profiles/Victor_Carrion/</p>			Prudencio Rodríguez Ramos Moderador y discusor
Asamblea de Socios	19:30 21:30				
Cena	21:30				

SÁBADO, 4 DE JUNIO DE 2011 – SESIÓN DE MAÑANA

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Café	8:30 9:00		
La mayoría de edad de la Psiquiatría Infantil (Debate sobre la Especialidad)	09:00 10:30	<p>M^{ra} Dolores Domínguez Presidenta de AEPNyA</p> <p>José Guimón Catedrático de Psiquiatría. Ex-Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría</p> <p>Manuel Gómez Beneyto Catedrático de Psiquiatra. Representante del Ministerio Español en la Comisión Europea de salud mental. Valencia</p> <p>Pendiente de confirmar</p>	Carlos Imaz Moderador y discusor
Prevención de la conducta disocial en preescolares - RESUMEN - ENTREVISTA	09:00 11:30	<p>Fernando Justicia Justicia Director del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Catedrático de Universidad Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Granada - Campus de Cartuja</p> <p>M. Carmen Pichardo Martínez Secretaria del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Profesora Titular de Universidad. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Granada - Campus de Cartuja</p>	<p>ÍNDICE</p> <p>1. PROGRAMA APRENDER A CONVIVIR</p> <p>2. EFFECTOS DEL PROGRAMA APRENDER A CONVIVIR EN EDUCACIÓN INFANTIL</p> <p>3. SATISFACCIÓN DE LOS PADRES CON EL EFECTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL APRENDER A CONVIVIR PARA NIÑOS DE 3 AÑOS.</p>
Entrega de Premios	10:30 11:30		

Programa	Inicio Fin	Subprograma	Más información
Desafíos diagnósticos en psiquiatría infantil con el DSM-V	11:30 12:30	Carlos A. López Jaramillo. Profesor Asociado y Jefe Departamento de Psiquiatría. Universidad de Antioquia. Coordinador Grupo de Investigación en Psiquiatría. Director Programa Trastornos del Animo-Hospital Universitario San Vicente de Paul. Miembro del Grupo Elaborador del DSM-V. Ex-Presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Medellín- Colombia	
Salud Mental Global	12:30 13:30	Javier I Escobar Associate Dean for Global Health and Professor of Psychiatry and Family Medicine, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, New Jersey	
Acto de clausura	13:30 14:00		



28

DSM-V y CIE-11

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Presentar los cambios previstos en el futuro DSM-V, así como la metodología utilizada en su elaboración.

Ponencia1

T. Bipolar

Ponencia2

TDAH

Ponencia3

Autismo

El niño “sin sus padres”

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

¿Cuales son las peculiaridades de la valoración y tratamiento de niños “ingresados?. ¿Qué factores hay que tener en cuenta cuando el niño está alejado de sus padres?.

- El niño “ingresado” (en centros de Sanidad)
- El niño “en reforma” (en centros de Justicia)
- El niño “protegido” (en centros de Bienestar Social)

Ponencia1

El niño “ingresado”

Ponencia2

El niño “en reforma”

Ponencia3

El niño “protegido”

Enrique Martínez

Jefe del Servicio de Protección del Menor. Alicante.

Innovación y avances en Autismo.

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Actualización en diagnóstico, tratamiento y recursos electrónicos.

Ponencia1

Diagnóstico asistido por neuroimagen

Ponencia2

Tratamientos experimentales

Ponencia3

Facilitando la vida de las personas con autismo

Francesc Sistach

<https://iautismo.wordpress.com/>

Investigar en España. Los CIBER Grupos

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Describir el resultado de los trabajos de colaboración en España

Ponencia1

CIBER GRUPO 1

Ponencia2

CIBER GRUPO 2

Ponencia3

CIBER GRUPO 3



La obesidad en la clínica paidopsiquiátrica: actualidad y aspectos prácticos

Óscar Herreros

oherreros@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

La obesidad infantil es la última de las “pandemias del siglo XXI”. Progresivamente aumentan su prevalencia en la infancia (ya es del 16% en España, la mayor de toda Europa), su presencia en los medios (de comunicación, políticos), y su número en nuestras consultas. ¿Es un problema psiquiátrico? ¿Tiene un componente psiquiátrico? Nosotros pensamos que sí, y que, en cualquier caso, seguiremos recibiendo a estos pacientes, sobre todo cuando sean de mala evolución. Los graves, los difíciles, los de peor pronóstico.

Por ello, es el objetivo de esta mesa introducir al psiquiatra infantil en este complejo campo desde la experiencia clínica, e iniciar el camino para aprender a evaluar y tratar al obeso infantil, y, en la medida de nuestra responsabilidad clínica, a prevenir la obesidad en nuestros pacientes.

Ponencia1

La obesidad en la familia, o el obeso identificado

Xavier Gastaminza Pérez

Psiquiatra infanto-juvenil del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, actual responsable de su sección de Psicopatología, Interconsulta y Enlace en infancia y adolescencia.

Ponencia2

La obesidad en la consulta: ¿tiene el obeso tratamiento?

Adolfo de los Santos Sánchez-Barbudo

Psiquiatra infanto-juvenil en la USMIJ Virgen Macarena de Sevilla, con una dilatada experiencia clínica e investigadora, que incluye la Psicoendocrinología entre sus áreas más destacadas

Ponencia3

La obesidad de la consulta: el síndrome metabólico en la infancia

Óscar Herreros Rodríguez

Psiquiatra

Las otras “terapias”

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

¿Son realmente eficaces las llamadas terapias alternativas (complementos alimenticios, productos “naturales”, homeopatía, etc.)?, ¿Carecen de efectos secundarios?, ¿Se está extendiendo su uso, y de ser así cual es la razón?

Ponencia1

Complementos alimenticios

Ponencia2

Homeopatía

Ponencia3

Nuevas Guías de Práctica Clínica

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Presentación de las Guías Clínicas elaboradas en el último año en España

Ponencia1

Guía sobre T. Conducta

Arantxa

Ponencia2

Guía sobre...

Ponencia3

Guía sobre...



30

Nuevas tecnologías al servicio del diagnóstico del TDAH

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Mostrar los avances que en nuestro país se están produciendo en nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico del TDAH (magnetoencefalografía, kits genéticos inteligentes, potenciales evocados)

Ponencia1

Magnetoencefalografía
Javier Quintero

Ponencia2

¿Potenciales?
Moisés

Ponencia3

TDAH Chip
Marcel Ferrer

Prevención de conductas antisociales desde la escuela

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

¿Es realmente posible prevenir las conductas antisociales?, ¿Hay alguna edad ideal para comenzar con programas preventivos?, ¿Existen programas adaptados a las distintas edades?, ¿Qué resultado han tenido las estrategias “oficiales” para prevenir (y controlar) las conductas perturbadoras?. ¿Es posible, desde la consulta de psiquiatría, aplicar estrategias preventivas? ¿Son estos programas distintos a los que se recomiendan desde la práctica habitual de la psiquiatría?

Ponencia1

Marionetas
María Fernández Cabezas

Ponencia2

Libertad emocional
Ferran Salmurri

Ponencia3

El Plan “Previ” Valenciano. Resultados

Psicoterapias de 3ª Generación

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

¿Hacia dónde navega la psicoterapia hoy en día? ¿Qué es la metacognición, qué es el Mindfulness?, ¿Se ha aplicado en niños y adolescentes?, ¿Son realmente más útiles estas innovaciones que las psicoterapias establecidas?

Ponencia1

Metacognición
Cebolla

Ponencia2

Mindfulness

Ponencia3

Otra

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia 2.0

Pedro Ruiz Lázaro

pmruiz@aragon.es

Descripción de los objetivos de la mesa

Dar a conocer la realidad de los niños y adolescentes nativos digitales y nuestras posibles dificultades como profesionales inmigrantes digitales frente al cambiante mundo de las nuevas tecnologías en un mundo globalizado de pantallas y los resultados de recientes trabajos de investigación comunitaria e intervención en el campo de la adolescencia con programas que han demostrado su utilidad en el terreno de la promoción de la salud mental que emplean la Web como recurso.



Ponencia1

Nativos e inmigrantes digitales: construyendo el futuro
Pedro Manuel Ruiz-Lázaro
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. I+CS

Ponencia2

Internet y nuevas tecnologías en el empoderamiento y prevención de conductas de riesgo en adolescentes.
Patricio José Ruiz Lázaro
Pediatra. C.S. Manuel Merino Alcalá de Henares. Coordinador Proyecto JAMPA.
Representante Español Foro 2007 de WHO/HBSC.
patricioj040965@teleline.es

Ponencia3

Aplicando nuevas tecnologías (computador e Internet) en la detección y prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes valencianos
Profesor Luis Rojo
Catedrático de Psiquiatría Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil Unidad de TCA Hospital La Fe. Universidad de Valencia. luis.rojo@uv.es , luis.rojo@telefonica.net

Ésta nuestra especialidad

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

El 50% de toda la patología mental se inicia antes de los 18 años, y el 75% antes de los 24. But, Spain is different. Is it?

¿Por qué se retrasa la aprobación de nuestra especialidad?, ¿Qué podemos hacer para (con)vencer a nuestros políticos?, ¿Tiene cada pueblo lo que se merece?

¿Qué modelos se proponen para ella?, ¿Cuánto gastan las Comunidades Autónomas en Salud Mental Infantil?, ¿Qué países están apostando por la Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Ponencia1

Ponencia2

Ponencia3

Estudiar al niño sano

Tomás J. Cantó

tjcanto@gmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Mucha de la información que poseemos sobre los niños deriva de una extrapolación de lo que sucede en el adulto.

En los últimos años se ha demostrado, una vez más, que el niño no es un adulto “en miniatura”: ni la respuesta, ni la farmacocinética de los antidepresivos o antipsicóticos es comparable con la existente en mayores de 18 años.

Los estudios de neuroimagen han puesto de manifiesto que el crecimiento cerebral no es lineal, sino en “ondanadas”, demostrando una vez más que la edad es un factor clave. En los últimos años han proliferado los estudios “funcionales cerebrales”, algunos de ellos en niños, como el que se presentó el pasado año en nuestro último congreso.

El objetivo de la mesa será, por tanto, una puesta al día de la “psicofisiología” del niño a través de la visión de expertos en neuroimagen funcional, psicofarmacología y la neurobiología básica.

Ponencia1

Neuroimagen funcional del niño sano

Gisela Sugranyés

Ganadora del primer premio del Congreso de AEPNyA 2009

Ponencia2

Psicofarmacología del niño

¿Horga?

Ponencia3

Neurobiología del desarrollo

Roberto Gallego

CSIC - Instituto de Neurociencias



32

Diagnóstico y Tratamiento de los menores con Trauma Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo

Prudencio Rodríguez Ramos

prodriguezr.scsm@salud.madrid.org

Descripción de los objetivos de la mesa

Entre el 50 y el 85% de los menores en protección institucional sufren patología psiquiátrica. Sus alteraciones muestran una etiopatogenia compleja y extensa en sus características genéticas y ambientales, una comorbilidad muy alta, una atención terapéutica insuficiente y de respuesta escasa. Además arrastran sus trastornos psicopatológicos hasta la edad adulta, y sufren enfermedades físicas en mucho mayor grado que la población general.

La gravedad de sus trastornos está dando lugar a numerosos estudios de a) las alteraciones cerebrales y mentales secundarias al abuso-maltrato-negligencia, b) la intensa, extensa y compleja sintomatología psíquica que padecen, c) el fracaso relativo de los tratamientos habituales en estos casos, y d) los proyectos terapéuticos más eficaces para estos menores.

La mesa ofrecerá estudios y experiencias sobre estos aspectos (a,b,c y d).

Ponencia1

Alteraciones mentales y cerebrales de los menores maltratados

Victor García Carrión

Ponencia2

Trastornos mentales en menores protegidos

Amaia Hervás

Ponencia3

Tratamiento ambiental de los menores en hogares de acogida

Paz Quijano

Diagnosticar en tierras límites

Roberto Belmonte

elroberbt@hotmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

¿cual es a trascendencia del diagnóstico en pacientes con diagnóstico dudoso o ambiguo ? ¿Qué opción terapéutica es la mejor en estas situaciones? ¿es ética la actitud expectante?

Ponencia1

Esquizoide o Asperger

Ponencia2

TDAH o Bipolar

Ponencia3

Psicosis tóxica o Esquizofrenia

Inocencia Interrumpida. Cuando el manejo ambulatorio no es suficiente

Roberto Belmonte Trigueros

elroberbt@hotmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Marco legal, recursos hospitalarios y extrahospitalarios, residencias, centros de día, centros de menores, etc.

Criterios de inclusion y de exclusion. Ttos biológicos aplicados en el internamiento. Otras medidas terapéuticas. Seguimiento ulterior.

Ponencia1

Hospitalización psiquiátrica en adolescentes

Ponencia2

Hospital de día y hospitalización domiciliaria en niños y adolescentes

Ponencia3

Hospitalización psiquiátrica en la edad pediátrica



Modelos educativos actuales, modelo socio familiar y patologías emergentes

Roberto Belmonte Trigueros

elroberbt@hotmail.com

Descripción de los objetivos de la mesa

Cambios en la sociedad, sociedad de consumo, utilitarismo, cambio patron educativo de la enseñanza española, profesores como figuras de autoridad fijadas por ley. Papel de los padres en la educación escolar. Generación ni-ni. Aumento de conductas disociales y padres que renuncian voluntariamente a la custodia de sus hijos con problemas de conducta

Ponencia1

Evolución y cambio en los modelos educativos en España

Ponencia2

Evolución social y cambios familiares en nuestro entorno

Ponencia3

Patologías emergentes. Tr de conducta, Tr disocial, Vandalismo, delincuencia juvenil

Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo y trastorno de Tourette

Josefina Castro Fornieles

jcastro@clinic.ub.es

Descripción de los objetivos de la mesa

Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastorno de Tourette: Hacer un repaso de las novedades en los últimos años y propuestas más de futuro respecto al diagnóstico (pensando en el DSM-V) y respecto a los posibles tratamientos (nuevos fármacos en relación con hipótesis etiológicas, nuevas terapias psicológicas y otras intervenciones como estimulación transcraneal y estimulación profunda)

Ponencia1

Nuevas propuestas de diagnóstico y tratamiento en trastorno obsesivo

Luisa Lázaro García

Jefa de Sección de Hospitalización. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Coordinadora de la guía de Tratamiento del Tno. Obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes

Diversas publicaciones en clínica y neuroimagen en este trastorno.

Ponencia2

Nuevas propuestas de tratamiento en trastorno de Tourette

Astrid Morer Liñán

Especialista Senior del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Especialista de referencia en Tno. de Tourette

Investigadora en autoinmunidad en trastornos psiquiátricos

Ponencia3

Casos resistentes de trastorno obsesivo-compulsivo cuando llegan a la vida adulta. Nuevos abordajes

María Pino Alonso

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge

Especialista en tno. obsesivo-compulsivo

Diversas publicaciones en este trastorno.

Living Lab Social. Living Lab Salud Andalucía.

Francisco José Fernández Rosado

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Premio extraordinario del doctorado por la Universidad de Cádiz.

Miembro de Living Lab Salud Andalucía del Grupo de Telemedicina.

Investigador Principal del Proyecto Living Lab Social.



Resumen de la presentación

Presentamos la tecnología Living Lab y su European network of Living Labs.

Exponemos la investigación online y como las Tecnologías de la Información y Comunicación están revolucionando la sociedad, permitiendo diagnóstico, terapias y seguimiento de todas las patologías.

Hablamos de la Ingeniería Kansei.

Nos centraremos en la atención a las familias con adolescentes y niños con alguna patología psíquica o social proponiendo soluciones innovadoras para resolver sus problemas y aumentar su resiliencia.

Buscamos soluciones TIC a los Centros Terapéuticos y de Protección.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?.

Mejorar la atención de los niños y adolescentes con el uso de las TIC.

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Creo que el uso de las tecnologías digitales es una realidad que no podemos ignorar, el no querer reconocerlo significa perder el tren de la innovación y la supremacía. todos los profesionales debemos aspirar a convertirnos en Profesionales 3.0.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Durante todos los años de nuestro ejercicio profesional observamos como la desigualdades impedían la salud de las personas independientemente de los fármacos que utilizáramos.

Ante ello buscamos soluciones con la ayuda de los agentes sociales, pero encontramos pocas alianzas para obtener la igualdad como forma de salud. Ante ello vimos como las TIC permiten llegar a todos y dar un salto cualitativo a un muy bajo coste hacia la igualdad.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

El tema de nuestra mesa es apostar al máximo por un futuro de innovación con la ayuda de las TIC.

Tras la crisis nada será ya igual y las TIC están acaparando el mercado a unos niveles que muchos no saben. Abramos los ojos para ver el apasionante futuro que nos espera.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Lo veo muy necesario si con ello los derechos del Niño y del Adolescente son respetados de forma escrupulosa.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Salud Mental Global

Javier I Escobar

1-Historia de la Salud Global

2-Los Trastornos Mentales

a-depresion

b-trastornos psicoticos

c-enfermedad bipolar

d-uso de sustancias.

3-Colaboraciones Internacionales:

a-IPSS y otros estudios de la OMS

b-iniciativas actuales del NIMH

4-Nuevo Diagnostico en Psiquiatria (DSM-5)

a-breve descripcion del proceso

b-colaboraciones internacionales

c-estudios de campo

5-Conclusiones y Recomendaciones

Resumen de la presentación

Salud Global es hoy por hoy parte integral de los programas de salud y educacion medica. Hasta ahora, el mayor énfasis se ha puesto sobre enfermedades infecciosas y mas recientemente enfermedades cronicas y degenerativas. Los trastornos mentales pertenecen a este ultimo grupo y se asocian a altos costos y altos niveles de incapacidad.

En esta presentacion se expondra brevemente la historia y evolucion del concepto de salud global. Luego se ofrecera informacion epidemiologica sobre aspectos globales de los trastornos mentales incluyendo clasificacion, diagnostico y tratamiento. En la discusion se enfatiza la importancia de la colaboracion internacional en este campo.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?.

Piense Globalmente, Actue Localmente



¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros profesionales de la salud mental

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Múltiples experiencias internacionales. Inmigración y otros factores personales (América Latina a USA). Colaboraciones internacionales en investigación

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Aunque ambicioso, el lema implica una actitud optimista ante el futuro dado el desarrollo en las neurociencias.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Me parece una deficiencia importante que puede interferir con el progreso científico en este campo

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Can Traumatic Stress Damage the Brain? Understanding the Effect of Early Trauma on Brain Development.

Victor G. Carrion, M.D.

Relevant preparation for this talk includes knowledge into the nomenclature of PTSD in youth.

Participants will learn about cortisol and structural and functional imaging, as well as structural and functional findings in youth with PTSD symptoms. Psychotherapy is the first line of intervention for youth with PTSD symptoms; a new treatment protocol will be presented and future directions combining biological research with intervention research will be discussed.

Resumen de la presentación

Dr. Carrion will present recent research investigating the phenomenology of PTSD in children. He will embark into the developmental issues that still need to be addressed regarding taxonomy. The bulk of the talk will be dedicated to work addressing levels of cortisol and the putative effect of high levels of this hormone in the development and

function of key brain structures. These brain structures and networks will be associated with the symptomatology that youth with PTSD demonstrate. Finally, Dr. Carrion will introduce the importance of treatment development and treatment outcome research and he will introduce his treatment protocol; the Stanford Cue-Centered Treatment Protocol.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?.

Como la investigación de la estructura y función del cerebro puede ayudar el tratamiento de jóvenes con síntomas posttraumáticos.

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Profesionales que trabajan con jóvenes que tienen un historial traumático.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Reconocer como eventos en la vida temprana afectan toda la vida y reconocer que se pueden tomar medidas para ayudar a estas personas.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Definitivamente el futuro se moldea con la investigación del presente. Teniendo al futuro en mente ayuda a que nuestras investigaciones sean relevantes.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Esto debe de cambiar pronto. Reuniones de este tipo e invitaciones a “policy makers” y gente del “media” pueden ayudar con esta situación.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No



36

Prevención de problemas de conducta en preescolares

Fernando Justicia Justicia

Director del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Catedrático de Universidad

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Granada - Campus de Cartuja

18071 - Granada (España)

Tel. +34 958243985 +34 650031857 (celular) Fax +34 958248975

Institucional 77313

e-mail: justicia@ugr.es

web Grupo Investigación: <http://hum232.ugr.es/>

** Títulos*

Maestro de Educación Primaria por la Universidad de Córdoba (1973)

Licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona (1977).

Doctor en Psicología por la Universidad de Granada (1983).

** Proyectos de Investigación Financiados*

2001 Concesión de Ayuda de Acciones Integradas destinadas a Universidades y Organismos Públicos de Investigación y Desarrollo Tecnológico (BOJA, nº 56 de 17/05/2001) al Grupo de Investigación sobre Violencia y Educación en Andalucía. Subvencionado Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Convocatoria 2001.

2003 Coordinador de Grupo de Investigación participante. Proyecto de Investigación: El fenómeno del bullying y el mobbing en contextos escolares. Subvencionado por: Plan Propio Universidad de Granada.

2005 Tercer premio Nacional de Investigación Educativa otorgado por el Ministerio de Educación y Ciencia por el trabajo: La prevención del maltrato entre compañeros a través de la inhibición de la impulsividad cognitiva: diseño, aplicación y evaluación de un programa piloto.

2005 I+D: Referencia SEJ2005-04644 / EDUC: Desarrollo de la competencia social en el alumnado de Infantil y Primaria como prevención del desarrollo de conductas de riesgo

Organismo que concede: Ministerio de Educación y Ciencia.

2010 I+D: Referencia EDU2009-11950: Estudio longitudinal de los efectos del programa Aprender a Convivir en el desarrollo de la competencia social y la prevención del comportamiento antisocial.

Organismo que concede: Ministerio de Educación y Ciencia.

1993-2011 Director del Grupo e investigador principal. Proyecto de Investigación Psicología de la intervención en educación. Grupo HUM 0232. Subvencionado por: Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, desde 1993 hasta la actualidad.

Publicaciones

Artículos y Capítulos de libros.

Justicia, F. (2001). Efectos de la violencia en las escuelas. En J. A. Amezcua, D. González y F. Peñafiel (coord.), El psicopedagogo en la organización y gestión de programas de formación. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Justicia, F. (2001). La convivencia en centros educativos. Pamplona: Consejo Escolar de Navarra. Departamento de Educación y Cultura. Gobierno de Navarra.

Mora, J.; Ortega, R.; Justicia, F. y Benítez, J. L. (2001). Violencia entre iguales en escuelas andaluzas. Un estudio exploratorio utilizando el cuestionario general europeo TMR. Revista de Educación, 325, 323-338.

Justicia, F. y Molina, E. (2002). Agresividad Escolar: análisis de conductas observadas en el patio de recreo. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado. Vol. 5(8), 1-12.

Rueda, E. y Justicia, F. (2002). La violencia entre escolares dentro y fuera del centro escolar en la ciudad de Jaén. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado Vol. 5(4), 1-10.



De la Fuente, J. y Justicia, F. (2003). El fenómeno de la violencia escolar: qué es y cómo intervenir. *Revista de investigación psicoeducativa y psicopedagógica*, 140-158.

Justicia, F.; Arco, J.L. y Benítez, J. L. (2003). El fenómeno de la violencia escolar: qué es y cómo intervenir. En L. Herrera, O. Lorenzo, M.C. Mesa e I. Alemany (Coords.), *Intervención psicoeducativa: una perspectiva multidisciplinar*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Justicia, F. y Benítez, J. L. (2004). Bullying: descripción y evaluación del fenómeno. En C. Villaverde (Dir.), *La convivencia democrática como respuesta educativa a la violencia escolar*. Ceuta: Instituto de Estudios Ceutíes.

Benítez, J.L. y Justicia, F. (2004). Medidas de intervención. *Evaluación del Programa Educación para la Convivencia en Contextos Educativos*. En C. Villaverde (Dir.), *La convivencia democrática como respuesta educativa a la violencia escolar*. Ceuta: Instituto de Estudios Ceutíes.

Benítez, J. L., Almeida, A. y Justicia, F. (2005). Educación para la convivencia en contextos escolares: una propuesta de intervención contra los malos tratos entre iguales. *Apuntes de Psicología*, 23(1), 27-40.

Fernández, F., Pichardo, M. C., Justicia, F., Arco, J. L., Amezcua, J. A. y Benítez, J. L. (2005). Prevención del maltrato entre compañeros a través de la inhibición de la impulsividad cognitiva: diseño, aplicación y evaluación de un programa piloto. En *Premios Nacionales de Investigación Educativa 2004*. Madrid: Secretaria General Técnica.

Benítez, J. L., Barbén, A. G., y Fernández, M. (2006). Percepción y actitud del profesorado en formación hacia los malos tratos entre iguales. En J. L. Benítez, A. G. Barbén, F. Justicia y J. De la Fuente (Eds.), *La universidad ante el reto de del Espacio Europeo de Educación Superior*, pp.208-229. Madrid: EOS.

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2006). El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno. *Revista de Investigación Psicoeducativa*, 4(2), 81-93.

Justicia, F. y Benítez, J. L. (2006). Ayuda entre iguales para reducir el bullying en la escuela. *Infocop On-line*.

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2006). Bullying: Description and analysis of the phenomenon. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (4), 2.

Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, M. C., Fernández, E., Barbén, T., y Fernández, M. (2006). Towards a new explicative model of antisocial behaviour. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 4(2).

Justicia, F. y Benítez, J. L. (2007). La interacción alumno-alumno. En F. Justicia, E. Fernández y M. C. Pichardo (coords.), *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación*, pp. 137-149. Málaga: Aljibe.

Fernández, M.^a; Justicia, F.; Pichardo, M.^a C.; Fernández, E.; García, T.;

Benítez, J. L. y García A. (2007). Aprender a convivir. Programa de intervención en educación Infantil. En J. J. Gázquez, M.^a C. Pérez, A. Cangas y N. Yuste (Coords.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención del acoso escolar*, pp. 221-226. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2007). Educar para la convivencia en Educación Secundaria. En J. J. Gázquez, M.^a C. Pérez, A. Cangas y N. Yuste (Coords.) *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención del acoso escolar*, pp. 211-216. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Fernández, M. y Caurcel, M.J. (2007). Desarrollo y conducta social en la primera infancia (2 a 6 años). En E. Fernández, F. Justicia y M.C. Pichardo. *Enciclopedia de psicología evolutiva y de la educación*, pp. 203-224. Málaga: Aljibe.

Kaleel, A.; Justicia, F.; Benítez, J. L. y Pichardo, M.C. (2007). Incidencia de los malos tratos entre iguales en alumnos de Hebrón (Palestina). *Apuntes de Psicología*, 22(5), 175-184.

Benítez, J. L.; Almeida, A. y Justicia, F. (2007). La liga de alumnos amigos, desarrollo de las habilidades sociales del alumnado para enfrentar los malos tratos entre igua-



les. *Anales de Psicología*, 23(2), 185-192.

Justicia, F. (2007). *Actuaciones para abordar los malos tratos entre iguales en la escuela (43-57)* En F. Peñafiel, D. González y J.M. Amezcua (Coords.), *La intervención psicopedagógica en contextos multiculturales*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Pichardo, M.C, García, T., Justicia, F y Llanos, C.(2008). *Efectos de un programa de intervención para la mejora de la competencia social en niños de educación primaria en Bolivia*. *International journal of psychology and psychological therapy*, 8(3), 441-452.

Cantón, D. y Justicia, F. (2008). *Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo*. *Psicothema*, 20(4), 509-515.

Justicia, F., Benítez, J.L., Fernández, M., Fernández, E. y Pichardo, M.C. (2008). *Aprender a Convivir: programa de prevención do comportamiento antisocial na Educación Infantil*. *Cadernos de Psicología*, 32, 37-47.

Pichardo, M.C., Justicia, F., y Fernández-Cabezas, M. (2009). *Prácticas de crianza y competencia social en niños de 3 a 5 años*. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 37-48.

Fernández, F.D., Arco, J.L., Justicia, F y Pichardo, M.C. (2010). *Mejora de la calidad de la educación superior a través de la intervención educativa*. *Revista de Pedagogía*, 246, 209-222.

De la Fuente, J., Sander, P., Justicia, F, Pichardo, M.C., & García-Berbén, A.B. (2010). *Validation Study of the Scale for Assessment of the Teaching-Learning Process, Student Version (ATLP-S)*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(2), 815-840.

Cantón, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M.R. (2011). *Un modelo de los efectos del Abuso Sexual Infantil sobre el Estrés Post-traumático: el rol del mediador de las atribuciones de culpa y estrategias de afrontamiento*. *Psicothema*, 23(1), 66-73.

Fernández, M., Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., Justicia, F., García, T., García-Berbén, A., Jus-

ticia-Arráez, A., y Alba, G. (2010). *Confirmatory Factor Analysis of the PKBS-2 subscales for assessing Social Skills and behavioral social problem and antisocial behavior*. *Electronic Journal Research in Educational Psychology*, 8(3), 1229-1252.

Benítez, J.L., Fernández, M., Justicia, F., Fernández de Haro, E. & Justicia-Arráez, A. (2011). *Results of the Aprender a Convivir Program for development of social competence and prevention of antisocial behavior in 4-year-old children*. *School Psychology International*, 32(1), 3-19.

Fernández, M., Benítez, J.L., Fernández de Haro, E., Justicia, F. y Justicia-Arráez, A. (2011). *Desarrollo de la competencia social y prevención del comportamiento antisocial en niños de 3 años*. *Infancia y Aprendizaje*, 34(3),

Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, M., Fernández de Haro, E., Justicia, F., Berbén, A.B., Justicia-Arráez, A., Alba, G. (2011). *Análisis factorial confirmatorio de la Preschool and Kindergarten Behavior Scale (PKBS) en población española*. *Psicothema*, 23(2),

Cantón, D., Cantón, J., Cortés, M.R. y Justicia, F. (2011, in press). *The Effects of Perpetrator Age and Abuse Disclosure on the Relationship between Feelings Provoked by Child sexual Abuse and Posttraumatic Stress*. *Anxiety, Stress, & Coping*,

Cantón, D., Cantón, J., Cortés, M.R. y Justicia, F. (2011, in press). *The Effects of Perpetrator Age and Abuse Disclosure on the Relationship between Feelings Provoked by Child sexual Abuse and Posttraumatic Stress*. *Anxiety, Stress, & Coping*,

Aportaciones a congresos

Justicia, F.; Almeida, A. y Benítez, J. L. (2000). *Violência e indisciplina: Estratégias de Prevenção e Promoção de Comportamentos Sociais Positivos nos Alunos*. Ponencia. *Fundão*. Portugal.

Justicia, F. y Luque, E. (2001). *Determinación de esquemas cognitivos de víctimas y agresores en situaciones de violencia escolar*. Poster presentado en *International*



Conference on Violence in Schools and Public Policies. Actas oficiales del Congreso. París. Francia.

Justicia, F. (2001). *Violencia y Sociedad. Conferencia en las III Jornadas Interdepartamentales de Psicopedagogía: el psicopedagogo en el desarrollo comunitario. La planificación de los recursos humanos. Granada.*

Heilborn, V. Arco, J. L. y Justicia, F. (2001). *Características teóricas y metodológicas de los programas dirigidos a la prevención de la violencia escolar. Comunicación presentada en la III Jornadas Interdepartamentales de Psicopedagogía: el psicopedagogo en el desarrollo comunitario. La planificación de los recursos humanos. Granada.*

Justicia, F. (2001). *Convivencia y Escuela. Comunicación presentada en las III Jornadas sobre Estudios Locales. Almonte. Huelva.*

Justicia, F. (2001). *La convivencia en los centros educativos. Conferencia presentada en las III Jornadas del Consejo Escolar de Navarra. Pamplona.*

Justicia, F. (2001). *La convivencia en los centros educativos. Conferencia presentada en las Jornadas sobre Violencia en las Escuelas. Ceuta.*

Justicia, F. (2001). *Violencia Escolar. Conferencia presentada en las II Jornadas de Evaluación e Intervención Psicopedagógica. Melilla.*

Arco, J. L. y Justicia, F. (2001). *Symposium sobre Evolución de las intervenciones sobre violencia escolar. Ponencia presentada el VII Congreso Latini Dies. Granada*

Justicia, F. y Rueda, E. (2004). *Percepciones de los escolares jienenses sobre los comportamientos violentos en las relaciones paritarias. IV Congreso Internacional de Psicología y Educación: Calidad Educativa. Actas de las Jornadas.*

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2004). *Educación para la convivencia en contextos educativos IV Congreso Internacional de Psicología y Educación: Calidad Educativa. Actas del congreso.*

Justicia, F. (2004). *Los problemas de convivencia en los centros escolares. Conferencia presentada en las Jornadas Nacionales de Psicología y Educación. Actas de las Jornadas. Melilla.*

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2005). *Educación para la Convivencia en Contextos Educativos – Programa de intervención contra el maltrato entre iguales. I Congreso Internacional de Psicología y Educación en Tiempos de Cambio. Barcelona. España.*

Benítez, J. L. y Justicia, F. (2005). *Redes de apoyo entre*

iguales. Desarrollando las habilidades sociales del alumnado para la prevención del bullying. I Congreso Internacional de Psicología y Educación en Tiempos de Cambio. Actas Oficiales del Congreso. Barcelona. España.

Benítez, J. L., Fernández, M^a y Justicia, F. (2006). *Descripción de un programa de para la mejora de la convivencia en contextos educativos. I Congreso Internacional de Psicopedagogía: ámbitos de intervención del psicopedagogo. Melilla. España.*

Pichardo Martínez, García, T., Justicia, F. y Llanos, C. *Programa de habilidades sociales como prevención de la conducta antisocial. I Congreso Internacional de Violencia Escolar (Bullying). Almería. España.*

Fernández, M^a, Justicia, F., Fernández de Haro, E., Pichardo, M. C., García, T., Benítez, J. L. y García, A. B. (2008). *Programa para prevenir problemas de desarrollo en Educación Infantil: Aprender a Convivir. I Jornadas andaluzas: la educación infantil en la escuela de la diversidad. Granada. España.*

Justicia, F. y Benítez, J. L. (2008). *Intervención psicoeducativa para la prevención del comportamiento antisocial. V Congreso Internacional de Psicología y Educación. Oviedo, España.*

Justicia, F., Benítez, J. L. y García A. (2008). *Aproximación a un modelo causal del comportamiento antisocial. V Congreso Internacional de Psicología y Educación. Oviedo. España.*

Fernández, E., García, T., Justicia, F., Pichardo, M^a C., Fernández, M^a, Benítez, J. L. y García, A. (2008). *Aprender a convivir. Programa de prevención del comportamiento antisocial para el alumnado de tres años. V Congreso Internacional de Psicología y Educación. Oviedo. España.*

Justicia, F. y Benítez, J. L. (2008). *Early intervention for tackling antisocial behavior. 4th World Conference: violence in schools and public policies. Lisboa, Portugal.*

Cabezas, M^a, Haro, E., Berbén, T., Justicia, F., Martínez, M^a, Benítez, J. y Berbén, A. (2008). *Learning to coexistence. An antisocial behavior program for kindergardem. 4th World Conference: violence in schools and public policies. Lisboa. Portugal.*

Justicia, F. (Coord.) *Symposium: Prevención universal de problemas de conducta en el aula desde los 3 años de edad. VII Congreso Iberoamericano de Psicología. Oviedo, 20-24 julio 2010.*

Justicia, F. *Symposium: Aprender a convivir. Un programa para la prevención del comportamiento antisocial en*



Educación Infantil. Vº Congreso Internacional de Psicología Comunitaria del Mercosur. Universidad Nacional de San Luis. San Luis (Argentina), 14-18 de septiembre de 2010.

Taller. PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN PREESCOLARES

1. PROGRAMA APRENDER A CONVIVIR

Fernando Justicia Justicia y M. Carmen Pichardo Martínez

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Granada

Numerosas investigaciones han probado la eficacia que tienen los programas de entrenamiento en competencia social en la mejora del desarrollo socioemocional infantil y juvenil. La mayoría de estas actuaciones de carácter preventivo universal se proponen para asegurar el aprendizaje de ciertas habilidades sociales que permiten al niño desarrollar un adecuado ajuste social y, de esta forma, reducir los posibles problemas de conducta y comportamientos antisociales que pudieran aparecer en edades posteriores.

Surge, pues, una necesidad apremiante de revisar y estudiar los programas existentes dentro del panorama nacional e internacional que tienen como objetivo el desarrollo de la competencia social en niños de Educación Infantil y Primaria.

Dos son los objetivos principales del presente estudio: (1) hacer una revisión de dichos programas para conocer los contenidos que trabajan, la metodología que utilizan y la duración de los mismos; así como (2) profundizar en el diseño, implementación y evaluación de uno de ellos: el programa Aprender a Convivir.

Aprender a Convivir nace debido a la carencia de programas sistemáticos que trabajen en esta línea dentro del ámbito nacional. Es una intervención educativa fundamentada en investigaciones previas y apoyada por cuantiosas evaluaciones que ponen de manifiesto la eficacia del programa.

2. EFECTOS DEL PROGRAMA APRENDER A CONVIVIR EN EDUCACIÓN INFANTIL

M. Carmen Pichardo Martínez, Fernando Justicia Justicia

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Granada

Los orígenes del comportamiento antisocial se sitúan en los problemas de conducta que aparecen en la infancia (Bergman, Andershed y Andershed, 2009; Clakins, 2009; Hill, 2003), ya que la persistencia de éstos determina lo que en la adolescencia se conoce como comportamiento antisocial. La competencia social destaca como uno de los factores de protección a trabajar dentro de la escuela, pues como señala Betina (2010), el aprendizaje y la práctica de las habilidades sociales que conforman la competencia social influyen positivamente en el desarrollo de fortalezas psíquicas en los niños y previenen la aparición de comportamientos vinculados a la agresividad y el negativismo.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados obtenidos tras la implementación del programa Aprender a Convivir con niños de 4 años. Se trata de un programa de prevención universal del comportamiento antisocial que trabaja, de forma sistemática, la competencia social del alumnado de educación infantil a través de contenidos relacionados con las normas, los sentimientos, las habilidades de comunicación, la ayuda y cooperación y la resolución de conflictos. Los resultados de la investigación llevada a cabo en el curso 2007/08 muestran una reducción de las conductas antisociales y un aumento de la competencia social en los participantes del grupo experimental.

3. SATISFACCIÓN DE LOS PADRES CON EL EFECTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL APRENDER A CONVIVIR PARA NIÑOS DE 3 AÑOS.

M. Carmen Pichardo Martínez, Fernando Justicia Justicia

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación Universidad de Granada

Los problemas de conducta, especialmente los relacionados con violencia y conductas agresivas, han cobrado una gran importancia en la sociedad actual, debido al incremento que han experimentado en la población infantil. El programa de prevención universal Aprender a Convivir, tiene como principal objetivo dotar a los niños, de Educación Infantil y Primer ciclo de Primaria, de habilidades de competencia social y resolución de conflictos que eviten la aparición de problemas de conducta en el futuro. Para lograr este objetivo es fundamental el trabajo con las familias al tratarse del principal contexto de socialización.



El presente trabajo tiene como objetivo analizar la efectividad del programa Aprender a Convivir en niños de 3 años, así como la satisfacción de los padres con el mismo. Los resultados muestran que los niños participantes reducen significativamente sus problemas de conducta, mejorando su competencia social. Por otra parte, un 52% de los padres piensa que la participación en el programa es muy positiva para el desarrollo de sus hijos; y un 90.9% cree que la influencia que ejerce en los niños es notable. El programa no sólo es eficaz para prevenir los problemas de conducta, también fomenta la implicación de las familias dando lugar a una mayor generalización de resultados.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cual sería?.

El aspecto fundamental del tratamiento de los problemas de conducta reside en la prevención universal a edades tempranas (Educación Infantil).

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Profesionales y personas interesadas por los problemas de conducta y su prevención en edades tempranas.

Profesionales de la educación, de la salud y padres.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Trabajo durante años en la investigación sobre el comportamiento antisocial en sus diversas manifestaciones, particularmente las relacionadas con el bullying (violencia en las escuelas).

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Considero que sí en tanto se proponen acciones de prevención universal como las que contempla el Programa "Aprender a Convivir".

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Hay un trabajo multidisciplinar por hacer que integra múltiples profesionales relacionados con la infancia y la adolescencia. Solo desde esta perspectiva considero interesante la especialidad.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Tratamiento institucional de los trastornos graves de conducta

Rafael Portugal Fernández

Especialista en Psicología Clínica del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Anteriormente trabajé en:

Hospital de Rehabilitación Psiquiátrica Fuente Bermeja de Burgos.

Unidad de Salud Mental de la Victoria de Valladolid.

Centro de día del área oeste de Valladolid.

Servicio de atención al menor del Gobierno de Cantabria.

Resumen de la presentación

El Colegio de Educación Especial para alumnos con trastornos graves de conducta O Pedroso de Santiago de Compostela, abrió sus puertas durante el curso 2002-03 aunque no se constituyó como colegio independiente hasta el curso siguiente. Es un colegio público destinado a escolarizar a alumnos de toda Galicia que, debido a trastornos de conducta, no puedan continuar la educación obligatoria en un entorno ordinario. El colegio surge fruto de un acuerdo entre las consejerías de educación y sanidad. Es por ello que cuenta con facultativos especialistas en salud mental pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, que son los encargados de la planificación de los sistemas de tratamiento de los trastornos de conducta que padecen los alumnos. Las intervenciones se basan en el manejo de la relación y en la modificación de conducta.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cual sería?.

¿Es posible un tratamiento eficaz de los adolescentes con trastornos graves de conducta?

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Profesionales que trabajen en salud mental infanto-juvenil

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Nadie quiere a estos chicos. Necesitan que quien se encarga de su tratamiento los aprecie. Aunque es duro, los



42

resultados proporcionan una satisfacción profesional difícilmente conseguible con otros grupos de pacientes.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

En principio nada porque las informaciones dicen que va por buen camino.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

E-TIOBE: UN NUEVO SISTEMA BASADO EN LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Verónica Guillén Botella

Verónica Guillén Botella es Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia (1997), y Doctora en Psicología por la Universidad de Valencia (2008). Profesor Ayudante Doctor de la Universidad de Zaragoza (2009-2010). Actualmente, responsable de I+D del Centro Clínico Previ y profesor asociado de la Universidad de Valencia.

Disfrutó de distintas becas y contratos desde 1997 a 2005 en el Servicio de Asistencia Psicológica, Universitat Jaume I en el marco de diferentes proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (Plan nacional I+D), y el Programa Marco de la Comisión Europea y la Generalitat Valenciana. En concreto, ha participado activamente en 5 proyectos internacionales, 8 proyectos nacionales y 12 proyectos autonómicos. Su línea de investigación fundamental se centra en la utilidad de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) en Psicología Clínica.

Desde 1998, trabajo en el Centro Clínico de Psicología PREVI como Coordinadora Clínica y llevando a cabo la evaluación y tratamiento de pacientes con distintos trastornos psicológicos. Profesor Asociado de la Universidad de Valencia desde 2007. Participa en diversos Postgrados Universitarios y es Subdirectora del Master en Intervención Multidisciplinar en Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad de la Universidad de Valencia.

Ha publicado 20 artículos en revistas científicas nacionales e internacionales, estando más de la mitad de ellos referenciados en el Social Science del ISI y ha publicado 7 capítulos de libro y ha presentado más de 50 trabajos en congresos y foros científicos.

Resumen de la presentación

Antecedentes: El apoyo de los programas psicológicos cognitivo-comportamentales a los tratamientos médicos tradicionales de la obesidad han demostrado eficacia en la reducción del peso corporal. Sin embargo, los resultados no son tan positivos por lo que respecta al mantenimiento de la reducción del peso, siendo necesario un nuevo enfoque que permita el mantenimiento de los logros conseguidos. Las nuevas tecnologías pueden ser prometedoras herramientas en este sentido. **Objetivos:** Desarrollo y puesta a prueba de un sistema de e-asistencia para el tratamiento de la obesidad basado en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Métodos: El sistema a nivel tecnológico se basa en cuatro ejes fundamentales: Inteligencia ambiental que permite captar la información fisiológica, psicológica y contextual del paciente. Computación persuasiva que permite la generación de contenidos con el objetivo de cambiar y/o reforzar conductas del paciente. Computación ubicua que posibilita que el paciente pueda acceder al sistema en cualquier lugar y a cualquier hora. Sistemas de terapia virtual que incluyen tecnología de realidad virtual distribuida, realidad aumentada y agentes virtuales. A nivel psicológico, el sistema se basa en los tratamientos psicológicos basados en la evidencia y está orientado a suscitar e incrementar la motivación y la adherencia al tratamiento, y a potenciar los mecanismos de auto-control en los pacientes, para conseguir el mantenimiento de los logros (reducción del peso corporal) y prevenir recaídas. **Resultados:** Ya se ha desarrollado un software de RV para la obesidad y una plataforma sensorial inteligente destinada a aportar información fisiológica y contextual de los pacientes. Se han analizado los aspectos de usabilidad y aceptación de las plataformas por parte de los usuarios, tanto clínicos como niños. También se han estructurado los contenidos de los módulos de tratamiento psicológico a incluir en el sistema. **Conclusiones:** El sistema proporciona una plataforma común para dar soporte continuo, tanto al paciente como al clínico, con el objetivo de potenciar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del protocolo general de tratamiento de la obesidad (medicación, dieta, ejercicio físico, tratamiento psicológico). **Discusión:** Es necesario la validación del



sistema en un estudio controlado, que se está realizando en estos momentos. Dicho trabajo permitirán delimitar la utilidad del sistema en el tratamiento de la obesidad.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Realidad virtual y aumentada para el tratamiento de patologías psiquiátricas

Juana María Bretón López

La Dra. Juana María Bretón López ha participado como investigadora en diversos proyectos de investigación financiados por entidades nacionales e internacionales y dirigidos por la Dra. Cristina Botella Arbona. La línea de investigación principal de estos proyectos ha sido el tratamiento de trastornos mentales haciendo uso de las nuevas tecnologías y los entornos de realidad virtual. Además Juana María Bretón López ha participado en una variedad de ensayos clínicos con el fin de avanzar en el diseño y aplicación de tratamientos eficaces para los trastornos mentales y la promoción del bienestar. Entre sus publicaciones, cuenta con artículos publicados en revistas científicas indexadas en la base de datos Journal Citation Report y otras revistas referenciadas en bases de datos nacionales e internacionales. En cuanto a la temática de sus publicaciones destaca el uso de las nuevas tecnologías (realidad virtual, realidad aumentada y telepsicología) en los tratamientos psicológicos. Desde Septiembre de 2006 hasta la actualidad, trabaja como terapeuta del Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I, Castellón. Las principales actividades que lleva a cabo son labores asistenciales de evaluación, diagnóstico y tratamientos psicológicos con nuevas tecnologías en las áreas de la infancia, adolescencia y edad adulta.

Resumen de la presentación

En la actualidad estamos experimentando una notable expansión del uso de las nuevas tecnologías en diversos campos, incluyendo el área de la salud. Resulta de especial interés la utilización que se ha hecho de los avances tecnológicos como herramientas terapéuticas para el tratamiento de distintos trastornos psicológicos. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs), tales como la Realidad Virtual (RV) o la Realidad Aumen-

tada (RA) son aplicaciones pioneras que pueden mejorar de forma importante distintas características de los tratamientos psicológicos. En concreto, entre la población de niños y adolescentes las TICs pueden tener una importante utilidad para mejorar la adherencia y satisfacción con el tratamiento, sin comprometer la eficacia del mismo. Se presentan los principales trabajos en los que se han empleado las nuevas tecnologías en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes. Se analizan las ventajas e inconvenientes y las líneas futuras de trabajo en relación a esta nueva tecnología.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?

Nuevas tecnologías en el tratamiento de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Investigadores y profesionales

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Interés por la Psicología Clínica, el bienestar y las oportunidades que ofrecen los desarrollos tecnológicos actuales

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Estoy de acuerdo con el lema diseñando el futuro.

Las nuevas tecnologías favorecen la adherencia a los tratamientos y la satisfacción con los mismos.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

ATraPA: Tratamiento de la personalidad en la adolescencia

Carlos Delgado Lacosta

Psiquiatra Adjunto de la Unidad de Adolescentes del HGUGM (2007 hasta actualidad)

Ex coordinador del Hospital de Día-CET de Vallecas (2002 hasta 2007)

Excoordinador de Plan de acciones para tratamiento de TCA en área nº 9, Hospital Severo Ochoa de Leganés/ Instituto Psiquiátrico José Germain (1993- 2001)



Resumen de la presentación

Reflexionar, diseñar, promover y llevar a cabo tratamiento para adolescentes -y sus familias- con gran inestabilidad emocional (trastornos límite y otros) es el objetivo fundamental de ATraPA.

Diversas acciones se han llevado a cabo a lo largo del último año tanto desde el punto de vista asistencial como docente e investigador. Desde un punto de vista clínico se ha realizado una adaptación de la terapia diseñada por la Dra. M. Linehan (terapia cognitivo-dialéctica) para población adolescente, de habla española y dentro de un servicio público de salud.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cual sería?.

Alternativas terapéuticas para el tratamiento de pacientes con gran inestabilidad emocional e ideación suicida persistente.

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Psiquiatras, Psicólogos, psicoterapeutas, gestores de servicios públicos

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Trayectoria profesional

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Es un grave problema

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

El psiquiatra infantil ante el sistema judicial.

Rebeca Hidalgo Borrajo

FORMACIÓN:

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Promoción 1997-2003.

Especialista en Psiquiatría vía MIR. Servicio Navarro de Salud. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Promoción 2004-2008.

Estudios de postgrado:

MASTER PSIQUIATRIA LEGAL: Promoción 2007.

Magister de Psiquiatría legal. Universidad Complutense de Madrid. (Madrid). Director del master. Prf. Calcedo.

DOCTORADO: Programa de Neurociencias. Universidad de Navarra (Pamplona).

Premio XII “Amadeo Sanchez Blanqué” concedido por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB). 2006.

Premio XIII “Amadeo Sanchez Blanqué” concedido por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB). 2007.

ACTIVIDAD CLÍNICA- ASISTENCIAL y PERICIAL:

Facultativo especialista de área en Psiquiatría con desarrollo de actividad asistencial en la actualidad en Centro de Salud Mental Infanto - Juvenil “Natividad Zubieta”.

Actividad pericial, y supervisión y formación continuada en área de psiquiatría legal y forense, en ámbito civil, penal, laboral y de familia. Conocimientos específicos en ámbito de psiquiatría legal en población infanto-juvenil.

Resumen de la presentación

Los profesionales de la salud mental infanto-juvenil, podemos requerir una aproximación diferente y pasos adicionales, para enfrentarse a los problemas legales que surjan en la práctica clínica. Esto en vez de suponer un obstáculo, se nos presenta como un reto que distingue la relación terapéutica con el menor de la del adulto, que además de su condición de limitación de su capacidad legal, debe acomodarse, a diferencia de éste, a la participación de terceras partes, especialmente los padres o tutores.

Con el objetivo de afrontar este reto, se presenta este seminario/taller, en el que desde un punto de vista eminentemente didáctico y participativo podamos tener la oportunidad de tratar aspectos fundamentales de la práctica clínica como lo son la competencia en menores, incluyendo la capacidad del menor para decidir y las excepciones al consentimiento parental, confidencialidad y secreto médico en los adolescentes así como la revelación de información a terceros, y el internamiento psiquiátrico.

Se definirán conceptos jurídicos básicos del menor para entender las bases fundamentales de la relación del psiquiatra infantil en el procedimiento judicial incluyendo las particularidades del sistema judicial en menores, casos forenses específicos de la infancia-adolescencia y las diferencias entre la actividad clínica y la forense, ligada indisolublemente a las figuras del testigo y del perito.



¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

DETECTA-WEB: Programa de detección de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar a través de una Web

JOSE ANTONIO PIQUERAS RODRIGUEZ

Profesor en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad Miguel Hernández, donde imparte Evaluación Psicológica e Instrumentos Informatizados de Evaluación y Diagnóstico psicológico en el grado de Psicología y es profesor del Master en Terapia Psicológica con niños y adolescentes. Se ha formado en el ámbito de la psicología clínica y de la salud en diferentes universidades nacionales y extranjeras, tales como la Montclair State University y el Maryland Center for Anxiety Disorders (University of Maryland), ambas en Estados Unidos; la Vrije Universiteit Amsterdam y Universidad de Santiago de Chile. Es autor de unos 50 trabajos de investigación entre artículos científicos y capítulos de libro sobre tratamientos psicológicos e intervenciones clínicas centradas en niños y adolescentes y cuenta con más de sesenta trabajos presentados en congresos.

En la actualidad es el investigador principal de un proyecto BANCAJA-UMH denominado "Detección de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar a través de una Web en adolescentes (DETECTA-WEB-A)". Ha sido invitado para presentar un In-Conference Workshop denominado "Web-based mental health check-ups for children and adolescents" en el 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2013: Bringing Cultures Together for a Better Quality Life en Lima, Perú.

Resumen de la presentación

Antecedentes:

Una de las líneas estratégicas de los Estados miembro de la Unión Europea y del Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar de 2008 es mejorar la salud mental y el bienestar de los niños y adolescentes, subrayando la necesidad de crear servicios especializados en salud mental para niños y adolescentes en las escuelas. A pesar del

aumento de la investigación científica sobre la aplicación de Internet y las nuevas tecnologías a la psicología clínica y de contar con amplia evidencia empírica que avala la viabilidad de este tipo de procedimientos para mejorar la salud mental de los niños y adolescentes, muy pocos estudios han abordado el estudio de la utilidad de los programas de chequeos/revisiones y de detección temprana de los problemas de salud mental en niños y adolescentes a través de Internet.

Objetivo:

En esta presentación se pretende dar a conocer la fiabilidad, validez, viabilidad y utilidad de estudios previos de detección temprana a través de Internet en el contexto escolar para identificar los trastornos emocionales más frecuentes en niños y adolescentes españoles: ansiedad y depresión. También se mostrarán las principales características y propiedades del programa en el ámbito escolar denominado DETECTA-WEB. Por último, se informará de los primeros datos relativos a la validación del programa, actualmente en sus comienzos.

Método:

En este estudio participan unos 2000 escolares, de 8 a 18 años, pertenecientes a diferentes cursos de educación primaria, secundaria y bachillerato, de ambos géneros, reclutados en unos 5 institutos públicos y concertados de la provincia de Alicante. Se aplica la versión española para niños y adolescentes del Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders (WBSQ-CA; Donker et al., 2009) y otros instrumentos bien establecidos para evaluar estos trastornos a través de una web y en el contexto escolar. Posteriormente se realiza una entrevista estructurada basada en el DSM-IV a una muestra representativa de la muestra total con el fin de analizar la utilidad del programa de detección y se emiten informes individuales dirigidos a todos los niños/adolescentes y padres.

Resultados:

Los resultados alcanzados permitirán disponer de un programa de detección basado en un cuestionario web breve y rápido, por tanto eficiente en términos de tiempo y coste, para identificar los principales trastornos emocionales en la infancia y adolescencia, con las siguientes potencialidades: (i) clasificación y adscripción de los potenciales usuarios a los servicios de atención psicológica apropiados en función de los trastornos que padezcan; (ii)



toma de decisiones por parte de los padres para prevenir el desarrollo, agravamiento y cronificación de algunos de los trastornos mentales más comunes en estas edades y (iii) ser fácilmente extrapolable para su uso a otros contextos educativos y sanitarios.

Conclusión:

El desarrollo de un protocolo de detección de los trastornos más comunes en niños y adolescentes es el primer paso para desarrollar una nueva línea de investigación aplicada para intervención temprana en problemas de salud mental infantil a través de Internet en el contexto escolar y clínico español.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cual sería?.

Primeros resultados de un programa de detección de problemas psicológicos emocionales en el contexto escolar

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Psicólogos y psiquiatras que trabajan en el ámbito escolar y clínico.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Tengo amplia experiencia en la realización de programas de detección e intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad social y otros trastornos en el ámbito escolar.

Me interesan mucho las nuevas aplicaciones de las TIC's a la psicología clínica y psiquiatría.

En consecuencia, la combinación de ambos intereses y experiencias dió como resultado esta idea, que está en sus inicios.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Me parece muy acertado y coherente con mis intereses como investigador y clínico, con las nuevas opciones que ofrecen las TIC's y con las nuevas demandas de la sociedad actual. Las nuevas tecnologías no son el futuro, son el presente.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Me parece muy inapropiado. Debería ser una realidad.

La sensatez debe imponerse en estos asuntos.

También tengo que reconocer que también me parecería justo que se reconociera en un futuro la especialidad de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes. Me parece coherente y justo.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

PIENSA, psicoeducación en el tratamiento grupal en paralelo de adolescentes con un primer episodio psicótico y sus familias.

María Mayoral Aragón

Fecha de nacimiento: 21-11-77

Dirección actual: c/ Luís Sánchez Polack "Tip" N° 2 2ª B. 28037. MADRID

Teléfonos de contacto: 91) 4265005 / 656943275

e-mail: maria.mayoral@iisgm.es

FORMACIÓN ACADÉMICA:

Licenciada en Psicología (Especialidad Clínica y Salud). Universidad Complutense de Madrid. 1995-2000

Especialidad en Psicología Clínica (vía PIR). Hospital General Yagüe. Burgos. 2001-2004

Consejera Familiar y Experta en Intervenciones Sistémicas. Escuela de Formación en Terapia Familiar STIRPE. 2001-2003

Terapeuta Familiar. Escuela de Formación en Terapia Familiar STIRPE. 2008.

Doctora en Psicología. Tesis Doctoral: "Estudio longitudinal del rendimiento neuropsicológico en psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia". Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Enero 2010.

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Terapeuta de Red de TAVAD (Tratamientos Avanzados de



la Adicción, S.L.)

Febrero 2005 - Agosto 2005

Becaria de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón en la Unidad de Adolescentes del Hospital G. U. Gregorio Marañón. Julio 2005- Septiembre 2005

Becaria FPI (Formación de Personal Investigador) de la Comunidad de Madrid en la Unidad de Adolescentes del Hospital G. U. Gregorio Marañón. Octubre 2005- Diciembre 2007

Investigadora colaboradora del Centro de Investigación Biomédica en red de Salud Mental (CIBERSAM) desde diciembre 2007

Contrato "Post formación sanitaria especializada" del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón. Enero 2008- Actualidad

Coordinación del Área de Psicología del Equipo de Investigación de la Unidad de Adolescentes del Hospital G. U. Gregorio Marañón. Mayo 2008 - Julio 2010.

Psicóloga Clínica del Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil Del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Diciembre 2009 – Actualidad.

EXPERIENCIA DOCENTE:

Colaboración con el equipo docente del Curso de Doctorado "Psiquiatría del Niño y Adolescente". Programa de Doctorado de Psiquiatría, curso 2006-2007 y 2007-2008. Departamento de Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

30 horas de docencia clínica para la formación de Médicos Especialistas en Psiquiatría en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón.

Diseño, coordinación y tutoría del Plan de Formación en Neuropsicología de la Investigación, Unidad de Adolescentes, Dpto. Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Profesora y coordinadora del curso "Tratamiento psico-educativo grupal para adolescentes con psicosis de inicio temprano y sus familiares" (Código AG09-SM25). Agencia Laín Entralgo. Unidad de Adolescentes, Dpto. Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Enero – Junio 2009.

Tutora de Psicólogos Internos Residentes del Hospital Gregorio Marañón (Junio 2010- Actualidad)

Colaboración con el Departamento de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la UCM. (Noviembre 2010)

PUBLICACIONES:

ARTÍCULOS:

Mayoral, M., Bombín, I., Zabala, A., Robles, O., Moreno, D., Parellada, M., Ruiz-Sancho, A., Arango C. Neurological soft signs in adolescents with first episode psychosis: Two year followup. *Psychiatry Research*. 2008; 161 (3): 344-8.

Bombín, I., Arango, C., Mayoral, M., Castro-Fornieles, J., Gonzalez-Pinto A., Gonzalez-Gomez, C., Moreno, D., Parellada, M., Baeza, I., Graell, M., Otero, S., Saiz, PA., Patiño-García, A. DRD3, but not COMT or DRD2, genotype affects executive functions in healthy and first-episode psychosis adolescents. *Am J Med Genet Part B*. 2008; 147B: 873–879.

Mayoral, M., Zabala, A., Robles, O., Bombín, I., Andrés, P., Parellada, M., Moreno, D., Graell, M., Medina, O., Arango C. Neuropsychological functioning in adolescents with first episode psychosis: a two-year follow-up study. *European Psychiatry* 2008; 23 (5): 375-383.

Alvarez, M., Villero S., Portugal E., Montilla P., Mayoral, M., Fraguas D. Psychosis Induced by Decreased CD4+ T Cell and High Viral Load in HIV Infection: A Case Report. *Biological Psychiatry* 2008; 64 (9): e3-4.

Ruiz Sancho, A.M., Rodríguez González F., Moreno Iñiguez, M., Mayoral Aragón, M., Moreno Ruiz, C., Rapado de Castro, M., Ferreiro Rodríguez, C., Leiva Resino, M., Tapia Casellas, C., Álvarez Segura, M. Tratamiento psi-



coeducativo grupal en paralelo para padres y pacientes adolescentes con un primer episodio psicótico. Revista de Psicoterapia Analítica Grupal. Separata nº 5. 2009.

Joost Janssen, Angeles Diaz-Caneja, Santiago Reig, Igor Bombín, María Mayoral, Mara Parellada, Montserrat Graell, Dolores Moreno, Arantzazu Zabala, Veronica García Vazquez, Manuel Desco, Celso Arango. Brain morphology and neurological soft signs in adolescents with first-episode psychosis. The British Journal of Psychiatry (2009) 195: 227-233.

M. Moreno-Iñiguez, M. Parellada, D. Moreno-Pardillo, M. Mayoral, C. Moreno-Ruiz, J. Merchan-Naranjo, M. Giraldez, M. Leiva, M. Rapado, C. Delgado, C. Llorente, C. Tapia, A. Espliego, F. Rodríguez, C. Arango. UADO: A centre for the study of neuro-development within the cibernsam. The European Journal of Psychiatry vol. 23, supl., (9-16), 2009.

Arantzazu Zabala, Marta Rapado, Celso Arango, Olalla Robles, Elena de la Serna, Cristina González, José Manuel Rodríguez-Sánchez, Patricia Andrés, María Mayoral, Igor Bombín. Neuropsychological functioning in early-onset first-episode psychosis: comparison of diagnostic subgroups. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009 Sep 19. (en prensa).

Elena de la Serna, María Mayoral, Inmaculada Baeza, Celso Arango, Patricia Andrés, Igor Bombin, Cristina González, Marta Rapado, Olalla Robles, Jose Manuel Rodríguez-Sánchez, Arantzazu Zabala, Josefina Castro-Fornieles. Cognitive functioning in children and adolescents in their first episode of psychosis: differences between previous cannabis users and non-users. Journal of Nervous and Mental Disease. Aceptado para publicación.

María Mayoral, Jessica Merchán-Naranjo, Marta Rapado, Marta Leiva, Carmen Moreno, Marisa Giraldez, Celso Arango, Mara Parellada. Neurological soft signs in juvenile patients with asperger syndrome, early-onset psychosis, and healthy controls. Early Intervention in Psychiatry. 2010

CAPÍTULOS DE LIBROS:

Mayoral, M.; de la Gándara, J. La Terapéutica Psicológica Individual y de Pareja. En "Sexualidad humana. Una aproximación Holística". (pp375-382) C. Castelo-Branco, J. De la Gándara y A. Puigvert (eds). Madrid: Editorial médica Panamericana, 2005. ISBN: 84-7903-386-X

Parellada, M; Alvarez, M; Moreno, D; Burdalo, M; Laita, P; Mayoral, M; Zabala, A; Reig, S; Desco, M; Arango, C. Diferencias de género en psicosis de inicio temprano. En "Psiquiatría y Mujer". (pp97-108) J. Ezcurra, A. González-Pinto y M. Gutiérrez (eds). Madrid: Aula Médica Ediciones, 2006. ISBN: 84-7885-409-6

Mayoral, M.; Merchán-Naranjo, J.; Rapado, M.; Fráguas, D.; Giraldez, M.; Arango, C.; Parellada, M. Caracterización neuropsicológica en una muestra de pacientes con Síndrome de Asperger comparados con controles sanos. Resultados preliminares. En "Investigaciones sobre autismo en español: problemas y perspectivas". (pp181-188). Mercedes Belinchón Carmona (ed). Madrid: CPA-UAM, 2010. ISBN: 978-84-614-1786-5.

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN:

"Estudio longitudinal del estado oxidativo en dos trastornos del neurodesarrollo temprano: esquizofrenia y síndrome de Ásperger". Unidad de Adolescentes. Servicio de psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Subvencionado por la Fundación Alicia Koplowitz y el Ministerio de Sanidad (F.I.S. PI040457). Instituto Carlos III. Investigador Principal: Dra. Mª José Parellada.

"Estudio de la eficacia de un tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con psicosis de inicio temprano". Unidad de Adolescentes. Servicio de psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Subvencionado por el Ministerio de Sanidad (F.I.S. PI061025). Instituto Carlos III. Investigador Principal: Dra. Ana Ruiz Sancho.

"Implicación del gen de la catecol-O-metil transferasa (COMT) en cognición y como factor de riesgo para es-



quizofrenia en su interacción con alteraciones en el neurodesarrollo en forma de signos neurológicos menores”. Unidad de Adolescentes. Servicio de psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Subvencionado por Fundación Mutua Madrileña. Investigador Principal: Dr. Celso Arango.

“Eficacia comparativa de dos estrategias de intervención psicosocial (neurocognitiva versus psicoeducativa) como tratamiento coadyuvante al farmacológico versus tratamiento habitual en el trastorno bipolar”. Unidad de Adolescentes. Servicio de psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Subvencionado por Ministerio de Sanidad (F.I.S. PI08/90825). Instituto Carlos III. Investigador Principal: Dr. Celso Arango.

Resumen de la presentación

El programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente) nace como estudio piloto fundamentado en investigaciones previas 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.

La intervención psicoeducativa desarrollada en PIENSA tiene formato grupal y está dirigida a adolescentes con psicosis de inicio temprano y a sus padres.

Los objetivos de la intervención son:

- 1.1. Proporcionar información y apoyo a familiares y pacientes.
- 1.2. Mejorar las habilidades de afrontamiento, comunicación y expresión afectiva en familiares y pacientes.
- 1.3. Reducir el estrés/carga familiar y facilitar el manejo de la problemática que se deriva de estos cuadros

Con respecto a otros programas psicoeducativos ya existentes, PIENSA ofrece las siguientes aportaciones:

- Población diana: pacientes con diagnóstico de psicosis de inicio temprano y sus familiares. Bajo la denominación de psicosis de inicio temprano se incluyen un grupo heterogéneo de procesos que con el tiempo evolucionan a diagnósticos muy diversos con diferente pronóstico y evolución; no existen programas que específicamente aborden los dilemas diagnósticos y pronósticos con los que se enfrentan los clínicos y los familiares que han de afrontar el tratamiento y manejo de estos trastornos en este

momento evolutivo. Por ese motivo, nuestro programa psicoeducativo aborda de forma genérica el concepto de psicosis incorporando contenidos elementales de educación para la salud que sean compartidos por todos los grupos diagnósticos y puedan servir como guía básica de comportamiento en estos primeros momentos del trastorno en los que predomina la incertidumbre.

- Los pacientes a los que va dirigido se encuentran en la etapa evolutiva de la adolescencia. No existe ningún programa psicoeducativo específicamente diseñado para abordar los aspectos madurativos de la adolescencia simultáneamente a los dilemas diagnósticos de tratamiento y adaptación de los pacientes con psicosis de inicio temprano. Uno de los contenidos diferenciales de nuestro programa psicoeducativo es que hace referencia a la distinción entre síntomas propios de la enfermedad y manifestaciones evolutivas propias de la adolescencia, siendo ésta una aportación novedosa y de gran utilidad en el manejo de esta población, pues nuestra experiencia clínica nos demuestra que esta es una de las principales dificultades con las que se encuentran los familiares de adolescentes con psicosis. El diseño del programa, considera también las peculiaridades técnicas que el trabajo con pacientes adolescentes y sus familias requiere.
- Por último, para facilitar su aplicación a nuestro medio y su posible difusión a otros servicios de salud mental, el programa tiene una duración limitada a un curso escolar, las sesiones se realizan con frecuencia quincenal y solamente requiere la participación de dos clínicos. Los contenidos son fácilmente difundibles pues serán recogidos en un manual práctico y operativo, no siendo necesaria una formación altamente cualificada para ponerlo en práctica.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Tratamiento ambiental/integral de los menores en hogares de acogida

Paz Quijano Barroso

Licenciada en 1988 en Psicología (especialidad Psicolo-



gía Clínica) por la Universidad Complutense de Madrid Desde 1997. Psicóloga de los hogares de la FAK 1994-1997. Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT). Participación en un programa de entrevistas a víctimas de atentados terroristas y sus familiares. Coterapeuta en terapia de grupo con supervivientes de atentados terroristas. 1992-1997. APERT. Asociación de Psicología y Lenguaje. Intervención psicomotriz con niños con problemas de aprendizaje, de relación y con alteraciones y retraso en el desarrollo.

Resumen de la presentación

1. Breve presentación de los hogares de acogida de la Fundación AK
 - Aspectos físicos
 - Modelos de hogar en la FAK
 - Edades de los niños que están ahora en los hogares
 - Medidas de protección de los niños
2. Tipo de niños que llegan y como llegan
 - Información social, educativa, médica, familiar y de salud mental que traen los niños al llegar. Carencias de estos informes y su repercusión en el diagnóstico inicial y posterior intervención.
 - Estado mental de los niños al llegar y resumen de los resultados del cuestionario CANS sobre Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes aplicado a nuestros menores.
3. Sistema de intervención educativa en los hogares
4. Intervención psicológica
5. Necesidades y carencias del sistema de protección de menores

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Para aquellos psiquiatras y psicólogos que en su trabajo atiendan a niños provenientes del sistema de protección de menores.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

El desarrollo de la personalidad psicopática

Rafael Torrubia

Departamento de Psiquiatria y de Medicina Legal e Instituto de Neurociencias de la Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen de la presentación

La publicación del Antisocial Process Screening Device (Frick y Hare, 2001) para la evaluación de rasgos psicopáticos en niños y del Psychopathy Checklist: Youth Version (Forth, Kosson y Hare, 2003) para valorar dichas características en adolescentes, ha despertado el interés de muchos investigadores por el estudio de los precursores infanto-juveniles de la psicopatía adulta. Se presenta una revisión de trabajos recientes que sugieren que algunos rasgos y determinadas anormalidades neurobiológicas asociadas a la psicopatía, podrían tener su origen en los primeros años de vida. Se abordan aspectos relacionados con las causas últimas del trastorno y con los correlatos moleculares, neurológicos, cognitivos y conductuales del mismo. Se sugiere que el factor causal más importante se hallaría en determinados genes que producirían alteraciones estructurales y funcionales en la amígdala y en el córtex frontal orbito-ventromedial. Dichas características, a su vez, darían lugar a la aparición de factores de riesgo cognitivos, emocionales y conductuales como, por ejemplo, déficits en el condicionamiento del miedo o en el razonamiento moral, que disminuirían la eficacia de los procesos de socialización y aumentarían el riesgo de conductas agresivas. Algunas variables ambientales como las prácticas educativas parentales o determinados aspectos psicosociales, influirían en la manifestación conductual del trastorno, aunque no serían un factor causal de la disfunción cognitiva y emocional del mismo. Sin embargo, tampoco debería descartarse la posibilidad de que determinadas influencias ambientales en las primeras etapas de la vida, pudieran alterar la expresión de determinados genes y pusieran en marcha la secuencia de sucesos que va desde la genética hasta los rasgos psicopáticos. Se concluye que la psicopatía debería ser considerada, al menos parcialmente, como un trastorno del neurodesarrollo, dado que muchas de las anormalidades de la misma aparecen en los primeros años de vida, se mantienen relativamente estables a lo largo de la infancia y la adolescencia, evolucionan sin excesivas fluctuaciones,



son resistentes a los tratamientos convencionales y, en parte, parecen determinadas genéticamente,

Referencias

1. Forth, A. E., Kosson, D. S. y Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
2. Frick, P. J. y Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Processes Screening Device: Technical Manual*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

La psicopatía en niños y adolescentes: nuevas concepciones y medidas

Javier Moltó Brotons

*Catedrático de Psicología Básica
Laboratorio de Neurociencia Afectiva
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología
Universitat Jaume I de Castellón*

Resumen de la presentación

La psicopatía es un grave trastorno de personalidad caracterizado por una constelación de rasgos que incluyen características afectivas (p.e., ausencia de culpa y empatía) e interpersonales (p.e., grandiosidad, manipulación) distintivas junto con características conductuales de desviación persistente y antisocial (p.e., impulsividad, agresión). Sin embargo, aunque el campo de la psicopatía está experimentando cambios importantes, todavía persisten controversias encendidas respecto a la adecuada definición y alcance del constructo de psicopatía, su naturaleza y los métodos óptimos para su evaluación. En este contexto polémico se presenta el reciente Modelo Triárquico de la Psicopatía de Patrick, Fowles y Krueger (2009) que incluye tres fenotipos distintos, 'disinhibición' (desinhibición), 'boldness' (audacia) y 'meanness' (maldad) y que constituyen la clave para comprender la psicopatía en sus diversas manifestaciones. La mayor parte de la investigación se ha llevado a cabo en adultos. No obstante, desde la década pasada el interés y el conocimiento sobre la aplicabilidad teórica y empírica del concepto en niños y adolescentes ha

suscitado nuevas cuestiones: ¿existe la psicopatía en niños y adolescentes?, ¿tiene la misma estructura que en los adultos?, ¿podemos medirla fiablemente utilizando adaptaciones de instrumentos diseñados para adultos?, ¿es estable la psicopatía en niños y adolescentes?, ¿se producen cambios con el desarrollo?, ¿hay factores que protegen de su manifestación adulta?, ¿existen tratamientos eficaces en estas etapas? La investigación ha demostrado que, al igual que sucede con los adultos, la presencia de rasgos de crueldad y de insensibilidad afectiva ('callous-unemotional') permite identificar a un subgrupo de jóvenes delincuentes que muestran, desde la niñez, un patrón de conducta antisocial más violenta, severa y estable que otros niños antisociales. Asimismo este subgrupo presenta un perfil distintivo a nivel cognitivo, emocional y de personalidad, incluyendo insensibilidad a las señales de castigo, déficits en el procesamiento de estímulos de miedo o distress, búsqueda de la novedad y el riesgo. Finalmente, se examinará la utilidad de los constructos del modelo triárquico de la psicopatía y los hallazgos de la investigación desde una perspectiva de la psicopatología del desarrollo.

Referencias:

1. Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, 21(3), 913-938.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Sugestión e Hipnosis en la psicoterapia de niños y adolescentes

L. Miguel Moreno Íñiguez

*Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid
Especialista en Psiquiatría por la Universidad de Navarra
Especialista en Psiquiatría Infantil y Adolescente por la Universidad de Columbia (Nueva York, EEUU) gracias a una beca de formación de la Fundación Alicia Koplowitz.*



52

Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid con la tesis titulada: “El Uso de la Sugestión en la Modificación de Conductas Automáticas”.

PUBLICACIONES

Comunicaciones Orales:

2004 Moreno Iñiguez M. “Hipnosis o atención atípica, una alternativa al tratamiento farmacológico en Psiquiatría Infantil y Adolescente”. 41 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Almería. Junio de 2005.

2005 Moreno Iñiguez M. I Jornada Científica de la Fundación Alicia Koplowitz. Madrid. Centro de Esclerosis Múltiple Alicia Koplowitz de Madrid. Experiencia en la formación como psiquiatra infantil y adolescente en el extranjero. 21 de septiembre de 2007.

2007 Moreno Iñiguez M. Intervención Psicoeducativa Grupal en Adolescentes con Primeros Episodios Psicóticos. IV Jornadas de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Sociedad Vasco Navarra de Psiquiatría: Dificultades Diagnósticas y Retos Terapéuticos en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Pamplona, 18 de mayo de 2007.

2007 Moreno Iñiguez M. Tratamiento del Dolor en Niños y Adolescentes. Medicación y Psicoterapia. COMUNICACIÓN ORAL. XLII Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Bilbao (España), 31 de mayo al 2 de junio de 2007.

2007 Moreno Iñiguez M, Moreno Pardillo D, Vigil D, Ortuño F, González Pinto A, Parellada MJ, Castro J, Arango C. Complicaciones Obstétricas y Primeros Episodios Psicóticos. COMUNICACIÓN ORAL. XLII Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Bilbao (España), 31 de mayo al 2 de junio de 2007.

2008 Moreno Iñiguez M. y Arango López C. Tratamiento de Menores Consumidores de Drogas en una Unidad de Hospitalización. XXXV JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL, A Coruña 10 de abril de 2008, dentro de la mesa “Atención Específica a Menores con Problemas de Drogas”, moderada por D. Alfonso Tembrás López.

2008 Moreno Iñiguez, M. “Tratamiento Psicoeducativo Grupal en Paralelo para Padres y Adolescentes con un Primer Episodio Psicótico”, en el XI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente SEPYPNA: “Períodos de Transición en el Desarrollo e Intervenciones Psicoterapéuticas”. N° Expediente: P2008.0050. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Castilla-La Mancha del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud con 1,3 créditos. Almagro (Ciudad Real), 17 y 18 de Octubre de 2008.

2008 Moreno Iñiguez, M. Ponente en el taller de “Psicoeducación en familiares y adolescentes con psicosis de inicio temprano; diseño de un programa de intervención grupal”. Congreso Nacional de Psiquiatría. Valencia 3-8 noviembre de 2008.

2008 Moreno Iñiguez, M. Ponente en el XII Congreso Regional de Drogodependencias F.A.P.A.T., con la conferencia titulada “Menores y Drogodependencias. Tratamiento de Menores Consumidores de Drogas”. Albacete. 23 de noviembre de 2008.

2009 Moreno Iñiguez, M. Ponente en la conferencia titulada “Las Fases Tempranas de la Esquizofrenia” perteneciente a la Mesa III: Género, edad y esquizofrenia. XVII Curso de Actualización en Psiquiatría. “Esquizofrenia: sociogénesis, psicogénesis y condicionamiento biológico”. Vitoria (Álava), 5 y 6 de marzo.

2009 Moreno Iñiguez, M. Ponente en el III Symposium Nacional sobre Adicciones “Fiesta o Locura: de lo cultural a la Psicosis”. Tratamiento de Menores Consumidores de Drogas en una Unidad de Hospitalización Aguda de Psiquiatría”. Vitoria, Álava, 7 de mayo de 2009.

2009 Moreno Iñiguez, M. Ponente en la conferencia titulada: “Tratamiento Psicoeducativo Grupal en Paralelo para Padres y Adolescentes con un Primer Episodio Psicótico”. 44 Reunión de la Asociación Española del Niño y del Adolescente, Pamplona (Navarra), 5 de junio de 2009.

2010 Moreno Iñiguez, M. Ponente del taller: “Programa de Intervención Grupal de Orientación Psicoeducativa en Familiares y Adolescentes con Psicosis de Inicio Temprano”. XIV Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelo-



na, del 19 al 22 de octubre de 2010.

2010 Moreno Iñiguez, M. *Comunicación oral: "Programa de Intervención Grupal de Orientación Psicoeducativa en Familiares y Adolescentes con Psicosis de Inicio Temprano"*. XVIII Jornada de Asociación madrileña de Salud Mental: "Eficacia y Limitaciones de las Intervenciones en Psicosis". Madrid, 28 y 29 de octubre. Hospital Universitario La Princesa.

Revisiones y capítulos de libros:

2002 Cano Prous A, Moreno Iñiguez M, López García P. "Demasiado tarde". Publicado en el "IV Manual de casos Clínicos de Residentes de Psiquiatría" editado por GlaxoSmithKline", pág. 354-356. Madrid, 2002.

2002 Moreno Iñiguez M, Cano Prous A, López García P. "Descontrol dopaminérgico". Publicado en el "IV Manual de casos Clínicos de Residentes de Psiquiatría" editado por GlaxoSmithKline", pág. 157-160. Madrid, 2002.

2003 Soutullo Esperón CA, Barroilhet S, Landecho Acha I, Rapado Castro M., Ortuño Sánchez- Pedreño F, Pla Vidal J., Moreno Iñiguez M. "Trastorno Bipolar en niños y adolescentes". Pichot, P, Ezcurra J, González Pinto A, Gutiérrez Fraile M. Eds. *Research and Clinical Practice in Psychiatry*. Ediciones Aula Médica. Madrid, 2004.

2003 Moreno Iñiguez M, Millán Salgado M, Soutullo Esperón CA
"Levántate y anda: paraparesia en un adolescente tratado con paroxetina, fisioterapia y psicoterapia". Aceptado para publicación en el "V Manual de Casos Clínicos de Residentes de Psiquiatría" editado por GlaxoSmithKline. Madrid, 2003.

2010 Moreno Iñiguez M. Co-autor del capítulo de "Trastorno Bipolar en Niños y Adolescentes", de la serie titulada "Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Salud Mental", publicación periódica coordinada por la Subdirección General de Compras de Farmacia Y productos Sanitarios. (ISSN: 1697-6274 Depósito Legal: M-13724-2004).

2010 Moreno Iñiguez, M. "El Uso de la Sugestión en la Modificación de Conductas Automáticas". Publicado por

la Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.

Artículos en revistas especializadas:

2005 Moreno Iñiguez M, Ortuño F, Bonelli R, Arbizu J, Millán M, Soutullo C, Cervera-Enguix S. *Estudio del Flujo Sanguíneo Cerebral Regional (FJCR) mediante SPECT, en reposo y activación con el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST), en pacientes con esquizofrenia sin tratamiento o tratados con neurolepticos atípicos*. *Actas Esp Psiquiatr*, 2005;33(6):343-351.

2005 Moreno Iñiguez M, Raz A. *Terapia de Atención Atípica: Una Alternativa al Tratamiento Farmacológico de Expectación*. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 2005; 22 (3): 64-73.

2006 Ortuño F, Moreno Iñiguez M, Millán M, Soutullo CA, Bonelli RM. *Cortical Blood Flow during Rest and Wisconsin Card Sorting Test Performance in Schizophrenia*. *Wien Med Wochenschr*. 2006;156(7-8):179-84.

2006 Raz A, Moreno Iñiguez M, Martín L, Shu H. *Suggestion Overrides the Stroop Effect in Highly Hypnotizable Individuals*. *Consciousness and Cognition, Conscious Cogn*. 2007; 16(2):331-8. Epub 2006 Jun 9

2007 Moreno Iñiguez M, Ortuño F, Bonelli RM, Millán M, Soutullo Esperón CA, Cervera Enguix S. *El Error Perseverativo en la Esquizofrenia: Correlación con el Flujo Sanguíneo Cortical mediante SPECT*. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(1):20-28.

2008 Moreno D, Moreno-Iñiguez M, Vigil D, Castro-Fornieles J, Ortuño F, González-Pinto A, Parellada M, Baeza I, Otero S, Graell M, Aldama A, Arango C. *Obstetric Complications as a Risk Factor for First Psychotic Episodes in Childhood and Adolescence*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18 (3):180-4. Epub 2009 Jan 28.

2009 Ruiz Sancho A, Rodríguez González F, Moreno Iñiguez M, Mayoral Aragón M, Moreno Ruiz C, Rapado Castro M, Ferreiro Rodríguez C, Leiva Resino M, Tapia Casellas C, Álvarez Segura, M. *Tratamiento Psicoeducativo Grupal en Paralelo para Padres y Pacientes Adolescentes con un Primer Episodio Psicótico*. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*. 2009 n° 5 (separata).

2009 Moreno-Iñiguez M, Parellada M, Moreno-Pardillo



D, Mayoral M, Moreno-Ruiz C, Merchan J, Giraldez M, Leiva M, Rapado M, Delgado C, Llorente C, Tapia C, Espliego A, Rodríguez F, Arango C. *UADO: a centre for the study of neuro-development within the CIBERSAM. European Journal of Psychiatry.* 2009; 23(supl.): 9-16.
 2010 Otero S, Moreno-Iñiguez M, Payá B, Castro-Fornieles J, Gonzalez-Pinto A, Baeza I, Mayoral M, Graell M, Arango-López C. *Twelve-month Follow-up of Family Communication and Psychopathology in Children and Adolescents With a First Psychotic Episode (CAFEPS STUDY). Psychiatry Research.* 2009. DOI: 10.1016/J.PSYCHRES.2009.12.007 Online publication complete: 23-MAY-2010.
 2010 Martínez Díaz-Caneja C, González-Molinier M, Conejo Galindo J, Moreno-Iñiguez M. *Severe Bowel Ischemia Due to Clozapine With Complete Remission After Withdrawal. Journal of Clinical Psychopharmacology. Letters to the editor.* 2010; 30(4).

Pósters:

2000 Schlatter Navarro J, Cervera Enguix S, Moreno Iñiguez M. "Disfunción linfocitaria en pacientes con depresión". V Congreso Nacional de Psiquiatría. Zaragoza, Octubre de 2000.
 2001 Cervera Enguix S, Schlatter Navarro J, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Aubá Guedea E, Moreno Iñiguez M. "Disfunción del sistema fagocítico en la depresión". VI Congreso Nacional y Mundial de Psiquiatría. Madrid. Noviembre de 2001.
 2002 Moyá Querejeta J, Moreno Iñiguez M, Barroilhet Díez S, Zapata García R, "Influencia del Trastorno Anancástico de Personalidad en la gravedad de los Trastornos de Ansiedad". IV Congreso de la Sociedad Española para el estudio de los trastornos de personalidad. Bilbao. Junio de 2002.
 2002 Ortuño Sánchez-Pedreño F, Moreno Iñiguez M, Sol Schaffler E, Soutullo Esperón CA, Cervera Enguix S. "Cortical Blood Flow and Perseverative Errors: SPECT study in Schizophrenia" APA Annual Meeting, póster en investigación original, número 359. Filadelfia, PA, EEUU. Mayo de 2002.

2002 Moreno Iñiguez M, Ortuño Sánchez-Pedreño F, Sol Schaffler E, Soutullo Esperón CA, Millán Salgado M, Cervera Enguix S. "¿Existe un patrón de redistribución del flujo sanguíneo cortical asociado al error perseverativo en la Esquizofrenia?". Ganador del Premio al Mejor Póster de Esquizofrenia en la II edición de los premios SNC del VI Congreso Nacional de Psiquiatría. Barcelona. Noviembre de 2002.

2003 Fernández A, Moreno Iñiguez M, Aubá Guedea E. "Consumo de tóxicos en la tercera edad". VII Congreso Nacional de Psiquiatría. Palma de Mallorca. Octubre de 2003.

2004 Moreno Iñiguez M, Chiclana Actis C, Seva Fernández A, Pereda Sotos T, Sánchez Villegas A, Lahortiga Ramos F. "Evaluación de Sujetos con Sospecha Clínica de Trastorno de Personalidad: Historia Clínica, Cuestionarios Auto-aplicados y Entrevistas Semi-estructuradas." VI Congreso Europeo de Trastornos de la Personalidad y V Congreso Nacional de la Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de la Personalidad. Zaragoza. Junio de 2004.

2004 Schlatter J, Escamilla I, Moreno Iñiguez M, Galofré JC, Lahortiga F, Salvador J, Cervera S. "Estudio Neuropsicológico en Pacientes Deprimidos de Corta y Larga Evolución". VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao. Noviembre de 2004.

2005 Raz A, Moreno Iñiguez M "Eficacia de los Antidepresivos en la Depresión de Niños y Adolescentes". 41 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Almería. Junio de 2005.

2005 Moreno Iñiguez M, Raz A, Zhu H., Peterson BS. "Conflict Control and Pediatric Tourette Syndrome". 52 Congreso anual de la Asociación Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente (AACAP), Toronto (Canada), Octubre de 2005.

2005 Moreno Iñiguez M, Raz A, Zhu H., Peterson BS. "Control Ejecutivo en el Tourette: Comparación entre Poblaciones Adulta y Pediátrica". IX Congreso Nacional de Psiquiatría. Pamplona (Navarra). Octubre de 2005.



2005 Moreno Íñiguez M, Raz A, Martín L, Shu H. "Sugestibilidad: Un Rasgo que Influye en la Respuesta Terapéutica". IX Congreso Nacional de Psiquiatría. Pamplona (Navarra). Octubre de 2005.

2005 Moreno Íñiguez M, Raz A, Martín L, Shu H. "La Sugestión en la Desautomatización de Conductas Aprendidas". IX Congreso Nacional de Psiquiatría. Pamplona (Navarra). Octubre de 2005.

2006 Carballo JJ, Bird H, Giner L, Moreno Íñiguez M, García-Parajua P, Iglesias J, Sher L, Shaffer D. "Consumo de alcohol, ideación autolítica y rasgos de personalidad en adolescentes y adultos jóvenes evaluados en Atención Primaria". 42 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla. Junio de 2006.

2006 Carballo JJ, Moreno Íñiguez M, Moreno-Ruiz C, Corcoran C. "Fase pre-psicótica de la esquizofrenia: programas de intervención temprana". 42 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla. Junio de 2006.

2007 Moreno Íñiguez M, Moreno Pardillo D, Vigil D, Ortuño F, González Pinto A, Parellada MJ, Castro J, Arango C. *Obstetric Complications as a Risk Factor for First Psychotic Episodes in Adolescence*. International Congress on Schizophrenia Research 2007, Colorado, EEUU, 22 de marzo de 2007.

2007 M. Mayoral Aragón, M Rapado Castro, M. Moreno Íñiguez, C. Moreno Ruiz, D. Moreno Pardillo, C. Ferreira, R. Lozano, A. Díaz-Caneja Greciano, D. Fraguas Herráez, E. Rappaport Martín, A. Ruiz Sancho. *Tratamiento Psicoeducativo para Familiares y Pacientes con Psicosis de Inicio Temprano: Diseño de un Programa de Intervención Grupal*. Congreso Nacional de Psiquiatría Octubre 2007, Santiago de Compostela (Coruña). Certificado de póster nº P O-645, nº aceptación: 1320, presentado el día 28/09/2007 a las 9:15.

2008 M. Moreno Íñiguez, F. Rodríguez González, J. Saroyan y A. Raz. *Psychological Treatment of Pain: Atypical Attention*. XXVII European Conference on Psychosomatic Research (ECPR). XI Annual Scientific Meeting European Association for Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP), XLII Congreso So-

ciudad Española de Medicina Psicosomática (SEMP). "Avances en Psiquiatría de Enlace y Psicosomática en Europa". Zaragoza, 25-28 de junio de 2008.

2009 Conejo Galindo J, Sainz Cortón E, Moreno Íñiguez M. *El Espectro Depresivo en el Paciente Oncológico*. XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Barcelona, del 11 al 13 de junio de 2009.

2009 González Molinier M, Martínez Díaz Caneja C, Moreno Íñiguez M, Conejo Galindo J, González Iglesias M, Gutiérrez Vozmediano A. *Isquemia Intestinal en pacientes en Tratamiento con Clozapina en Remisión tras Retirada del Fármaco*. XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Barcelona, del 11 al 13 de junio de 2009.

2009 Martínez Díaz Caneja C, González Molinier M, Conejo Galindo J, Moreno Íñiguez M, González Iglesias M, Gutiérrez Vozmediano A. *Análisis de las Solicitudes de Valoración Psiquiátrica por Clínica Depresiva en un Hospital General*. XLIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Barcelona, del 11 al 13 de junio de 2009.

2009 González Molinier M, Martínez Díaz Caneja C, Conejo Galindo J, Moreno Íñiguez M, Gutiérrez Vozmediano A, González Iglesias M, Sainz Cortón E. *Análisis de las Solicitudes de Valoración Psiquiátrica por Clínica Depresiva en un Hospital General*. XIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Madrid, 19-24 octubre 2009.

2009 Tapia Casellas C, Mayoral Aragón M, Álvarez Segura M, Leiva Resino M, Rapado Castro M, Moreno Íñiguez M, Ruiz Sancho A, Arango López C. *Tratamiento Psicoeducativo Grupal para Padres y Adolescentes con un Primer Episodio Psicótico*. XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Alicante 11-13 de noviembre de 2009.

2010 Calvo Calvo A, Moreno Íñiguez M, Rapado M, Mayoral M, Ruiz A, Tapia C, Leiva M, Moreno C, Arango C. *Estudio Piloto sobre la eficacia de tratamiento grupal en adolescentes con un primer episodio psicótico de inicio temprano*. XI Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente: "Trastornos mentales en tierra de nadie: primera infancia y adolescencia". Santiago de Compostela, 20, 21 y 22 de mayo de 2010.

2010 N. Esteve, N. Román, E. Mérida, M. Caamaño, M. Moreno Íñiguez, J. Conejo. *Intento Autolítico Mediante una Infusión Elaborada con Hojas de Adelfa (Nerum*



Oleander). XIV

Resumen de la presentación

La sugestión es la base del efecto placebo y un elemento fundamental en terapias que conlleven una relación interpersonal. La hipnosis, conocida y estudiada por médicos y neurocientíficos desde hace siglos, constituye una herramienta terapéutica que basa sus efectos en el empleo de la sugestión para la superación o disminución de los síntomas, en el contexto de la psicoterapia.

Para que el uso de la hipnosis en la terapia sea efectivo, ésta debe ser llevada a cabo por terapeutas bien preparados, que conozcan en profundidad las capacidades del sujeto con el que van a trabajar, ya que, éstas constituyen el fundamento de la terapia y, por lo tanto, un factor determinante en la eficacia de ésta. También es importante la actitud del paciente, lo que en gran medida va a depender de su motivación y de lo que espere de la terapia (expectativas), así como de la visión que tenga de su terapeuta y de la forma en que éste le transmita que puede ayudarle (sugestión) y transmitirle unos objetivos realistas. La “sugestionabilidad” (habilidad para responder a sugerencias), es un rasgo que no está presente al mismo nivel en todas las personas y que puede cambiar a lo largo de la vida. Para medir esta habilidad, contamos con medios como la Escala de Susceptibilidad a la Hipnosis de Stanford, versión A (SHSS-A), que incluso se encuentra adaptada para su uso en niños (CHSS)(Cooper and London 1978). Los estudios sobre susceptibilidad a la hipnosis en distintos grupos de edad, apuntan que existe un pico de “sugestionabilidad” en la pubertad, y más concretamente en torno a los 12 años de edad. Los estudios realizados en este campo sugieren que aproximadamente un 15 % de la población adulta podría ser altamente sugestionable y casi un 80 % de los niños de en torno a 12 años de edad.

Por lo todo ello, la hipnosis podría constituir una herramienta terapéutica muy adecuada para tratar algunos de los trastornos típicos de este grupo de edad. Obviamente, la hipnosis no es en sí misma una terapia, sino un medio que facilita estrategias terapéuticas que permiten aceptar y entender mejor el conflicto generador de los síntomas, y en esta población, tanto la explicación de los síntomas como la resolución de los mismos, debe adecuarse al nivel de comunicación del sujeto.

Objetivos:

•Describir la Terapia de Atención Atípica (TATA) como

una modalidad manualizada de la hipnosis aplicada a la psicopatología propia de la infancia y la adolescencia.

•Presentar su utilidad práctica en dos casos clínicos, uno de enuresis y otro de ansiedad por separación.

Desarrollo:

Con el fin de expandir su uso en población infanto-juvenil, presentamos esquemáticamente una posible estructura terapéutica sobre la que dirigir la psicoterapia de trastornos típicos de este grupo de edad, basándonos en dos ejemplos: enuresis y ansiedad por separación. La hemos denominado TATA, Terapia de Atención Atípica, por ser ésta una denominación descriptiva de su sustrato funcional diana y que puede evitar los prejuicios de determinados pacientes y familiares, para los que el término hipnosis tiene connotaciones fuera del contexto clínico.

La TATA consta de 3 componentes y 6 fases:

1. Motivación: el paciente debe ser consciente de los prejuicios que el síntoma le está produciendo y motivarse para un cambio basado en una mejor aceptación del síntoma. El papel fundamental lo juega el entorno del paciente (familia, pareja y amigos). En los casos que manejamos, el propio niño con enuresis suele ser el primero que da el paso en la petición de ayuda, al igual que en la ansiedad por separación. La familia le transmitiría que le van a ayudar a través de un profesional capacitado y con experiencia. Es importante que la familia haga hincapié en la calidad del profesional y en resultados previos que le avalan.
2. Expectativas: El terapeuta es presentado como alguien experimentado que ayudará al paciente a optimizar sus capacidades. La actitud del terapeuta hacia el paciente debe ser cercana, humilde y confiada, pero a la vez debe transmitirle la seguridad de que su problema es frecuente y tiene solución. Mensajes como “Hay muchos niños a los que les ocurre eso pero con este entrenamiento acaban poniéndose bien”, son muy positivos en la consecución de este objetivo.
3. Sugestión: Componente fundamental de la terapia pues induce activamente el cambio. Se trata de que el paciente asuma que ese síntoma que le ha hecho sufrir va irremediamente a desaparecer. Se envía-



rán mensajes en este sentido durante toda la terapia, pero en especial y de forma muy estructurada, bajo hipnosis. Se acompañará de un entrenamiento conductual que facilite sensaciones que le convenzan de lo infalible del proceso, a través de sugerencias post-hipnóticas.

Las FASES son:

- a. Primer contacto: formación de una adecuada alianza terapéutica, en el que se trata de transmitir al paciente la confianza suficiente en el tratamiento, manejando los tres componentes antes definidos. Primera sesión.
- b. Historia clínica extensa, profundizando en aspectos temperamentales, como en cualquier psicoterapia. Dos sesiones.
- c. Entrenamiento en inducción: explicación y creación de un protocolo: desactivación, relajación, focalización y visualización. El objetivo fundamental de esta fase es un entrenamiento en inducción hipnótica. Tres sesiones.
- d. Estado de atención atípica: desarrollo de la sugestión bajo hipnosis y tras hipnosis. La sugestión debe ser estudiada y adecuada a los intereses y características del propio paciente, teniendo en cuenta el cuadro a tratar. En el caso de un niño con enuresis, el objetivo es el entendimiento del funcionamiento de su cuerpo, su familiarización con sensaciones propias y en concreto con aquellas que le permiten identificar la urgencia miccional. Por ejemplo se le podría indicar un trabajo para casa en el que ante los primeros signos, haga el esfuerzo de mantenimiento del esfínter cerrado, ir al baño y antes de empezar a orinar, mantener ese esfuerzo siendo muy consciente de las sensaciones que experimenta mientras cuenta hasta 20. En ese momento, abrir el esfínter siendo igualmente consciente de las sensaciones experimentadas (al ser agradables, también suponen un refuerzo positivo). En el caso de una ansiedad por separación, durante hipnosis exploramos situaciones en las que el paciente, independientemente de sus padres, haya logrado sensaciones de seguridad, capacidad y suficiencia. Por ejemplo, un chico que recuerda que, durante un partido de baloncesto consiguió un triple y se sintió tremendamente bien. Haríamos hincapié en su suficiencia, en cómo él solo ha conseguido objetivos importantes y cómo eso depende del poder de su mente. Con él podríamos fomentar un entrenamiento en autohipnosis, mediante el que cada día fuera capaz de reconocer esas sensaciones que le permi-

- ten sentirse seguro de sí mismo. Tres o cuatro sesiones.
- e. Reforzamiento consciente: análisis de la experiencia posterior a una familiarización con ella y evaluación de la consecución de los objetivos marcados al inicio. Una sesión.
- f. Promoción de la autonomía del paciente: se le hace ver que todo lo ha conseguido él mismo, y que aunque el terapeuta le ha guiado, ahora ya está preparado para conseguirlo con sus propios medios. Una sesión.

Conclusiones:

La TATA, como modalidad manualizada de la hipnosis, puede constituir una herramienta terapéutica especialmente aplicable en niños y adolescentes, por presentar éstos una mayor “sugestionabilidad” que los adultos, existiendo un pico máximo a la edad de 12-13 años. Se trata de una opción terapéutica que produce cambios a través de la utilización de los propios recursos del paciente y limitada en el tiempo (10-12 sesiones en los ejemplos mencionados).

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?.

El uso de la sugestión en la psicoterapia de niños y adolescentes

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Clínicos en Salud Mental con interés en la psicoterapia y capacidad para llevarla a cabo.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

En la práctica clínica.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Sí, en especial cuando hablamos del tratamiento de niños y adolescentes.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Impresentable.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No



UMERP (Unidad de Menores en Riesgo Psíquico): prevención en salud mental desde una perspectiva dinámica

L. Miguel Moreno Íñiguez

Resumen de la presentación

Presentación UMERP AEPNYA 2011

La Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) pertenece a la sección de psiquiatría infantil y del adolescente del Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”, en concierto con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). Presta atención a adolescentes con medidas de protección que presenten algún trastorno mental, interviniendo tanto ambulatoriamente como en la propia residencia de forma excepcional, si fuera necesario.

Las funciones básicas del programa son:

1º- VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE MENORES PROTEGIDOS

La evaluación y el tratamiento de menores, con medidas de protección, que por su situación particular necesiten un seguimiento más continuado del que se pueda realizar desde los Servicios de Salud Mental comunitarios en los casos abajo descritos:

- Menores no hayan estado en tratamiento en un CSM (Centro de Salud Mental) y precisen una valoración preferente según criterio del IMMF.
- Si han estado en tratamiento en un CSM antes de la instauración de la medida de protección, se procuraría que fuesen reevaluados por el terapeuta que los estaba llevando antes de la instauración de la medida de protección. Si esto no pudiera hacerse por razones de tiempo o imposibilidad del acompañamiento del menor al CSM, el equipo de la UMERP realizaría la evaluación. En estos casos se realizará una evaluación puntual del caso, orientando hacia la necesidad de tratamiento y seguimiento.
- Menores protegidos residentes en un recurso de acogimiento que requieran una atención preferente en salud mental.
- Menores de recursos específicos de acogimiento residencial dependientes del IMMF que, por la

complejidad del caso requieran una atención más específica, a criterio del Equipo de Salud Mental del Distrito de referencia y el Psiquiatra del Centro específico y siempre por indicación del CSM.

- Evaluación y seguimiento de menores que, por circunstancias personales o de su entorno, estén en franco riesgo de llegar a presentar patología psiquiátrica más grave.

** Existe el compromiso de atender los casos preferentes derivados a la UMERP en 24-48 horas. La frecuencia de la intervención será la necesaria según los casos.

2º- APOYO A LOS EQUIPOS EDUCATIVOS Y TÉCNICOS DE LOS RECURSOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Orientación a los profesionales del IMMF que trabajen con estos menores. Este apoyo se plantea mediante:

- Asesoramiento a profesionales y/o equipos en el manejo de situaciones concretas.
- Intervenciones periódicas programadas con el equipo educativo para el manejo y la elaboración de la situación de crisis
- Actividades regulares de formación dirigidas a los equipos.

**Sobre los casos evaluados y tratados por la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico, se informa al Equipo de Salud Mental del Distrito que les corresponda.

Desarrollo: Para llevar a cabo esta labor, se buscan intervenciones psicoterapéuticas fundamentalmente psicoeducativas y conductuales (para el afrontamiento de las crisis), junto a otras a más largo plazo, basadas en las teorías del vínculo y la mentalización. Así desde la perspectiva de los estudios sobre el trauma, se intenta ayudar a los pacientes a reforzar las relaciones de confianza hacia otras personas, en un espacio de seguridad que enmarca a la propia psicoterapia. El trauma puede llegar a proporcionar un terreno favorable a la introspección, que fomente en el paciente un funcionamiento reflexivo y una comprensión adecuada de su necesidad de autocuidado. Desde ahí, el paciente puede percibir la sensación de mejorar globalmente como persona. De esta forma, el camino iría desde un acontecimiento de valencia negativa (trauma) hacia otro de valencia positiva, el crecimiento personal, generando en él la confianza y motivación suficientes para construir su propia biografía y tratar de parecerse a lo que quiere ser.

En esta presentación mostramos algunas de las estrate-



gias empleadas en la psicoterapia con este grupo especial de pacientes, a través de algunas experiencias clínicas.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cuál sería?.

Profundizar en el desarrollo de las psicoterapias

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Clínicos de salud mental con interés y capacitación para la realización de psicoterapia en su práctica profesional.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

A través de la práctica clínica.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Sí, ese es el camino hacia la mejora de nuestra especialidad.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Impresentable.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

“Visión desde la Asociaciones de Psiquiatras Infanto-Juveniles de la especialidad y propuestas concretas sobre las que trabajar”

M^a Dolores Domínguez Santos

Profesora Titular de Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Compostela y Médico Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)

Desarrolla su actividad profesional como psiquiatra desde los años 80 en el ámbito de la Psiquiatría Infantil.

Su labor investigadora la desarrolla en el área de la epidemiología psiquiátrica de la infancia y la adolescencia, en la vertiente clínica y de campo.

En el ámbito de la gestión asistencial y por lo tanto en lo

que se refiere a su experiencia en relación con la presentación ha formado parte de varias comisiones redactoras para el desarrollo de la reforma psiquiátrica en Galicia, sobre todo en lo referido a la implantación y posteriores mejoras del desarrollo de dispositivos dedicados a la Salud mental en la Infancia y la Adolescencia.

Resumen de la presentación

La aportación que se me requiere tiene dos partes la primera

dar la visión desde las asociaciones de Psiquiatras Infanto-Juveniles, incidiendo en todo aquello que puede hacer una asociación para el proceso de definición y/o formación que un buen psiquiatra del niño y adolescente debe alcanzar, independiente de que a día de hoy exista la titulación.

La segunda parte informaría de la trayectoria desarrollada desde Septiembre de 2009 hasta el momento actual por la Comisión Promotora de la especialidad nombrada en su día por el Ministerio de Sanidad que posibilidades tenemos como Asociación e seguir aportando sugerencias para el desarrollo de la misma.

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Psiquiatras dedicados a la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

Licenciados en Medicina interesados en la realización de la especialidad de Psiquiatría.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Trabajo desde hace 30 años en salud mental de la infancia y la adolescencia, y hace mucho tiempo que descubrí la necesidad de la creación de esta especialidad por su especificidad aún dentro del saber psiquiátrico. La importante prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia, la especificidad de sus manifestaciones clínicas, muy diferentes de las de los adultos, la necesidad de recursos propios y diferenciados de los que corresponden a los adultos enfermos psiquiátricamente me llevaron a defender y trabajar a favor de la definición de una especialidad reconocida en prácticamente todo el mundo.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

Si. En el caso de la infancia nuestro trabajo tiene una parte de prevención, en la medida en que se contribuye a crecer en mejores condiciones de salud psíquica a sujetos que evolucionan y que serán adultos en unos años.



¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Muy mala opinión. Países supuestamente menos desarrollados que el nuestro han reconocido esta especialidad sin dificultades, mientras en España se crean especialidades que no existen en otros países, respondiendo a intereses grupales se antiene un notable retraso en el reconocimiento de esta especialidad.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No

Prevención y tratamiento de la psicopatía infanto-juvenil.

Angeles Luengo

Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos y especialista en Psicología Clínica en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago.

Premio extraordinario de doctorado en 1982 con la tesis “Valores, personalidad y delincuencia juvenil”. Desde entonces ha sido Investigadora Principal de numerosos proyectos de investigación sobre consumo de drogas y conducta antisocial financiados por la Dirección General de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, el Plan Nacional sobre Drogas y el Gobierno Autónomo de Galicia

Directora de UDIPRE “Unidad de investigación en prevención y tratamiento de problemas de conducta” grupo de investigación 2127-006 del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Santiago en el que se desarrollan las siguientes líneas de trabajo:

- Delincuencia y consumo de drogas en la adolescencia
- Diseño, implantación y evaluación de programas de prevención y tratamiento del consumo de drogas y la conducta antisocial.
- Factores de riesgo y protección de los problemas de conducta.
- Evaluación de problemas de conducta: consumo de drogas y delincuencia.

Coordinadora del desarrollo, implantación y evaluación del programa “Construyendo Salud” en un amplio número de Centros Educativos distribuidos en diferentes Comunidades Autónomas pertenecientes a territorio MEC, en virtud de los convenios firmados entre el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y la Universidad de Santiago durante los cursos 1997-98, 98-99, 99-2000 y 2001-2002 en el marco del protocolo de colaboración suscrito por los Ministerios de Educación, Cultura y Deportes, Ministerio del Interior (Plan Nacional sobre Drogas) y Ministerio de Sanidad para el desarrollo de proyectos experimentales de prevención y promoción de la salud. (certificado adjunto).

Coordinación y dirección del trabajo de los psicólogos contratados en Centros de Menores propios de la Comunidad Autónoma Gallega, en virtud de los convenios firmados entre la Consellería y la Universidad de Santiago durante los años 2000, 2001 y 2002 para el desarrollo de proyectos de prevención educativa de trastornos comportamentales y el asesoramiento psicológico de los menores internados en los centros.

Directora de la Unidad de Prevención y tratamiento de los problemas emocionales y conductuales en la infancia y la adolescencia del Servicio de Psicología de Universidad de Santiago de Compostela.

En los últimos años, hemos comenzado a trabajar en prevención indicada, con poblaciones en riesgo en este ámbito estamos desarrollando en el momento actual tres principales líneas de investigación:

Una primera línea, dedicada a la identificación de niños con problemas de conducta de inicio temprano y al estudio de indicadores que permiten predecir el riesgo de conducta antisocial persistente en la adolescencia. Este trabajo ha sido financiado por dos proyectos concedidos por la DGI-CYT y ha dado como resultado el programa “EmPeCemos: Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable”, un programa preventivo de los problemas de conducta de inicio en la infancia que se desenvuelve en distintos contextos de actuación; individual, escolar y familiar.

Otra línea de investigación se ha centrado en la identificación y análisis de factores de riesgo implicados en el desarrollo de problemas conductuales de jóvenes inmigrantes.



Una tercera línea, en colaboración con la asociación “Camiña Social”, es la evaluación y el desarrollo de programas de intervención con adolescentes sometidos a medidas judiciales. Para ello, estamos elaborando un protocolo de evaluación del riesgo de violencia para jóvenes sometidos a medidas judiciales. Con este proyecto se pretende generar un protocolo de recogida sistemática de información, que permita identificar a los adolescentes con mayor riesgo y que pueda ser utilizado para planificar las intervenciones en el momento en que ellos entran en el proceso judicial y para valorar periódicamente la eficacia de las medidas y los programas de tratamiento que se realizan con estos jóvenes. Así mismo, se ha firmado recientemente un nuevo proyecto para el diseño, la planificación y la puesta en marcha de un programa de “padrinazgo” con menores sometidos a medidas judiciales.

En este momento en colaboración con el Colegio de Psicólogos se está iniciando otra línea de trabajo sobre “Jóvenes sancionados por conducir bajo los efectos del alcohol”

Los resultados de estos trabajos han dado lugar a diferentes publicaciones, libros y artículos en revistas nacionales e internacionales, algunos de estos son los siguientes:

Libros

- Lecturas sobre delincuencia juvenil: Aproximación a las variables personales y grupales. Santiago de Compostela: Tórculo. ISBN 84-398-9034-8. 1985
- Lecturas sobre delincuencia juvenil: Estrategias de intervención. Santiago de Compostela: Tórculo. ISBN 84-398-9034-6. 1985
- Psicología de la Personalidad: Compilación de Textos. Santiago de Compostela: Tórculo. ISBN 84-398-8803-1. 1986
- El Consumo de Drogas en los Adolescentes: Una Aproximación a las Variables Familiares y Grupales. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. ISBN 84-453-0175-6. 1991
- Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. Santiago: Xunta de Galicia, 1994.
- Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, 1998, 1999.
- La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio de Educación y Cul-

tura, 1999.

- Personalidad y delincuencia: Entre la biología y la sociedad. Granada: GEU
- Construyendo Salud: Promoción de habilidades parentales. Madrid: CEAPA, 2000
- La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre. Santiago: Ed. Compostela, 2001.
- Los padres y las madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia. Madrid: CEAPA, 2001.
- Construyendo Salud: Promoción en Habilidades parentales. Manual para el monitor. Madrid: CEAPA. ISBN: 84-699-8472-1., 2002
- EmPeCemos (Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable). Programa para padres. Santiago: Tórculo. ISBN: 84-8408-342-X., 2005

Resumen de la presentación

Históricamente se ha mantenido la idea de que los psicópatas son difíciles de tratar. Los estudios de revisión sobre el tratamiento de los psicópatas realizados en la última década muestran resultados divergentes y, mientras en alguno de ellos se ha puesto de manifiesto que los tratamientos de los psicópatas no tienen efectos o tienen efectos negativos, otros, especialmente con jóvenes psicópatas, muestran algunos resultados positivos. La diversidad en la clasificación de los psicópatas, las medidas de resultado utilizadas para la evaluación de las intervenciones y el diseño metodológico de las mismas parece dar cuenta de estos resultados. Para avanzar en la investigación sobre psicopatía y tratamiento, es necesario tener en cuenta medidas de resultado diferentes de las infracciones institucionales y la reincidencia, para analizar la eficacia de las intervenciones y tener en cuenta la investigación actual sobre los factores etiológicos y de desarrollo que llevan a la psicopatía. Los individuos con altos niveles de psicopatía han demostrado una conducta antisocial crónica y severa y pobres resultados de tratamiento. La investigación actual sobre las diferentes trayectorias del desarrollo de la conducta antisocial demuestra las relaciones entre trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia y psicopatía en la edad adulta y debe tenerse en cuenta para la prevención y el tratamiento de la psicopatía. La intervención temprana, es una vía necesaria para detener el avance hacia trastornos de conducta



62

crónicos y severos. Los problemas de conducta de inicio temprano son indicadores de trayectorias de desarrollo desadaptativas que, a través de complejas cadenas de interacción entre un individuo vulnerable y su entorno generan a una amplia variedad de desajustes, incluyendo conductas antisociales e impulsivas, consumo de drogas o abandono escolar y que también pueden estar en la base de la psicopatía. A partir de estas consideraciones en esta presentación, además de analizar los programas eficaces en niños y adolescentes con características psicopáticas, se presenta y se examina la eficacia del programa de tratamiento EmPeCemos, un programa dirigido a niños con problemas de conducta. El programa EmPeCemos surge a partir de la revisión de estrategias de prevención indicada, que han mostrado su eficacia para reducir los problemas disruptivos de inicio temprano. Consta de tres componentes: 1) un programa de entrenamiento de padres/madres, que enseña a los padres habilidades para estimular comportamientos positivos en los niños, mejorar las relaciones familiares, enfrentarse a los comportamientos disruptivos y fortalecer los vínculos familia-escuela; 2) un programa para profesores, que entrena a los maestros en tácticas para estructurar el contexto, promover los comportamientos positivos en el aula, afrontar los negativos y colaborar con la familia; 3) un programa dirigido a los niños disruptivos, dirigido a fomentar habilidades emocionales, cognitivas y sociales necesarias para desarrollar patrones de comportamiento saludables y estilos de relación ajustados. Los componentes del programa, por separado o conjuntamente, fueron aplicados hasta el momento en 35 centros educativos de educación primaria. La evaluación del proceso de implementación mostró la viabilidad del programa, la adecuación de sus contenidos y sus métodos y una amplia participación y satisfacción en los participantes. La evaluación de resultados realizada hasta el momento avala la eficacia del programa para mejorar las prácticas educativas parentales, las habilidades emocionales, cognitivas y sociales de los niños, y los problemas de conducta relacionados con hiperactividad, impulsividad, y comportamientos oposicionistas-desafiantes. A la luz de estos resultados se propone la necesidad de examinar su validez para reducir los problemas disruptivos de inicio temprano en niños y adolescentes con características psicopáticas.

Referencias:

1. Salekin, R. T. (2010). Treatment of child and adolescent psychopathy: Focusing on Change. En: R.T

Salekin & D.R.Lyman (Eds.), Handbook of Child and Adolescent Psychopathy. (pp. 343-373). New York, Guilford Press.

2. Seto, M y Quinsey, V. L. (2006). “ Toward the future: Translating basic research into prevention and Treatment Strategies”. En: C. J. Patrick (Ed.). Handbook of Psychopathy. (pp. 589-601). New York, Guilford Press.

Si tuviera que resumir en una frase su charla, ¿Cual sería?.

Es necesario avanzar en el diseño y evaluación de programas de prevención e intervención de la psicopatía.

El diseño y evaluación de programas de la psicopatía tienen que tener en cuenta la investigación sobre los factores relacionados con el desarrollo del problema.

La intervención temprana con niños con problemas de conducta es una forma de prevención de la psicopatía adulta.

¿Para qué público cree Vd., que es más interesante su charla?

Psicólogos y psiquiatras interesados en el diseño y evaluación de programas de intervención.

¿Cómo llegó Vd., a interesarse por este tema?

Mi contacto personal y profesional con jóvenes delincuentes a finales de los años 70.

¿Está Vd., de acuerdo con el lema del congreso: Diseñando el futuro?

El tema del congreso es muy sugerente. Creo que cada vez es mas necesario para avanzar la investigación y la evaluación de intervenciones.

¿Qué opinión le merece que en España todavía no esté reconocida la especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente?

Creo que la psicopatología y la intervención sobre los problemas del niño y del adolescente debe constituir una especialidad en la que se deberían integrar los conocimientos de la psicología, la psiquiatría y la intervención educativa.

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No



Integración multidisciplinar en TDAH y TND. Integración de tratamientos multidisciplinares efectivos en TDAH y Negativismo. Diseño de intervenciones efectivas individualizadas en al ámbito familiar y escolar.

Ana Ramírez Navarro

Col. 1294

- Obtuvo la Licenciatura en Psicología por la Universidad Pontificie de Salamanca (2001-2006).
- Master en Prevención y Tratamiento en Drogodependencias (2006-2008) .
- Prácticas en Centro de Deshabitación de drogodependencias (2007-2008).
- Experto en Psicología Clínica Infanto - Juvenil (2010).
- Psicóloga Responsable de un Programa de Tardes para adolescentes con problemas de conducta, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, fracaso escolar, consumo de sustancias y trastornos del estado de ánimo. Impartía psicoterapia individuales y grupales, talleres de habilidades sociales . Trabajaba con los padres la psicoeducación y estrategias de modificación de conducta (2007-2009).
- Colaboradora en Proyectos de Integración con personas en riesgo de exclusión.
- Además, trabaja en el ámbito de la formación. Ha creado e impartido diversos cursos y talleres de psicoeducación y entrenamiento en el manejo conductual.
- Ha sido responsable de un proyecto de prevención del consumo de drogas: coordinando y llevando a cabo de charlas de prevención primaria y secundaria del consumo de alcohol y tóxicos en centros educativos concertados y públicos (diciembre de 2008 a noviembre de 2009).
- Trabajó como psicóloga en un Programa de Día, en un centro de deshabitación de drogodependientes (2007-2009), realizando psicoterapia individual y grupal, impartiendo talleres de diversa índole así como intervención familiar, a personas con problemas graves o trastornos de la personalidad y un grado de adicción limitante.

- Actualmente Psicóloga del Centro de Atención Multidisciplinar. Psicóloga de niños y adolescentes con Trastornos externatizantes e internalizantes, siendo su especialidad los Trastornos por déficit de atención e hiperactividad con otros trastornos asociados. Psicóloga que trabaja desde el modelo Cognitivo Conductual.

Resumen de la presentación

Pendiente de enviar puesto que no está finalizada

¿Tiene algún conflicto de intereses?

No



64 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACION PEDIATRICA

*Riera Molina, Lidia; Cobas Selva, Milsa Josefa; Martos Ortega, Maria; Macías Cajal, Blanca
Consorti Sanitari del Garraf
lidia.riera@telefonica.net*

OBJETIVOS

- Análisis descriptivo de tipo transversal para determinar la prevalencia de trastornos del sueño en nuestra población .
- Evaluación de las conclusiones extraídas en el análisis anterior para valorar la necesidad o no de actuaciones en consecuencia.

Selección y descripción de la muestra:

- Participantes: niños y niñas entre 4 y 14 años que acuden por cualquier motivo de consulta al CAP de Cubelles.
- Criterios d'inclusión: niños y niñas empadronados en Cubelles.
- Criterios d'exclusión: pacientes que no hayan sido visitados como mínimo en 3 ocasiones en el CAP de Cubelles , incluyendo una visita en los últimos 12 meses.
- Tiempo: el estudio se inició en setiembre del 2010
- Lugar: consultas de pediatría del CAP Cubelles.

Pruebas aplicadas:

Se aplica a todos los participantes la escala de alteraciones del sueño en la infancia validada por la Dra. O. Bruni que incluye 26 ítems y contempla los siguientes factores: alteraciones en el inicio y mantenimiento del sueño, problemas respiratorios, parasomnias, alteraciones en la transición sueño-vigilia, somnolencia diurna excesiva y hiperhidrosis.

Se pide a los padres de los participantes que rellenen un cuestionario de valoración de las características del sueño de sus hijos en circunstancias habituales , sin tener en cuenta el comportamiento en circunstancias especiales como pueden ser enfermedades , viajes u otras alteraciones de la dinámica habitual.

En las conclusiones preliminares obtenidas en la evaluación de los primeros 63 casos destaca:

- Una prevalencia de trastornos del sueño en el 13% de la población encuestada
- Una incidencia muy baja del trastorno del sueño como MOTIVO de consulta.

- Los trastornos del sueño suponen un factor muy estresante y desestructurador para las familias.
- La combinación de una prevalencia alta + infraconsulta + estres familiar muestra la necesidad de incidir desde la consulta en este tipo de problemas y sus posibles soluciones.

RESUMEN

En las próximas semanas se completará el estudio con un mínimo de 100 participantes y se mostrarán los gráficos que reflejan los resultados

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA

*ÁLVAREZ, GÓMEZ, MARÍA JOSÉ ; SOUTULLO, ESPERÓN CÉSAR
CENTRO DE SALUD DE MENDILLORRI. SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA
malvareg@cfnavarra.es*

OBJETIVOS

Estimación de la prevalencia del TDAH en una muestra de niños escolares en una consulta de pediatría de atención primaria en Navarra.

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en edad infantil. Prevalencia mundial según los estudios del 5.29 % (IC = 5.01-5.56)- Polanczyk 2007-. Sus síntomas cardinales son : déficit de atención y comportamiento hiperactivo-impulsivo (desinhibición); así como déficits en otras habilidades cognitivas dentro del constructo neuropsicológico de las " funciones ejecutivas ". Dichos síntomas afectan al funcionamiento cognitivo, académico, comportamental , emocional y social de estos niños.

METODOS

Estudio transversal sobre una muestra de 745 niños de 6 a 15 años seguidos en una consulta pediátrica. Diagnóstico mediante entrevista clínica al niño y a los padres, con el apoyo de cuestionarios a padres y profesores (es-



cala de Conners -validación española de Farré y Narbona 1989,1997- y SNAP-IV -forma abreviada del cuestionario de Swanson, Nolan y Pelham 1983,1992)

RESULTADOS

La prevalencia del TDAH es del 5.3 % (N=40 casos). En educación primaria la prevalencia es del 4.4 % (N= 22) y en educación secundaria es del 7.1 % (N = 18). La relación niños/niñas es de 3.1 con un predominio del TDAH de subtipo combinado en ambos sexos. La edad media al diagnóstico fueron 7.7 años y la edad media al inicio del tratamiento 8.4 años. La prevalencia en hermanos fue del 24.3 %. Se asoció trastorno comórbido en el 60.9 % de casos. Se prescribió tratamiento con metilfenhidato y/o atomoxetina en el 90 % de los casos; la adherencia al tratamiento en el momento del estudio fue del 82.5 %

RESUMEN

El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico muy prevalente en las consultas de pediatría de atención primaria y los pediatras debemos colaborar en el diagnóstico y seguimiento de estos niños.

EVOLUCIÓN DE LA EFICACIA SEGÚN CRITERIOS DEL MATCHING FAMILIAR FIGURES TEST EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON IMPULSIVIDAD

López Villalobos, José Antonio; Andrés de Llano, Jesús; Alberola López, Susana; Sacristán Martín, Ana María; Pérez García, Isabel; Sánchez Azón, María Isabel. Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil. Complejo Asistencial de Palencia. Hospital San Telmo. Palencia. villalobos@cop.es

OBJETIVOS

Valorar la evolución y diferencias del constructo eficacia entre casos de TDAH y controles, evaluados mediante el Matching Familiar Figures Test (MFFT-20).

MÉTODOS

Estudio de casos y controles entre 7 y 11 años, evaluados mediante el MFFT-20. Los casos clínicos, definidos mediante criterios DSM-IV, fueron reclutados mediante

un procedimiento retrospectivo, aleatorio y estratificado de 20 por grupo de edad, sobre una base de datos procedente de Salud Mental. Los controles fueron seleccionados mediante un sistema de emparejamiento con los casos, en función del sexo y grupo de edad. El procedimiento fue aleatorio, sobre las listas de pediatría de atención primaria de la misma zona sociodemográfica que los casos clínicos. Muestra: 100 casos y 100 controles.

RESULTADOS

Se utilizó ANOVA, considerando VI el constructo eficacia derivado del MFFT-20 y como factores principales TDAH (si/no) y edad. Los casos de TDAH mostraron mayor ineficacia media que los controles [F (1)=43.17; p <.000; $\eta^2 = 0.185$] [d: 0.94], pero no se observaron diferencias significativas en función de la edad [F (4)=.21; p <.92; $\eta^2 = 0.005$] o de la interacción TDAH / edad [F (4)=.52; p <.719; $\eta^2 = 0.01$].

Las diferencias casos controles fueron significativas en todos los grupos de edad analizados. Tamaño del efecto para la diferencia 7 [d: 0.96], 8 [d: 1.25], 9 [d: 1.00], 10 [d: 0.87], 11 [d: 0.63].

RESUMEN

La competencia cognitiva es significativamente menor en casos de TDAH que en controles en todas las edades analizadas, sin embargo la eficacia no varía en función del transcurso de la edad, ni en casos ni en controles, que mantienen similar nivel de competencia diferencial.

Agradecimientos: El estudio forma parte de la investigación GRS 299/B/08 apoyada por la Gerencia regional de Salud de Castilla y León, así como por el Fondo Caja de Burgos de Investigación Clínica.

RESILIENCIA TRANSCULTURAL EN ADOLESCENTES

*VARGAS CASTRO, JOSE ALEXANDER
CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
CSMIJ CASTELLDEFELS
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
ABD-SALA BALUARD
joalexvar@hotmail.com*

*José Alexander Vargas Castro Md.Psiquiatra
Fundació Orienta.Hospital Clínic de Barcelona
www.josealexandervargas.com/e-mail:joalexvar@hotmail.com*



66 OBJETIVO :

Determinar como la resiliencia puede entenderse como factor protector que evita el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes sometidos a estresores mayores.

INTRODUCCION :

Durante los últimos años el tema RESILIENCIA – Defensa ante la adversidad – ha ido cobrando mayor interés en el entendimiento de la capacidad que posee el ser humano de hacerle frente a múltiples situaciones traumáticas de su vida e incluso salir fortalecido de estas.

Al mismo tiempo en que se avanza en estos conceptos y la identificación de estas fortalezas, se percibe la necesidad de disponer de investigaciones en el área, que ayuden a generar dichas condiciones, es decir, fomentar en el personal educador y salubrista la identificación de estos parámetros y servir de extensor de los mismos.

De estos parámetros parte la idea de realizar la presente investigación en RESILIENCIA TRANSCULTURAL en dos comunidades de adolescentes, reflejo de la situación que viven muchos menores, ante estresores mayores en su lugar de origen y/o residencia y el desplazamiento y/o emigración del mismo.

Esta posibilidad de investigar y a su vez actuar fortaleciendo estas condiciones positivas, denotan un eje pacífico primordial de cómo descubrir y fomentar estos recursos propios en los adolescentes, como método de promoción y prevención ante situaciones de vulnerabilidad.

RELEVANCIA Y ANTECEDENTES :

RESILIENCIA es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. Las primeras investigaciones en resiliencia se ocuparon principalmente de identificar los factores y las características de individuos que vivían en condiciones adversas, y como eran capaces de sobreponerse a ellas, diferenciándolos de aquellos que vivían en las mismas condiciones, pero sin la capacidad de sobreponerse o enfrentar positivamente la experiencia. Se pueden identificar los factores resilientes en cuatro categorías :

Yo tengo, Yo Soy, Yo Estoy, Yo Puedo

Yo Tengo: Se refiere inicialmente a personas del entorno

en quienes el ser confía y las cuales quiere incondicionalmente, así como personas que ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas, ejemplificando con su conducta la manera correcta de proceder, quienes a su vez buscan el desenvolvimiento único y lo confortan en momentos de enfermedad o situaciones de peligro.

Yo Soy: Un ser por el que los demás sienten aprecio y cariño, sintiéndome feliz cuando hago algo bueno por los demás y les demuestro mi afecto, respetándome a mí mismo y a los demás.

Yo Estoy: Dispuesto a responsabilizarme de mis actos y seguro de que las cosas saldrán bien.

Yo Puedo : Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, buscando la manera de resolver los problemas, controlando mis impulsos hacia lo negativo, buscando el momento adecuado para hablar con alguien o actuar, así como el poder encontrar a alguien cuando lo necesito.

TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION :

Se trata de un estudio ecológico descriptivo, donde se busca obtener a través de 62 entrevistas semiestructuradas, con aplicación de 4 instrumentos individuales tipo STAIC (ansiedad) – BDI (depresión) - APGAR FAMILIAR(vincularidad) - RESILIENCIA ANTE LA ADVERSIDAD(resiliencia); con toma de la población referencia escogida para el estudio, constatar la existencia o no de sintomatología mixta ansiosa y/o depresiva ante el episodio estresante de relación con la situación de violencia o de inmigración descrita, a partir de los resultados a obtener en las entrevistas y aplicación de los instrumentos citados, en un mismo grupo etáreo de 12 a 17 años en dos zonas geográficas y estresores sociales diferentes, pero de alta complejidad (zona de conflicto armado vs. Inmigración) .

POBLACION, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE TOMA DE LA MUESTRA

La población se divide en dos zonas para la toma de la muestra :

ZONA I: Adolescentes de 12 a 17 años, residentes en zona de conflicto armado colombiano (Departamento de Arauca)



ZONA II: Adolescentes de 12 a 17 años residentes en la provincia de Barcelona (Comunidad Cataluña), inmigrantes regulares o irregulares en primera generación, nacidos y procedentes de Latinoamérica; esto con el fin de guardar mismas características étnico-socio-culturales con los adolescentes de la ZONA I.

62 casos a los que se les aplica a cada uno los instrumentos citados para la valoración de sintomatología mixta de ansiedad/depresión relacionadas con un evento estresante definido y evaluación de vincularidad familiar o de red de apoyo y resiliencia, con recopilación de datos cuantitativos y cualitativos.

HIPOTESIS A CONTRASTAR : Los Adolescentes que conviven con estresores tipo zona de conflicto armado presentan mayores rasgos compatibles con sintomatología de ansiedad y depresión, aunque con altos factores resilientes que los protegen, permitiéndoles enfrentar su vida y ser fortalecido por dichas experiencias. Así mismo el desplazamiento dado por la inmigración en condiciones de regularidad o irregularidad disminuye la capacidad resiliente, demandando mayor adaptabilidad, con base en el choque cultural y compromiso de su red de apoyo.

CONCLUSIONES

La Resiliencia definida como tal se convierte en la capacidad humana presente en diferentes comunidades de adolescentes y permite hacer frente a las adversidades de la vida – violencia – conflicto armado – inmigración– tanto en las comunidades de emigrantes/inmigrantes como en las residentes en zona de guerra presentes en el estudio.

La red social existente en cada ser participante en este estudio, es uno de los pivotes primordiales para favorecer el buen desarrollo de los factores determinantes de la resiliencia, llamando la atención como es más alta en adolescentes que viven lugares de conflicto armado con familias integradas, ante adolescentes en condiciones de inmigración con familias segregadas; aunque permitiéndose crear un nuevo guión de vida, incluso permitiendo la reflexión ante el evento de adversidad.

Se identificaron algunos puntos resilientes en las comunidades determinadas tales como sus familias, los círculos virtuosos y entes externos, que les permiten un adecuado desenvolvimiento de los mismos para el entendimiento y promoción de estos factores descritos.

La inmigración es detonante de estados de ansiedad en adolescentes, incluso con ideación de rechazo, vulnerabilidad y alteraciones en su identidad.

La investigación social en resiliencia para actuales y futuras generaciones es necesaria, para en definitiva proyectarnos en la toma de decisiones en materia de promoción y prevención de la salud mental infantil, frente a la violencia producto del conflicto armado existente y fenómenos de inmigración actual.

Resiliencia significa además experiencia de vida, experiencia de vida que forma

DIFERENCIAS ENTRE LOS CUESTIONARIOS TCI-9 Y TCI-R EN LA IDENTIFICACIÓN DE PATOLOGÍA DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

CANALDA, G., FORNS, M., MAGALLÓN-NERI, E., DE LA FUENTE, J.E., GARCÍA, R., GONZÁLEZ, E., CASTRO-FORNIELES, J.

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona.
gcanalda@clinic.ub.es*

La identificación de patología de personalidad en la adolescencia aún es un tema en desarrollo, y varía en gran medida, en relación al tipo de instrumento, criterios utilizados y el nivel de estandarización de las pruebas con la que es evaluada.

Objetivo

Analizar y comparar las diferencias de detección a nivel categorial de patología de personalidad entre dos versiones del inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger respecto a una entrevista semiestructurada para trastornos de la personalidad, aplicada en pacientes psiquiátricos adolescentes

Método

En una muestra de 30 pacientes psiquiátricos (M = 16.1, DT.= 1.0; rango de edad 15-18 años), fueron aplicados el



68 TCI-9 (Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger) y su versión revisada (TCI-R), así como los módulos CIE-10 y DSM-IV de la entrevista semi-estructurada IPDE (International Personality Disorder Examination).

Resultados

Se observa que el TCI-9 identifica un 14.3% de personas que cumplen criterios para patología de personalidad, respecto un 63.3% identificados con el TCI-R. Con valoración de criterios CIE-10 del IPDE, la versión del TCI-9 tiene una gran especificidad (93%), pero muy poca sensibilidad (27%) para detectar la patología de personalidad; en cambio la versión TCI-R tiene una moderada sensibilidad (71%), pero baja especificidad (44%). Respecto a los criterios DSM-IV del IPDE, la versión del TCI-9 tiene una alta especificidad (89%), pero muy poca sensibilidad (22%), mientras que la versión TCI-R tiene una aceptable sensibilidad (60%), pero escasa especificidad (35%) para detectar la patología de personalidad.

Conclusiones

Ambas versiones tienen sus ventajas y limitaciones en la evaluación de la patología de la personalidad en la adolescencia. Mientras la versión 9 es más conservadora (mostrando una alta especificidad), la versión revisada es más sensible a las manifestaciones de psicopatología, pero es menos específica, identificando una mayor cantidad de falsos positivos.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ADOLESCENTE CON LUPUS ERITEMATOIDE SISTÉMICO: PSICOSIS INDUCIDA POR ESTEROIDES?

Mayordomo Aranda, Angels; Taylor, Sharon; Dominguez Barrera, Maria de Gracia; Dasarathy, Suresh. St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Centre for Mental Health, Imperial College London, United Kingdom angeliues23@hotmail.com

OBJETIVO

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con afectación multisistémica. La psicosis

y las convulsiones son dos de los criterios mayores para el diagnóstico de lupus neuropsiquiátrico. Los síntomas psicóticos en Lupus pueden ser pues una manifestación de la enfermedad, efecto secundario de los esteroides o una combinación de ambos. Debido a esto, antes de diagnosticar afectación neuropsiquiátrica lúpica debemos descartar la psicosis inducida por esteroides

METODOS

Adolescente de 15 años que ingresa en la planta de Pediatría para biopsia renal en LES. Se inicia elevada dosis de esteroides intravenosos (metilprednisolona) para el tratamiento de la nefritis lúpica. Secundariamente presenta episodio confusional agudo con síntomas psicóticos. Desorientada en tiempo y espacio. Confusa, con alucinaciones visuales y auditivas complejas. Agitada y lábil emocionalmente. Lenguaje desorganizado, en ocasiones incomprendible ("mi pie está en tu corazón"). Se plantea el diagnóstico diferencial entre lupus neuropsiquiátrico y psicosis inducida por esteroides. Se pauta dosis ascendente de Risperidona para el control sintomático.

RESULTADOS

Respuesta parcial a Risperidona, que coincide con la disminución de dosis de esteroides. El cuadro confusional desaparece tras la retirada del tratamiento esteroideo. La RMN anodina, la evolución temporal de los síntomas y la recuperación sintomática tras la retirada de esteroides, confirman la psicosis inducida por esteroides

RESUMEN

El diagnóstico diferencial entre Psicosis lúpica y Psicosis inducida por esteroides es complicado. La retirada de los esteroides y la consecuente desaparición de los síntomas confirmaría el diagnóstico. Pero si esto no fuera posible, dividir la dosis diaria podría disminuir la gravedad de los síntomas. Se ha descrito una prevalencia de manifestaciones psiquiátricas inducidas por esteroides del 3-6%. Los pacientes con diagnóstico de LES tendrían un mayor riesgo de efectos adversos por esteroides (psicosis, depresión, ansiedad,...) debido a los bajos niveles de proteínas séricas. Se aconseja un abordaje multidisciplinar de estos casos.



POSICIÓN EN LA FRATRÍA Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

MUÑOZ LORENZO, LAURA; GARCÍA NIETO, REBECA; MATA-ITURRALDE, LAURA; PADILLA ALONSO, JOSE MIGUEL; DI STASIO, EZEQUIEL; CARBALLO BELLOSO, JUAN JOSÉ; BACA GARCÍA, ENRIQUE.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID.
lauramlorenzo@hotmail.com

OBJETIVO

Determinar si existe un riesgo diferencial de presentar psicopatología en función de la posición en la fratría: hermano mayor, menor, posición intermedia e hijo único.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de los niños y adolescentes que recibieron tratamiento en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre 1988 y 2003, diagnosticados con códigos CIE-10. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariado. Con objeto de controlar el efecto de otras variables, incluimos en el modelo: la edad de la madre y del padre en el momento del nacimiento, el nivel educativo de los padres, la situación laboral de ambos progenitores, el tipo de convivencia, origen de la demanda, sexo del paciente y edad del paciente en su primera visita al centro de salud.

RESULTADOS

Los resultados estadísticamente significativos obtenidos fueron los siguientes:

- Mayor riesgo en hijos únicos frente a hijos mayores para los siguientes diagnósticos:
 - Trastornos del desarrollo psicológico.
 - Trastornos del humor/afectivos.

- Mayor riesgo en hijos únicos frente a hijos mayores y posiciones intermedias en la fratría para los siguientes diagnósticos:

- Reacciones a estrés grave y Trastornos de adaptación.
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores orgánicos.
- Retraso mental.
- Trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y la adolescen-

cia.

1. Trastorno disocial.
2. Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia

- Mayor riesgo en hijos únicos frente a hijos mayores, menores y posiciones intermedias para los siguientes diagnósticos:

- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

RESUMEN

Nuestros hallazgos sugieren que la posición en la fratría está asociada al riesgo de presentar psicopatología. Se requieren estudios prospectivos que evalúen el desarrollo de la patología infanto-juvenil, especialmente en hijos únicos.

SENTIA: REGISTRO ONLINE DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. UN PROYECTO MULTICÉNTRICO PARA UN ESTUDIO PROSPECTIVO ABIERTO A LARGO PLAZO

Palanca Maresca, Inmaculada; Ruiz Antoran, Belen; Gutierrez Casares, Jose Ramón; Fernandez Rivas, Aranzazu; de Sande Diaz, Francisco; Gonzalez Santana, Sabrina. Jimenez Lopez, Sara
Unidad de Psiquiatria Infantil. Servicio de Psiquiatria. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.
marujapalanca@ono.com

OBJETIVO

Presentar "SENTIA: Registro de seguridad del tratamiento con neurolepticos en niños y adolescente". SENTIA es una plataforma informática (<https://sentia.es>), financiada con fondos públicos, para una red multicéntrica de monitorización de efectos adversos de antipsicóticos en población pediátrica. Sus objetivos son: 1. Desarrollar un registro de farmacovigilancia que de soporte a un estudio observacional abierto a largo plazo orientado a seguridad de estos fármacos. 2. Prevención y detección precoz de efectos adversos e interacciones farmacológicas del tratamien-



70 to antipsicótico en población pediátrica.3.Incrementar la adherencia y alianza terapéutica del paciente y la familia.

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 regularmente en períodos de 1, 3 meses tras el inicio o cambio de dosis o tipo de antipsicótico y posteriormente cada 6 meses por un período ilimitado de tiempo. A aquellos pacientes que finalizan el tratamiento se le solicita que se mantengan como controles, La Base de Datos incluye: 1-Datos sociodemográficos, - 2. Antecedentes médicos (relacionados con EA más frecuentes/graves) y psiquiátricos personales y en familiares de primer grado, 2-Valoración Clínica. 3- Historia farmacológica. 4. Cumplimiento terapéutico, 4-Hábitos de salud, 5-Efectos adversos 6- Examen físico, 9- Parámetros biológicos.

RESULTADOS

Centralizado en el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, se describirán de forma detallada las características del registro y su puesta en funcionamiento con las datos preliminares de los pacientes incluidos en los primeros 6 meses de funcionamiento, incluidos desde 5 centros hospitalarios que participan inicialmente en el proyecto.

CONCLUSIONES

La creación de una plataforma online de farmacovigilancia constituye una herramienta útil que facilita la necesaria cooperación multicéntrica para el estudio de los efectos adversos de los antipsicóticos en población pediátrica, contribuyendo a incrementar la evidencia de seguridad a medio y largo plazo.

ALTERACIONES DE LOS HABITOS DEL SUEÑO EN NIÑOS CON TRASTORNOS EXTERNALIZANTES E INTERNALIZANTES

Sanchez-Gistau, V; Puig, O; Lera, S; Mendez, I; Salmurri, F; Vila, M; Garcia, B; Cordovilla, C; Calvo, R; Castro-Fornieles, J
CSMIJ. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio

de Psiquiatria y Psicologia Hospital Clinic de Barcelona .Grup Consolidat de Recerca (Gruppica). 2009SGR1119 vgistau@clinic.ub.es

OBJETIVO

Comparar las alteraciones en los hábitos del sueño en niños con trastorno externalizante (TDAH y TND), trastorno internalizante (trastornos del estado de ánimo y ansiedad) y niños sin trastornos en el eje I.

METODOS

Se incluyeron de forma consecutiva 154 niños que acudían por primera vez a CSMIJ y que cumplían los criterios de inclusión: edad entre 6 y 12 años, sin tratamiento farmacológico en la primera visita y con diagnóstico de trastorno psiquiátrico en el eje I según criterios DSM -IV . A su vez se reclutaron 56 niños controles apareados por edad y sexo , que nunca habían recibido asistencia por problemas de Salud Mental y con SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades) inferior a 14 puntos

Las alteraciones en los hábitos del sueño de todos los niños fueron evaluadas mediante la CSHQ (cuestionario de hábitos del sueño) que es un cuestionario de 33 items 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 78 niños con patología externalizante , 76 con patología internalizante y 52 niños control.

RESULTADOS

Los resultados se encuentran resumidos en la tabla 1

CONCLUSIONES

Los niños con patología psiquiátrica tanto externalizante como internalizante presentaron globalmente más alteraciones del sueño que los niños control . Al comparar directamente los niños con patología internalizante y externalizante, los niños con patología internalizante presentaron de forma significativa mayores puntuaciones en el total del cuestionario y en escalas que evalúan ansiedad del sueño, retraso del sueño y duración del sueño. 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.



DIFICULTADES DIAGNOSTICAS EN TRASTORNOS CON PRESENTACION CLINICA NEUROPSIQUIATRICA. A PROPOSITO DE DOS CASOS.

*Zapata Usabel, M; Sanz Asin, P; Cortina Lacambra, M;
Ruiz Lazaro, P; Velilla Picazo, M.
Hospital Clínico Universitario Lozano-Blesa. Zaragoza,
España.
petersanzasin@gmail.com*

OBJETIVO

Pretendemos señalar las dificultades diagnósticas que podemos encontrarnos en la práctica clínica habitual a la hora de discernir el origen de un cuadro clínico psiquiátrico.

METODOS

Proponemos el estudio de dos casos de encefalitis límbica recientemente atendidos en nuestro servicio. El inicio de ambos cuadros es predominantemente psiquiátrico, por lo que ambos pacientes son remitidos para valoración psiquiátrica.

El primer caso se trata de un varón de 4 años que en los últimos 7 días inicia un cuadro caracterizado por presentar un estado de regresión en las funciones básicas, desde el lenguaje al control de esfínteres, así como alteraciones conductuales auto y heteroagresivas. No se encuentra un posible desencadenante.

El segundo caso es una mujer de 13 años, con aparición en los últimos 10 días de una gran desorganización conductual y del contenido del pensamiento, por lo que ingresa en un primer momento en nuestra unidad.

RESULTADOS

Tras una valoración psiquiátrica inicial, ambos pacientes son estudiados conjuntamente por el Servicio de Pediatría, realizando las consiguientes pruebas complementarias, y siendo diagnosticados de encefalitis límbica. Una vez realizado el diagnóstico, se inicia tratamiento con inmunosupresores, con evolución de ambos casos hacia la mejoría.

CONCLUSIONES

Con frecuencia, las presentaciones clínicas de características neuropsiquiátricas son atendidas por los servicios de Psiquiatría en primer lugar. Los cuadros como los des-

critos previamente, debido a su aparatosidad y gravedad clínica, con predominio de clínica psiquiátrica, pueden ser el debut de una enfermedad neurológica grave. El adecuado diagnóstico, para el pronto inicio de tratamiento resultan fundamentales en estas enfermedades, tanto para el pronóstico inmediato, como para las posibles secuelas a un medio-largo plazo. Por tanto, la colaboración de otros servicios, como Neurología o Neuropediatría, resultan imprescindibles, cuando además de una clínica psiquiátrica que no resulta habitual, es posible objetivar signos neurológicos que ayuden a realizar un diagnóstico preciso.

71

ANEMIA FALCIFORME: PREDICTORES DE ESTIGMA EN PROFESORES EN FORMACIÓN EN NIGERIA.

*Mayordomo Aranda, Angels; Ani, Cornelius; Kinanee,
Joseph; Ola, Bolanle; Kramer, Tami
St. Mary's Hospital, Academic Unit of Child and
Adolescent Psychiatry, Centre for Mental Health,
Imperial College London, United Kingdom
angeliues23@hotmail.com*

OBJETIVO

La anemia de células falciformes (ACF) produce estigma y alteraciones psicopatológicas. Es importante conocer las actitudes hacia los niños con ACF, aspecto todavía sin explorar en Nigeria, donde la gran mayoría de los niños afectados viven. Conocer los predictores de estigma entre los profesores en formación es importante, teniendo en cuenta que los niños pasan gran parte de su vida en el colegio y pueden necesitar un apoyo adicional.

METODOS

Se realizó estudio transversal. Doscientos veinte profesores respondieron a un cuestionario de evaluación de la Distancia Social (DS, como una medida de estigma), actitudes familiares, atribuciones positivas, conocimientos sobre ACF, familiaridad con la ACF, familiaridad con discapacidad y variables socio-demográficas. La DS se evaluó con 5 elementos modificados de la escala de distancia social de Borgadus.

RESULTADOS

55% de los profesores en formación eran mujeres. Entre 18 y 37 años de edad (mediana = 24). Una proporción sig-



72 nificativa mostraron actitudes negativas hacia las personas con ACF. Por ejemplo, sólo el 24% invitarían a una persona afectada a su cumpleaños y sólo el 15% estudiarían en grupo con una persona con ACF. Respecto al conocimiento sobre la enfermedad, el 20% piensan que es causada por malos espíritus y el 28% piensa que se puede curar con rituales espirituales. La regresión múltiple simultánea demostró que la actitud negativa familiar ($\beta = 0.21$, $P = 0,000$) y la atribución positiva hacia las personas afectadas ($\beta = -.13$, $p = 0,047$) predicen significativamente la DS. El modelo de regresión explica el 6,9% de la variación en la DS.

CONCLUSIONES

Este primer estudio sobre las actitudes de los profesores en formación hacia las personas con ACF, identifica la necesidad de combatir el estigma con programas educativos para los maestros en el África subsahariana. Estos programas deberían hacer énfasis en intervenciones centradas en la familia.

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE HIPERPROLACTINEMIA Y VARIABLES CLÍNICAS EN ADOLESCENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA HOSPITALARIA

Kerexeta Lizeaga, I; Fernández Rivas, A; Sesma Pardo, E; Alonso Ganuza, Z; Pérez Cabeza, L; Rincón Garcés, T; Olazabal Eizaguirre, N; Rahmani, R; Gatón Moreno, M. A; González Llona, I; González Torres, M. A.
Hospital de Basurto, Bilbao
inaki.kerexetalizeaga@osakidetza.net

OBJETIVO

Valorar relación entre hiperprolactinemia y diferentes variables clínicas en adolescentes ingresados en una unidad psiquiátrica infanto-juvenil.

MÉTODOS

Se recogen prospectivamente datos de todos los ingresos psiquiátricos de adolescentes de 12-17 años hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital de Basurto durante 56 meses consecutivos, conformando un total de 431 ingresos. Se incluye información sobre: sexo,

edad, consumo de tóxicos, niveles de prolactina en sangre, diagnóstico psiquiátrico y tratamiento al alta.

RESULTADOS

De los 431 ingresos el 50,1% son varones y tienen una edad media de 15,18 años (DT 1,543).

Presenta hiperprolactinemia (varones >18 ng/mL y mujeres >29 ng/mL) en el momento de ingreso el 20,2% ($n=87$). De éstos el 89,7% ($n=78$) tienen pautado tratamiento neuroléptico al alta ($p=0.000$), y el 60,9% ($n=53$) presentan ingresos psiquiátricos previos ($p=0.003$).

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes de la muestra total son: Trastornos psicóticos (22%, $n=95$), Trastornos disruptivos (20%, $n=86$) y Trastornos adaptativos (18,6%, $n=80$).

Los diagnósticos psiquiátricos asociados con mayor frecuencia a hiperprolactinemia son: Trastorno psicóticos (29,3%, $n=27$), Trastornos disruptivos (25,3%, $n=22$) y el Trastornos Generalizados del Desarrollo (24,3%, $n=9$), con $p=0.006$.

Se constata relación estadísticamente significativa entre hiperprolactinemia y tratamiento neuroléptico ($p<0.05$). Se detalla esta asociación específicamente para cada antipsicótico prescrito (clásicos o atípicos).

No se evidencia relación estadísticamente significativa entre consumo de tóxicos (cannabis, anfetaminas, cocaína o drogas de diseño), sexo o edad e hiperprolactinemia ($p>0.05$).

CONCLUSIONES

1. Los adolescentes ingresados en una Unidad de Psiquiatría infanto-juvenil presentan una alta frecuencia de hiperprolactinemia.
2. Los pacientes que presentan hiperprolactinemia padecen más frecuentemente Trastornos psicótico, Trastorno disocial o Trastornos Generalizados del Desarrollo
3. La asociación entre hiperprolactinemia y dichos trastornos psiquiátricos se debe al tratamiento neuroléptico que reciben
4. La relación entre antipsicótico e hiperprolactinemia no es semejante para los diferentes fármacos



ESTUDIO DE LAS NECESIDADES EN ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTIL DE GRUPOS DE PROCEDENCIA NO ESPAÑOLA: VARIABLES CLINICAS.

Pelayo Reventún, Pablo; Calvo Mauri, Jose Fernando; Hernández Naranjo, Ana; García Magán, Pilar; Romo Barrientos, Carmen; Hidalgo Carbajo, Miriam; Camacho Borrego, Sergio; Del Rio Sánchez, Coral; Ahijado Ramiro, Esther; Castellote Zahurín, Lorenzo. Hospital General Nuestra Señora del Prado. SESCAM. Talavera de la Reina pablopelayopsi@yahoo.es

OBJETIVO

Describir las variables diagnósticas en la población de origen no español que acudieron a la USM-IJ de Talavera de la Reina (Toledo) durante el año 2009 con objeto de valorar la posible utilidad de abordajes específicos para estas poblaciones

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos

Variables de inclusión: paciente derivado a USMIJ Talavera en el año 2009 para primera consulta con la menos un progenitor sin nacionalidad española.

Variables dependientes: Motivo de la interconsulta y Diagnóstico emitido por la USM-IJ

Variable independiente: Zona geográfica de referencia

RESULTADOS

Muestra total de 74 sujetos, según origen

Centroamericanos N=7; Europa Este N=30; Europa Oeste N=4, Sudamérica N=19 y Magreb N=14

Se procede a prueba de comparación para n grupos mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, no en contraposición de diferencia significativa entre grupos en ninguna de las dos variables dependientes

CONCLUSIONES

Tras el análisis de datos la conclusión es la de no necesitarse una atención especial en la población inmigrante en función del área de extracción, si bien los resultados

del estudio no permiten inferir que las necesidades de la población inmigrante sean los mismos que los de la población autóctona. **73**

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y PSICOPATOLOGÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Alvarez Arroyo, S. Equipo de Salud Mental de Zafra (Badajoz) sonickalvarezarroyo@gmail.com

OBJETIVO

Estudiar la psicopatología en una muestra de niños y adolescentes con discapacidad intelectual que acuden al Equipo de salud mental.

MÉTODOS

La muestra está compuesta de 61 niños y adolescentes que acuden en la actualidad a nuestro Equipo de Salud mental. Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, recogiendo los datos de la historia clínica. Se recogieron como variables la edad, el sexo, el grado de discapacidad intelectual; así como los diagnósticos en el eje I. El análisis estadístico se realizó mediante el spss versión 15.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra fue de 10 años. Un 45,9% de los pacientes tenían un diagnóstico de Capacidad intelectual de tipo límite; 37,7% Retraso Mental Leve; 14,8% Retraso Mental moderado y 1,6% Retraso Mental Grave. Existe un mayor porcentaje de hombres frente a mujeres con discapacidad intelectual (55,7% vs 44,3%). La media del número de diagnósticos fue de 1. Un 21,3% de los pacientes con discapacidad intelectual tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad en el eje I; un 26,2% TDAH; 24,6% trastornos de conducta; 14,8% trastornos de la eliminación y 1,6% mutismo selectivo.

CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren comorbilidad entre trastornos del eje I y discapacidad intelectual, fundamentalmente con los trastornos de ansiedad y el TDAH. Importancia de detectar una posible discapacidad intelectual ya que puede empeorar el curso y pronóstico de los trastornos del eje I.



74 PICA EN UN NIÑA CON TDAH Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

OVIEDO DE LUCAS, O; GARCIA MATEOS, JL; HERNANDEZ GUDINO, A; MARTIN RECUERO, L; MANZANO ALONSO, J; ALVAREZ ARROYO, S. ESM NAVALMORAL DE LA MATA (CACERES) olgaovied@yahoo.es

OBJETIVOS

El PICA es una variante de trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria en el que existe un deseo irresistible de lamer o comer sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes.

Queremos exponer el caso de una niña de 6 años que presenta un cuadro compatible con PICA, dentro del contexto de un TDAH, y la eficacia del tratamiento con Metilfenidat.

METODOS

Se realiza evaluación del caso, pre y postratamiento, mediante la Entrevista Clínica e Instrumentos Diagnósticos (EDAH, Inventario TDA-af e Informe familiar de comportamiento), Además, se solicita Estudio Analítico con especial interés en los niveles de hierro y/o cinc cuyo posible déficit pudiera estar en relación con el PICA.

RESULTADOS

Iniciamos tratamiento psicofarmacológico con Metilfenidato a dosis crecientes hasta llegar a 30 mg/d en dosis única después del desayuno. Al mes, se puede apreciar una mejoría significativa tanto en los síntomas nucleares del TDAH y su comportamiento general, como en un mayor control de la ingesta inapropiada de sustancias.

CONCLUSIONES

En nuestro caso, el tratamiento con Metilfenidato, además de resultar útil en el manejo de los síntomas centrales del TDAH, aporta beneficios en cuanto a un mayor control de impulsos que le lleva a la ingesta irrefrenable de sustancias.

HIPOTIROIDISMO Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Poza Cano, M^a Belén; Albaladejo Gutiérrez, Eloy F; De Cos Milas, Ana; Guerre Lobera, M^a José; García Moreno, María; Rodríguez Carreño, Carlos; Belda Moreno, Germán; Muñoz Martínez, M^a Victoria. Hospital General Universitario de Ciudad Real belenpc@hotmail.com

OBJETIVOS

Paciente de 15 años de edad en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil por presentar sintomatología obsesivo-compulsiva. En la primera valoración refiere una fobia de impulsos que le genera gran ansiedad y temor de poder llevar a cabo sus pensamientos. Así mismo refiere constantes rumiaciones que le impiden concentrarse en sus estudios y que le dificultan conciliar el sueño; como consecuencia de todo ello presenta bajo estado de ánimo e importante frustración ya que su rendimiento académico ha disminuido considerablemente. Ante esta clínica iniciamos tratamiento farmacológico con Sertralina a dosis máxima de 100 mg/ día.

METODOS

En ese momento se encuentra en seguimiento por el Servicio de Endocrinología por hipotiroidismo; según refiere, su pauta de tratamiento por dicho motivo está ajustada. Al no apreciar una mejoría significativa a pesar del tratamiento farmacológico y de las intervenciones cognitivo-conductuales, consideramos oportuno repetir una analítica y apreciamos un descenso significativo de las hormonas tiroideas. Se pauta una dosis mayor de levotiroxina y desaparecen tanto la fobia de impulsos como las rumiaciones.

RESULTADOS

Se encuentra estable anímicamente hasta que, varios meses después, se produce una recaída sin apreciarse ningún estresor. Repetimos la analítica y apreciamos un nuevo descenso de las hormonas tiroideas, por lo que es necesario un nuevo ajuste farmacológico y éste va seguido de una mejoría en la sintomatología obsesiva. Esta misma situación vuelve a repetirse en otras dos ocasiones. Finalmente retiramos la setralina y la clínica obsesiva no reaparece, lo que coincide con una estabilización de su hipotiroidismo.



CONCLUSIONES

Mucho se ha hablado de la relación entre la clínica hipo hipertiroidea y la sintomatología de tipo ansioso-depresiva o de tipo psicótico, pero no existen evidencias de que pueda relacionarse con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En este caso la sintomatología obsesiva ha aparecido claramente en relación con las fluctuaciones tiroideas, por lo que la valoración de la función tiroidea podría ser un factor más a considerar cuando nos encontremos ante el debut de un Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

APEGO Y RELACIONES DE PAREJA

Poza Cano, M^a Belén; Albaladejo Gutiérrez, Eloy F; Baos Sendarrubias, Pilar; Baón Pérez, Beatriz; Muñoz Martínez, M^a Victoria; Belda Moreno, Germán; Rodríguez Carreño, Carlos; Beato Fernández, Luis. Hospital General Universitario de Ciudad Real belenpc@hotmail.com

OBJETIVOS

Paciente mujer de 15 años de edad que acude a Urgencias del Hospital General por cuadro de agitación tras una fuerte discusión con su madre.

MÉTODOS

Se trata de una chica de origen colombiano que fue adoptada a los 5 años de edad. Los problemas de conducta se iniciaron cuando, a la edad de 9 años, comenzó a relacionarse con una banda latina. Desde hace 3 años estos problemas se han intensificado y son frecuentes las fugas del hogar y las agresiones físicas hacia su madre. Este agravamiento surge a raíz de iniciar una relación sentimental muy conflictiva con un chico de origen ecuatoriano, en la que son muy frecuentes las agresiones tanto físicas como psicológicas. Esta situación llevó a la madre a denunciar a este chico y la posterior puesta en marcha de una orden de alejamiento que ha sido incumplida por parte de la paciente en numerosas ocasiones. Insiste en su deseo de continuar su relación con este chico, a pesar de los malos tratos recibidos, y ataca a su madre en todo momento por haberle denunciado.

RESULTADOS

Según nos cuenta la madre, la paciente es hija biológica de una prostituta y fue abandonada por ésta cuando tan sólo contaba 2 años de edad. Posteriormente estuvo

viviendo con la abuela, también prostituta, y la pareja de ésta, el cual agredía continuamente a la paciente tanto física como sexualmente. A los 5 años de edad fue abandonada en un orfanato tras nacer un hijo de la relación de su abuela y este hombre.

CONCLUSIONES

Los estilos de apego de la infancia tienden a manifestarse a lo largo de nuestro ciclo vital y reflejan la organización de los modelos operativos internos, los cuales van a influir en todas nuestras relaciones, tanto diádicas como grupales. Por tanto, las relaciones de pareja están influenciadas de modo significativo por la historia de apego de cada uno de los miembros que la componen y en ellas se repiten los estilos adquiridos previamente.

ALTURA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS CON LA COMBINACIÓN DE METILFENIDATO Y ATOMOXETINA 20 MESES.

Marín Méndez, Juan J.; Miranda, Eva María; Soutullo Esperón, César A.; Corte de Paz, Patricia; Manrique Astiz, Eduardo; Machiñena, Karol; Díez Martínez de Morentín, Arancha. Clínica Universidad de Navarra. jmarinme@unav.es

OBJETIVOS

Evaluar el efecto sobre la talla de la combinación de un principio activo estimulante (metilfenidato) con otro no estimulante (atomoxetina) en un periodo de seguimiento largo.

MÉTODOS

Evalúamos pacientes que inicialmente estaban siendo tratados con metilfenidato y debido a una pobre respuesta al mismo, iniciaron un tratamiento con atomoxetina cumpliendo con los siguientes criterios:

- Inclusión: Edad de entre 6-17 años (ambos inclusive), varones y diagnosticados de TDAH (aunque presentasen comorbilidad).
- Exclusión: enfermedad médica que alterase el crecimiento y uso de otras medicaciones que puedan afectar el peso.

La evaluación del crecimiento de los participantes, se hizo mediante tablas de crecimiento y desarrollo según



76 Ferrandez et al. (1980-2002), que extrapola la talla del paciente a percentiles de la población general.

Se tomaron medidas previo al inicio del tratamiento con metilfenidato, y al finalizar el tratamiento con atomoxetina.

El análisis estadístico de los resultados se realizó mediante t de Student de muestras relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 13 participantes, siendo el principal criterio de exclusión el uso de otras medicaciones que afectaban al peso. La dosis media (D.E.) de metilfenidato fue de 0,90 (0,3) mg/Kg/día y la de atomoxetina de 1,27 (0,2) mg/kg/día.

La duración media (D.E.) del tratamiento combinado fue de 20,3 (10,9) meses.

Al comparar los percentiles de la altura, no encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) en el crecimiento de los pacientes con la combinación de metilfenidato y atomoxetina.

CONCLUSIONES

No hay alteraciones estadísticamente significativas del crecimiento de niños y adolescentes tratados combinando metilfenidato/atomoxetina durante un periodo de 20 meses (con dosis media de metilfenidato de 0,90 mg/kg/día y de atomoxetina de 1,27 mg/kg/día).

Sin embargo, se hace necesario evaluar su efecto en una muestra de pacientes mayor, con una duración del tratamiento igual o superior para confirmar nuestros resultados.

ESTUDIO NECESIDADES EN ATENCION A LA SALUD MENTAL INFANTIL DE GRUPOS DE PROCEDENCIA NO ESPAÑOLA: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Pelayo Reventún, Pablo; Calvo Mauri, José Fernando; Hernandez Naranjo, Ana; Romo Barrientos, Carmen; Hidalgo Carbajo, Miriam; Garcia Magan, Pilar; Camacho Borrego, Sergio; Del Rio Sánchez, Coral; Ahijado Ramiro, Esther; Castellote Zahurín, Lorenzo. Hospital General Nuestra Señora del Prado. SESCAM. Talavera de la Reina (Toledo)
pablopelayopsi@yahoo.es

OBJETIVOS

Describir las variables sociodemográficas en la población de origen no español que acudieron a la USM-IJ de Talavera de la Reina (Toledo) durante el año 2009 con objeto de valorar la existencia de diferencias significativas que pudieran beneficiarse de modelos asistenciales específicos.

METODOS

Estudio retrospectivo de casos

VARIABLES DE INCLUSION: paciente derivado a USMIJ Talavera en el año 2009 para primera consulta con la menos un progenitor sin nacionalidad española.

VARIABLES DEPENDIENTES: Sexo, edad, arraigo, número de hermanos, existencia de hermanos no cosanguíneos, matrimonio mixto y situación escolar

VARIABLE INDEPENDIENTE: Zona geográfica de referencia.

RESULTADOS

Muestra total de 74 sujetos, según origen

Centroamericanos N=7; Europa Este N=30; Europa Oeste N=4, Sudamérica N=19 y Magreb N=14

Se procede a prueba de comparación para n grupos mediante la no paramétrica de Kruskal-Wallis no encontrándose diferencia significativa entre grupos en ninguna de las dos variables dependientes a excepción de procedencia de los padres ($\chi^2=9.898$, DF 3, sig: .042)

CONCLUSIONES

La significativamente mayor presencia de parejas de procedencia mixta en los grupos originarios del Magreb y de Centroamérica podría justificar el desarrollo de modelos asistenciales que contemplaran semejante grado de heterogeneidad cultural y su influencia en la conducta y las relaciones interpersonales.



SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA EN ADOLESCENTES DURANTE 3,4 AÑOS.

Fernández Pérez, Maximino; de Castro-Manglano, Pilar; Soutullo Esperón, César

Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. maxfernandez@unav.es

OBJETIVOS

La Clozapina es un antipsicótico que actúa sobre los receptores de dopamina D4 y D1 y serotonina 5-HT_{1c} cuyo uso está limitado a pacientes resistentes o que no toleran otros antipsicóticos. Su empleo obliga a un control hematológico estricto ya que sus efectos más graves son la leucopenia y/o neutropenia hasta en el 1% de los pacientes tratados.

El objetivo es evaluar la eficacia clínica de la clozapina, medida mediante la escala CGI-S (Impresión Clínica Global-Gravedad), y la seguridad, especialmente en los controles hematológicos (leucocitos y neutrófilos) a lo largo del tiempo.

MÉTODOS

La Clozapina es un antipsicótico que actúa sobre los receptores de dopamina D4 y D1 y serotonina 5-HT_{1c} cuyo uso está limitado a pacientes resistentes o que no toleran otros antipsicóticos. Su empleo obliga a un control hematológico estricto ya que sus efectos más graves son la leucopenia y/o neutropenia hasta en el 1% de los pacientes tratados.

El objetivo es evaluar la eficacia clínica de la clozapina, medida mediante la escala CGI-S (Impresión Clínica Global-Gravedad), y la seguridad, especialmente en los controles hematológicos (leucocitos y neutrófilos) a lo largo del tiempo.

RESULTADOS

Incluimos 8 pacientes, edad media 18,3 años [rango 15,1-22,7], 5 (62,5%) varones, tratados con clozapina, dosis media: 2,3 mg/kg/d. Los diagnósticos eran enfermedad bipolar (N=5), esquizofrenia (N=1), trastorno del control

de impulsos (N=1) y trastorno generalizado del desarrollo (N=1). Tratamientos previos: risperidona (N=3), olanzapina (N=6), quetiapina (N=3), aripiprazol (N=1), y ziprasidona (N=2). Dos pacientes habían recibido un antipsicótico antes del cambio a clozapina, 5 pacientes habían recibido 2 y un paciente había recibido 3 antipsicóticos previamente. 1 paciente presentó hipotensión ortostática y otro paciente 1 convulsión.

La media del CGI-S al inicio del tratamiento era 5,6 (DE: 0,23), y al final del estudio era de 4 (DE: 0,65) ($p < 0,001$; IC 95% [1,04-2,2]). El hemograma se mantuvo en rango de seguridad a lo largo del tratamiento, una media de 41,5 meses [rango de 3-92 meses].

CONCLUSIONES

La Clozapina fue segura y eficaz durante todo el tratamiento en adolescentes con trastorno bipolar y otros trastornos, sin producir alteraciones hematológicas que obligasen a suspender el tratamiento durante una media de 3,4 años.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRICOTILOMANIA ASOCIADO A ANEMIA FERROPÉNICA

Vázquez de la Torre Escalera, Paloma; Mouriño Sánchez, Cristina

Psiquiatra Adjunto Equipo Infanto-Juvenil CSM Fuenlabrada, Hospital de Fuenlabrada paloma.vazquezdelatorre@gmail.com

OBJETIVOS

La finalidad del trabajo reside en exponer el caso de una adolescente derivada a Salud Mental y que tras diversas intervenciones psicoterapéuticas se realizó una analítica con perfil de hierro objetivándose una anemia ferropénica. El tratamiento con hierro corrigió los síntomas de forma completa.

MÉTODOS

La paciente fue seguida en las consultas de infanto-juvenil de este CSM a través de citas regulares para control sintomatológico, realizándose analíticas de control con perfil de hierro. Tras el alta fue nuevamente citada al año para control del síntoma realizándose una nueva analítica de control.

Se ha realizado búsqueda bibliográfica donde se encuentran descritos casos similares por otros autores.



78 RESULTADOS

Tras la normalización de los niveles de hierro se produjo la desaparición del sintoma.

CONCLUSIONES

Si bien los casos de tricotilomanía asociados a ferropenia están descritos en la literatura científica, a menudo no se tienen en cuenta en el quehacer diario. La realización de una analítica de control con perfil de hierro sería adecuada en estos casos.

DOSIS EFICAZ DE METILFENIDATO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD QUE ALCANZAN REMISIÓN CLÍNICA

de Castro-Manglano, Pilar; Fernández Pérez, Maximino; Miranda Vicario, Eva; Soutullo Esperon, Cesar. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. pcastro@unav.es

OBJETIVOS

La medicación es una de las tres partes principales del tratamiento del TDAH (además de la psicoeducación, entrenamiento en manejo conductual, el apoyo académico). Una dosis baja de metilfenidato (MTF) es una de las causas más frecuentes de falta de respuesta al tratamiento en el TDAH. También existen ciertas dificultades a la hora de encontrar dosis equivalentes entre las distintas formulaciones de MTF.

Pretendemos evaluar la dosis media eficaz de mantenimiento de MTF con la que se alcanza la remisión clínica y observar si existen diferencias en la dosis según el tipo de formulación de MTF, según el subtipo de TDAH (inatento o combinado) y la comorbilidad.

MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo y transversal de pacientes con TDAH reclutados consecutivamente que presentaban una remisión clínica en monoterapia con MTF. La remisión clínica se definió como una puntuación en la escala CGI < 2 (normal) y una disminución sig-

nificativa en la escala de DuPaul de TDAH (ADHD-RS) durante al menos 3 meses. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS-15 mediante una t de student para muestras relacionadas y para muestras no relacionadas

RESULTADOS

Incluimos 70 pacientes (edad media 13,1±3,1 años, rango: 6-20), 51 eran niños (72,9%). 31 (44,3%) pacientes tenían TDAH combinado, 14 (20%) TDAH inatento, y 25 (35,7%) tenían TDAH con comorbilidad. El cociente intelectual medio era de 97,7. 58 (82,9%) pacientes tomaban MTF de liberación prolongada, acción 12 horas, y 12 (17,1%) MTF de liberación prolongada, acción 8 horas. El tiempo medio de remisión clínica fue de 9,12 meses (rango de 3 a 38 meses). El CGI bajó de 3,9 ± 0,6 al inicio del tratamiento a 1,65 ± 0,8 al final del seguimiento. La puntuación de la escala ADHD-RS bajó de 28,2 ± 9,5 al inicio a 13 ± 7,3 al final del seguimiento, ambas estadísticamente significativas (p<0.001).

La dosis media de MTF fue de 59,6 mg/día (1,2 mg/Kg/día). La dosis media en la presentación de 12 horas fue de 60,9 mg/día (1,19 mg/Kg/día) y la dosis media en la presentación de 8 horas fue de 53,42 mg/d (1,23 mg/Kg/día). Los pacientes que tomaban la formulación de 8 horas tenían una edad menor que la de los que tomaban la de 12 horas (12 vs. 13,4 años) y peso más bajo (43,43 vs. 51.03). No encontramos diferencias significativas entre las dosis de ambas presentaciones.

En el grupo de TDAH combinado la dosis media de MTF fue de 53,06 mg/d (1,12 mg/Kg/d), en el grupo TDAH inatento de 67,64 mg/día (1,26 mg/Kg/d), y en el grupo de TDAH con comorbilidad la dosis media fue de 63,20 mg/día (1,24 mg/Kg/d). No encontramos diferencias significativas en la dosis según el subtipo y la comorbilidad.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de 70 pacientes con TDAH en monoterapia con MTF observamos que la dosis requerida para alcanzar y mantener una remisión clínica fue de 1,2 mg/Kg/día, independientemente de la presentación de MTF y del subtipo diagnóstico, concordante con las recomendaciones en los protocolos, que recomiendan dosis entre 1,1 y 2,1 mg/Kg/día (NICE, 2008).



SINDROME DE COTARD EN ADOLESCENTES. REPORTE DE UN CASO

*Monge Osorio; Rocío de Pilar; Boronat Prades, Sílvia; Sanjurjo Ocaranza, Iria
Clínica Psiquiátrica Universitaria Institut Pere Mata,
Unidad de Crisis de Adolescentes.
rociomongemd@yahoo.com*

OBJETIVOS

1. Presentación de un caso poco frecuente en adolescente de Síndrome de Cotard en el contexto de un T. depresivo mayor.
2. Revisión sistematizada de la literatura existente relacionada con el síndrome de Cotard, casos descritos en adolescentes y edad más frecuente de presentación.

MÉTODOS

Se reporta el caso de un adolescente sin antecedentes psiquiátricos previos, quien es ingresado en la Unidad de Crisis de adolescentes por cuadro depresivo desencadenado por situación estresante y quien presenta sintomatología compatible con un síndrome de Cotard. Se realiza revisión sistematizada de literatura existente relacionada con dicho síndrome.

RESULTADOS

Se encuentra en la literatura que el Síndrome de Cotard es poco frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, con una prevalencia de 1 por 1000 por año.

Descrito por varios autores en pacientes jóvenes (pocos casos reportados) como la expresión de un delirio nihilista que puede manifestarse en distintos trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos).

CONCLUSIONES

Se describe el curso clínico del paciente y se plantea una revisión sistematizada de la literatura alrededor del trastorno.

EFFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

*Harto Cea, Miguel; Boluda Bayona, Carmen; Martínez Sáez, María Luisa
Hospital Universitario Doctor Peset
miquihc@hotmail.com* **79**

OBJETIVOS

Medir la incidencia de efectos adversos ocurridos en una muestra de pacientes diagnosticados de TDAH que reciben tratamiento psicofarmacológico.

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo. Se recoge una muestra comprendida por todos los pacientes que acuden a la Unidad de Salud Mental Infantil de Fuente de San Luís durante el año 2010, diagnosticados de TDAH (F90.0 de CIE-10) en el momento de la revisión y que reciben tratamiento farmacológico. Se recogen variables clínicas y sociodemográficas.

Se realiza un análisis descriptivo sobre la aparición de efectos secundarios derivados del tratamiento así como la medida terapéutica empleada para manejarlos.

RESULTADOS

Se obtiene una muestra de 49 pacientes (36 niños, 13 niñas) con una edad media de 10.7 años. El 63.2% presentó algún tipo de efecto secundario derivado del tratamiento farmacológico, siendo los más frecuentes las alteraciones de sueño (38.7%) y del apetito (29.03%). El 48.38% de los pacientes presentó más de un efecto secundario. En el 35.48% de los casos se tuvo que cambiar el tratamiento, y en el 19.35% se tuvo que reducir la dosis del psicofármaco empleado, siendo la actitud expectante (45.16%) la opción que se optó con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES

La información al paciente y su familia sobre la naturaleza del trastorno, su clínica y evolución, las alternativas terapéuticas y el manejo concreto de situaciones especiales debe constituir unos de los primeros pasos a dar por parte del especialista. La aparición de efectos adversos derivados del tratamiento farmacológico del TDAH en la práctica clínica es frecuente, llevándonos en ocasiones a mantener una actitud expectante o realizar cambios en las pautas farmacológicas aplicadas.

Es evidente la necesidad de realizar un adecuado seguimiento de estos pacientes para intentar detectar la posible aparición de efectos secundarios que pudieran interferir en el tratamiento farmacológico del TDAH.



80 UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES. PERFIL ASISTENCIAL Y FUNCIONAMIENTO

Sanjurjo Ocaranza,Iria. Boronat Prades,Silvia. Fort i Ciuret,Jordi. Herrera Ramos,Isaac. Rodríguez Tralalon,Mª José. Tassara Taco,Giovanna. Unidad de Crisis de Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Institut Pere Mata. Tarragona, Reus. iriasanjurjo@hotmail.com

OBJETIVOS

Presentación de la unidad. Análisis descriptivo del perfil de adolescentes ingresados. Comparativa y revisión de los datos de cinco años de funcionamiento.

METODOS

Revisión de datos estadísticos de la unidad desde el año 2006, obteniendo los estadísticos descriptivos y tablas de frecuencia de las siguientes variables: edad, estancia, género, tipo de ingreso, diagnóstico y derivación al alta.

RESULTADOS

Se mantiene la media de edad de los usuarios en torno a los 15 años. Se ha producido un aumento de la estancia media con respecto a los dos últimos años situándose en el año 2010 en 46'79 días de ingreso. En cuanto al género, varía en función de los años, los porcentajes correspondientes a 2010 se sitúan en un 58'9 de mujeres y un 39'7 hombres. Predominan, desde el año 2007, los ingresos programados. En cuanto al diagnóstico, predominan: T. adaptativo (28'8%), T. de conducta y emociones (27'4%), T. Psicóticos (21'9%), T del estado de ánimo (8'2%), T. de personalidad (5'5%), T. Bipolar (2'7%)(datos relativos a 2010). La derivación al alta se realiza en la mayor parte de los casos al CSMIJ de referencia, 9'6% a Hospital de día para Adolescentes, un 2'7% se derivan a la red de adultos.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos reflejan el recurso como una unidad de corta-media estancia que permite un abordaje individual y familiar así como la coordinación con diversos dispositivos terapéuticos tanto de cara a la programación de los ingresos como en cuestión de derivaciones al alta.

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DEL TDAH EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

ROMERO TRUJILLO, ROCIO; IMBERNÓN PARDO, EVA; VALCÁRCEL LENCINA, VICTORIA, ROBLES SÁNCHEZ, FUENSANTA CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE MOLINA DE SEGURA (MURCIA) roci_romero@hotmail.com

OBJETIVOS

Este estudio pretende conocer el porcentaje de TDAH confirmados del total de las derivaciones que se realizan desde atención primaria a un centro de salud mental de la región de Murcia.

METODOS

Estudio transversal y descriptivo de los pacientes atendidos en el CSM Infanto-Juvenil de Molina de Segura durante el periodo de Enero a Junio de 2009. Se revisan las historias de los pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo y se recogen las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, motivo de derivación y diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

De los 262 pacientes remitidos a nuestro centro, encontramos que un 30% de los casos el motivo de consulta fue "sospecha de TDAH". Este diagnóstico se confirma en aproximadamente un 5% de los casos. En el resto de pacientes los diagnósticos definitivos más frecuentes fueron otros como trastornos de aprendizaje o problemas de crianza.

CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados en nuestro estudio encontramos que a pesar del elevado número de pacientes derivados por sospecha de TDAH el porcentaje de casos en que se confirma este diagnóstico coincide con los datos descritos en la literatura actual. por todo ello consideramos que existe un sobrediagnóstico de esta patología y resaltamos la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial.



PSICOSIS DE INICIO EN ADOLESCENCIA: ESTUDIO MULTICENTRICO SOBRE DURACION DE PSICOSIS NO TRATADA EN SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA EN LONDRES

Dominguez-Barrera, Maria-de-Gracia; Fisher, Helen L.; Major, Barnaby; Chisholm, Brock; Rahaman, Nicky; Joyce, John; Bloy, Sally; Johnson, Sonia; Hodes, Matthew.

Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Centre for Mental Health, Imperial College London, UK.

m.dominquez-barrera@imperial.ac.uk

OBJETIVOS

La Duración de Psicosis No Tratada (DUP) es una medida de gran importancia dada su repercusión pronóstica. Solo 4 estudios (Canadá, Estados Unidos, Australia y Noruega) han comparado la DUP en base a la edad de inicio de psicosis, demostrando una demora en recibir tratamiento antipsicótico de 2 a 3 veces mayor en adolescentes (<18 años) que en adultos. Recientes directrices en el Reino Unido han establecido el objetivo de reducir DUP a una mediana menor de 3 meses. El presente estudio investiga la DUP en psicosis de inicio temprano y los factores asociados con el retraso en el inicio del tratamiento antipsicótico.

METODOS

La muestra incluye 1257 primeros episodios psicóticos (14 a 35 años) remitidos entre 2004 y 2009 a nueve Servicios de Intervención Temprana de Psicosis en Londres. Los datos clínicos y de servicios fueron recogidos con las escalas incluidas en MiData. Se realizaron análisis comparativos de DUP en adolescentes versus adultos (muestra completa en edad de inicio, n=846). Se incluyeron variables socio-demográficas, clínicas y de organización de los servicios como potenciales influencias sobre DUP.

RESULTADOS

En 113 casos la psicosis se inició en la adolescencia (13.4%, 6-17.9 años, mediana=16.9 años) mientras que 733 casos iniciaron en la edad adulta (86.6%, 18-35 años,

mediana 23.5 años). El grupo adolescente (Mdn=186 días, rango=0-6059) presentó una DUP significativamente mayor que el grupo de adultos (Mdn=76 días, rango=-1-4743), Test U de Mann-Whitney, p=0.002. Influencias sobre la DUP están siendo investigadas.

81

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio comparativo de DUP en base a la edad de inicio de psicosis en Reino Unido. En concordancia con publicaciones previas, el retraso en el tratamiento antipsicótico es 2.5 veces mayor en adolescentes comparado con adultos. Dicho retraso puede ser un reflejo de la organización de los servicios, entre otros factores.

TALLER DE PADRES : UN PROYECTO INCLUSIVO EN UN HOSPITAL DE DIA DE ADOLESCENTES

Rodó Amat,M; Martínez Fresneda, L.; Roquero Rodríguez, I; Montaña Ponsa, S.; Hervás Zuñiga, A. Hospital de Dia de Adolescentes Hospital Universitario "Mútua de Terrassa" hdaterrassa@yahoo.es

OBJETIVOS

Presentaremos un proyecto de "Taller de padres" que complementa la terapia rehabilitadora psicosocial en nuestra unidad, tras la experiencia obtenida después de dos años de su puesta en marcha.

Con el fin de vincular a los padres en la dinámica de la unidad y en el proceso rehabilitador de sus hijos, se les ha ofrecido la posibilidad de participar mediante talleres que ellos mismos impartirán ante el grupo de adolescentes y profesionales. La actividad es voluntaria y está coordinada y supervisada por la educadora social y la trabajadora social del HDA.

METODOS

Se trata de talleres monográficos que muestran vivencias, intereses o habilidades específicas de la familia y que tienen interés para el grupo de adolescentes. Se potencia la participación conjunta de padres e hijos, tanto en la elección del tema como en el desarrollo y exposición del mismo.



82 Los objetivos de dichos talleres son:

- Favorecer la vinculación de los familiares a la dinámica de la unidad
- Mejorar la vinculación entre generaciones.
- Potenciar el desarrollo personal de padres e hijos.

RESULTADOS
en análisis

CONCLUSIONES

Explicaremos la experiencia de 6 talleres realizados, detallando la metodología usada para las sesiones preparatorias, desarrollo de los mismos y valoraciones posteriores.

HETEROGENEIDAD EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO DE LIBERACIÓN MODIFICADA EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ESTUDIO OBSERVACIONAL OBSEER

Gasalla, Teresa; Döpfner, Manfred; Hautmann, Christopher; Rothenberger, Aribert
Shire Pharmaceuticals Ibérica, España
tgasalla@shire.com

OBJETIVOS

Este estudio observacional prospectivo (OBSEER) evaluó durante 3 meses la eficacia y seguridad de Equasym XL (metilfenidato de liberación modificada) administrado una vez al día en pacientes de 6–17 años con TDAH. Los niños con TDAH presentan respuestas diferentes al tratamiento, con trayectorias distintas respecto a la intensidad de los síntomas. Este análisis investigó los factores predictivos de estas trayectorias.

MÉTODOS

Los síntomas del TDAH fueron evaluados por padres y profesores mediante el cuestionario alemán FBB-TDAH en las tres visitas del estudio. Estos datos se analizaron post-hoc utilizando un modelo mixto de crecimiento para detectar grupos de trayectorias. Los factores predictivos

considerados fueron sexo, edad, dosificación de metilfenidato antes de cambiar a Equasym XL, problemas de conducta, síntomas emocionales y calidad de vida. La selección del modelo se basó en el criterio de información Bayesiano y en consideraciones clínicas.

RESULTADOS

Se computaron modelos con hasta 8 grupos según las evaluaciones de padres (n=699) y profesores (n=521). Considerando las covariables, la solución que mejor se ajustaba a los datos de ambos informadores fue la de 4 grupos. Un grupo tenía síntomas de TDAH de baja intensidad al comienzo y una evolución estable a lo largo de todo el estudio, mientras los otros tres tenían síntomas de alta intensidad al comienzo del estudio. Entre estos tres grupos, uno mostró una evolución estable, uno presentó una disminución marcada inmediatamente después de cambiar medicación y uno presentó una disminución marcada durante el tratamiento con Equasym XL. Todas las covariables excepto el sexo fueron significativas para predecir los grupos de trayectorias.

CONCLUSIONES

Pueden detectarse diferentes trayectorias de respuesta al tratamiento y se puede predecir a qué grupo pertenecen los pacientes. Estos resultados aportan información respecto a qué pacientes se beneficiarán con mayor probabilidad del tratamiento con Equasym XL.

Financiación: Patrocinado por Shire Development Inc.

HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL, UN AÑO FUNCIONANDO EN CASTELLÓN

Real López, M; Ramos Vidal, C; Espinosa Mata, M; García Miralles, I; Felip Serra, B; Salcedo Fernández M

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón
matiasreallopez@yahoo.es

OBJETIVOS

Analizar el funcionamiento después del primer año de un dispositivo nuevo y pionero en nuestra Comunidad. El Hospital de día Infanto-Juvenil forma parte de un proyecto conjunto entre la Conselleria de Sanitat y Educació; surgió para posibilitar el abordaje de casos especialmente complejos que requieren una importante labor de coordinación



y en ocasiones desbordan la capacidad de manejo desde otros recursos ya existentes. Forma parte de un Programa de Trastorno Mental Grave en la Infancia y Adolescencia, donde coexiste con una unidad de hospitalización y una consulta ambulatoria.

METODOS

Durante el primer año de existencia se han podido comprobar las ventajas e inconvenientes de este tipo de tratamiento y se han definido claramente los criterios para delimitar los casos que pueden ser atendidos y que pueden beneficiarse de este recurso.

RESULTADOS

Se ha atendido a un total de 13 pacientes, con diversos diagnósticos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, TDAH con alteraciones conductuales) con especiales dificultades para su manejo a nivel ambulatorio y repercusión en el rendimiento académico de forma significativa (bajas calificaciones, absentismo, períodos de expulsión, ingresos hospitalarios prolongados) El 92% de los casos ha tomado antipsicóticos, el 46% estabilizadores, el 46% antidepressivos, el 38,5% metilfenidato y atomoxetina.

CONCLUSIONES

El Hospital de día se ha integrado en la red de dispositivos ya existentes. Se ha realizado la evaluación mediante una amplia batería de test adecuados según el caso y aplicado intervenciones terapéuticas precoces ante las recaídas o empeoramientos, garantizando la continuidad terapéutica. El absentismo escolar ha mejorado en todos los casos, con una mejora a nivel académico que no se habría conseguido en ningún otro dispositivo existente. Es preciso seguir evaluando el impacto de este tratamiento integral a más largo plazo.

CONSOLIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN CASTELLÓN

*Real López, M; Ramos Vidal, C; García Miralles, I; Espinosa Mata, M; Lucas Miralles, MV; Álvarez Núñez RT, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón
matiasreallopez@yahoo.es*

OBJETIVOS

Este programa surge con la finalidad de ofrecer una asistencia más ajustada a las necesidades de los pacientes de la población Infanto-Juvenil con un Trastorno Mental Grave. Abarca el tratamiento en un subprograma ambulatorio, la unidad de hospitalización y el Hospital de Día.

El objetivo principal de este dispositivo es mejorar la atención precoz en estos casos y facilitar que sean atendidos, diagnosticados y tratados a tiempo.

METODOS

Al inicio fue crucial la definición del concepto de Trastorno Mental Grave para facilitar a los profesionales su identificación y derivación. Además del diagnóstico se utilizan diferentes ejes de valoración que permiten decidir sobre el grado de gravedad del trastorno. Se han puesto en marcha los tres subprogramas a lo largo de estos dos años y se encuentran funcionando en el momento actual.

RESULTADOS

A lo largo de 2 años se han atendido 64 casos a nivel ambulatorio, 13 en hospital de día y han ingresado en la sala 73 pacientes. De éstos, el 67% varones y el 33% mujeres. Agrupando por grupos diagnósticos el 37% presentaba problemas de conducta, el 27% tenía un Trastorno Afectivo, el 15% Trastorno psicótico, el 6,8% Trastorno de ansiedad, el 5,5% Autismo, el 5,5% caracteropatías, y el 3% otros diagnósticos.

CONCLUSIONES

Ha existido una demanda de atención constante durante el tiempo que lleva funcionando el dispositivo. Existe un predominio del sexo masculino en prácticamente todos los grupos diagnósticos. Los diagnósticos específicos más frecuentes son el Trastorno Bipolar y el TDAH. Es necesario seguir analizando resultados a más largo plazo para fijar variables que actúen de indicadores sobre la repercusión del programa (atenciones en urgencias, ingresos con carácter urgente, abandonos del tratamiento, número de recaídas,...).



84 SINDROME DE DIGEORGE Y ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO: A PROPOSITO DE UN CASO.

Kerejeta Lizeaga, I; Alonso Ganuza, Z; Fernández-Rivas Aranzazu; González Anido, A; Pérez Cabeza, L; Rincón Garces, T; González Llona, I; Gatón Moreno, A; Olazabal Eizaguirre, N; Rahmani R.
Servicio de Psiquiatría. HOSPITAL DE BASURTO. Bilbao. Bizkaia
zuralgan@hotmail.com

OBJETIVOS

Valorar la aparición de complicaciones psiquiátricas de la esfera psicótica en enfermos jóvenes con síndrome de DiGeorge. Mediante evidencias previas y el caso clínico que presentamos mostramos la relación de la delección 22q11 presente en este síndrome y el riesgo de desarrollo de esquizofrenia.

METODOS

Presentamos el caso clínico de una paciente de 14 años de edad, diagnosticada de síndrome de DiGeorge en los primeros meses de vida. La paciente ingresó en nuestra Unidad psiquiátrica Infanto-Juvenil en dos ocasiones por presentar sintomatología psicótica productiva de difícil control a nivel ambulatorio. Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

La paciente fue diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Personas afectas de síndrome de DiGeorge tienen alto riesgo de desarrollar un trastorno psicótico, principalmente esquizofrenia, en edades precoces. Se ha demostrado existe una relación entre la delección 22q11 y la presencia de trastornos psicóticos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de trastorno psicótico debe considerarse en todo paciente con síndrome de Digeorge que comienza con clínica psiquiátrica compatible con dicho cuadro. La bibliografía existente, constata asociación bidireccional con la esquizofrenia porque los sujetos con estos síndromes tienen mayor riesgo a lo largo de la vida de presentar un trastorno psicótico que recuerde la esquizofrenia (18%) y en aproximadamente el 2% de los sujetos con esquizofrenia se constata la existencia de una delección en la región 22q11.

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2009 DE PACIENTES DERIVADOS AL PROGRAMA DE INFANTO-JUVENIL DEL CSM DE FUENLABRADA QUE SON DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERCATIVIDAD Y TRASTORNOS DE CONDUCTA.

Vázquez de la Torre Escalera, Paloma; Saurim, Simone Cristina; Perez Perez, Esther.
Psiquiatra Adjunto Equipo Infanto-Juvenil Hospital de Fuenlabrada, Comunidad de Madrid.
le.pagu@gmail.com

OBJETIVOS

La finalidad del presente estudio reside en analizar la evolución de la demanda de pacientes atendidos en primeras consultas ambulatorias por el Equipo Infanto-Juvenil del CSM de Fuenlabrada durante los años 2005 a 2009, que fueron diagnosticados de TDAH y Trastornos de conducta. Con la finalidad de observar y analizar los cambios en el volumen de estos pacientes en los últimos 5 años. También se analiza el tipo de intervención, farmacológica y psicoterapéutica, más frecuentemente empleada con estos pacientes.

METODOS

Los datos empleados fueron extraídos de las hojas de asistencia cumplimentadas diariamente por psiquiatras y psicólogos del Equipo Infanto-Juvenil del CSM de Fuenlabrada. Los diagnósticos se clasifican según la CIE-9M. Los resultados han sido comparados con estudios análogos de diversas publicaciones científicas de ámbito nacional e internacional.

RESULTADOS

A partir del análisis de los datos se puede inferir que se ha producido un aumento importante de los trastornos de Conducta y TDAH en la patología nueva atendida en el CSM de Fuenlabrada en los últimos 5 años, mientras otros diagnósticos se han mantenido estables.



CONCLUSIONES

Los datos encontrados coinciden con los de otros autores que han estudiado la prevalencia diagnóstica en población clínica en nuestro medio. Los abordajes empleados presentan pocas modificaciones durante estos años.

SEGUIMIENTO DE INTERVENCIÓN ESCOLAR MANUALIZADA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENCIA EN ZONA NORTE DE ESPAÑA

*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 jepehor@msn.com*

****Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. mcalado@terra.es pmruiz@aragon.es*

OBJETIVOS

Introducción: se justifica la posibilidad de realizar un programa integrado de prevención que reduzca el riesgo de TCA y de sobrepeso en adolescentes. Objetivo: demostrar prevención de TCA y sobrepeso con una intervención en medio escolar con un programa manualizado.

METODOS

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%).

RESULTADOS

Resultados: demuestra ser efectivo con diferencias significativas con el CONFINT versión 3.0 PEPI de Abram-

son 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 no así en la obesidad.

CONCLUSIONES

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

EL IMPACTO DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TDAH EN LA VIDA FAMILIAR

*M^a Dolores Salcedo Marín, Josefa M Moreno Granados, Miguel Ruiz-Veguilla, Maite Ferrin
Unidad de Neuropsiquiatría del Desarrollo (NPD),
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
mdsalcedomarin@hotmail.com*

OBJETIVOS

Determinar el impacto que tiene la sintomatología asociada al TDAH a nivel familiar, diferenciando entre un grupo que presenta menos sintomatología, un grupo intermedio y otro que presenta más sintomatología

METODOS

La muestra estuvo formada por un total de 72 niños. El total de la muestra quedó repartida en tres grupos iguales, teniendo en cuenta la sintomatología asociada al TDAH de forma que los que se situaban por debajo del percentil 25 (n=23) eran los que presentaban menos sintomatología, entre el percentil 25 y 75 (n=23) es un grupo intermedio y aquellos que puntuaban igual o por encima del percentil 75 (n=26) que son los que presentaban más sintomatología. La edad de los participantes osciló entre 5 y 18 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron las escalas Conners, Euroqol, PedsQL, Lee, PSI y ASRS.



86 RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos ni en la variable edad ni en el sexo.

Se encontraron diferencias significativas en el impacto familiar entre el grupo que puntuaba menos en sintomatología, con respecto a los otros dos grupos. De forma que el grupo que presentaba menos sintomatología tenía menor puntuación en esta variable.

En la variable calidad de vida se encontraron diferencias entre el grupo que presentaba más sintomatología y el grupo de menor sintomatología, obteniendo una mejor puntuación el grupo de menor sintomatología. Asimismo también se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos incluidos en el estudio, en las medidas de ansiedad y depresión que mostraban los padres. Estas diferencias igualmente se dieron en la variable estrés. El grupo con más sintomatología obtenía una mayor puntuación en las variables mencionadas anteriormente. También se encontraron diferencias significativas en diferentes variables de emoción expresada entre los tres grupos. Los sujetos que tenían más sintomatología presentaban diferencias significativas con respecto al grupo que manifestaba menos sintomatología en la variable emoción expresada falta de apoyo. Además en el grupo de mayor sintomatología se obtuvieron diferencias significativas con el grupo intermedio en la variable emoción expresada criticismo, en ambas variables obtienen una mayor puntuación el grupo que tiene mayor sintomatología asociada al TDAH. Cuando se evaluó el criticismo positivo las diferencias se daban entre el grupo que presentaba menos sintomatología y el grupo intermedio, en este caso era el grupo con menos sintomatología el que obtenía una mayor puntuación.

No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en la variable que media la presencia de sintomatología asociada al TDAH en los padres.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el estudio apoyan la idea de que existen diferentes factores familiares que se han asociado tanto a la etiología como a la evolución a largo plazo del TDAH. No obstante, se debería realizar una evaluación longitudinal de las diferentes medidas evaluadas en el estudio.

¿ LA FUNCIÓN EJECUTIVA DE PLANIFICACIÓN ESTA AFECTADA POR LA INFLUENCIA DE OTROS DOMINIOS COGNITIVOS EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO ?

*M^a Dolores Salcedo Marín; Josefa M Moreno Granados; Miguel Ruiz Veguilla; Maite Ferrin
Unidad de Neuropsiquiatría del Desarrollo (NPD),
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
mdsalcedomarin@hotmail.com*

OBJETIVOS

Los trabajos que han profundizado en el estudio de trastornos del neurodesarrollo, como son el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), han puesto de manifiesto la existencia de alteraciones en el funcionamiento ejecutivo en ambas patologías.

OBJETIVOS

1. Evaluar la función de planificación en el TGD y TDAH, diferenciando entre el subtipo Combinado TDAH(C) y el subtipo Inatento TDAH(I),
2. Determinar si otras variables cognitivas pueden tener un efecto sobre el rendimiento en planificación
3. Identificar el efecto de estas variables cognitivas diferenciando entre alto o bajo rendimiento en función del grupo diagnóstico TDAH(C), TDAH(I) y TGD.

METODOS

La muestra estuvo conformada por un total de 119 niños/adolescentes, de los cuales 75 estaban diagnosticados de TDAH (C), 19 de TDAH (I) y 25 de TGD, con edades comprendidas entre 6 y 17 años de edad, todos los sujetos incluidos en la muestra presentaban un CI >70, y estaban estabilizados en el momento de la evaluación cognitiva.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Prueba Mapa del Zoo perteneciente a la Batería BADS-C, Test de Stroop, Grooved Pegboard Test, Claves y Dígitos de las Escalas de Inteligencia Weschler.

RESULTADOS

El grupo de TGD presentaron una peor ejecución en la versión uno del Mapa del Zoo, mientras que lo TDAH tenían un peor rendimiento en la versión dos.



En la primera versión, no existía apenas influencia de otros dominios cognitivos sobre la función de planificación, a excepción de una medida que podía estar afectada por el rendimiento en memoria de trabajo. Sin embargo en la segunda versión que es la baja demanda, la planificación sí podía estar más influenciada por la presencia de otras variables cognitivas como son presentar problemas en la inhibición de respuesta, en velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y coordinación motora.

En la versión uno los sujetos que presenten un alto rendimiento en memoria de trabajo son los que van a obtener una mejor ejecución. En la versión dos, los sujetos que presentan un bajo rendimiento en todas las variables cognitivas mencionadas previamente, van a presentar una peor ejecución.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el estudio apuntan a que ambas patologías del neurodesarrollo presentan déficit en la función de planificación, pero de forma diferente. Y que las alteraciones presentes en otros dominios cognitivos y ejecutivos, pueden tener un efecto sobre el rendimiento en la función ejecutiva de planificación en estos trastornos.

INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TDAH EN EL DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL DEL NIÑO

*Moreno-Granados, Josefa M^a; Salcedo Marín, M^a Dolores ;Ferrín, Maite; Ruiz-Veguilla, Miguel
Unidad de Neuropsiquiatría del Desarrollo (NPD),
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
jmmorenogranados@hotmail.com*

OBJETIVOS

Determinar si los síntomas asociados al TDAH, tienen una influencia en el desarrollo emocional y social de los niños, diferenciando entre un grupo que presenta menos sintomatología, un grupo intermedio y otro que presenta más sintomatología.

MÉTODOS

La muestra estuvo formada por un total de 72 niños con edades entre los 5 y 18 años. Fueron repartidos en tres grupos iguales teniendo en cuenta la sintomatología asociada al TDAH evaluada mediante la Escala Conners

para padres, de forma que los que se situaban por debajo del percentil 25 (n=23) eran los que presentaban menos sintomatología, entre el percentil 25 y 75 (n=23) fueron considerados como grupo intermedio y aquellos que puntuaban igual o por encima del percentil 75 (n=26) son los que presentaban más sintomatología. Todos los participantes fueron evaluados mediante la escala SDQ, que ofrece información de varias áreas relacionadas con el desarrollo del niño como son problemas de conducta, problemas emocionales, relación con los compañeros y comportamiento prosocial, siempre desde el punto de vista de los padres.

RESULTADOS

No se encontraron diferencias ni en sexo ni en edad entre los tres grupos. Se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos en las variables problemas emocionales, problemas de conducta así como en problemas con los compañeros, de tal forma que los sujetos que presentaban más sintomatología presentaban más problemas con respecto a los otros dos grupos. También se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión prosocial entre el grupo que presentaba más sintomatología y el que presentaba menos sintomatología, de manera que obtuvo una mayor puntuación el grupo de menor sintomatología.

CONCLUSIONES

A la luz de nuestros resultados se puede decir que presentar síntomas de presentar problemas de conducta, problemas emocionales y problemas con los compañeros, así como disponer de menos habilidades prosociales en la infancia, hace que el niño tenga más probabilidades de desarrollar síntomas propios del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

¿EXISTEN DAÑOS EN LA MEMORIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE PSICOSIS?

*Moreno-Granados, Josefa M^a; Salcedo Marín, M^a Dolores ;Ferrín, Maite; Ruiz-Veguilla, Miguel
Unidad de Neuropsiquiatría del Desarrollo (NPD),
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
jmmorenogranados@hotmail.com*

OBJETIVOS

Son pocos los esfuerzos que hasta el momento se han



88 dirigido al estudio del funcionamiento cognitivo en pacientes con un Primer Episodio de Psicosis (PEP) en la infancia y la adolescencia (Hollis, 1995). Además, éste se puede considerar el primer trabajo que persigue demostrar si los déficits encontrados en la memoria verbal a corto plazo y en la memoria visual a corto plazo, podrían estar a la base de otros problemas cognitivos presentes en los PEP, o por el contrario son déficits inherentes a la presencia de esta patología.

Objetivos: Comprobar, por un lado, si existen diferencias en memoria verbal y visual entre un grupo de PEP, menores de 18 años y un grupo de sujetos sanos, y por otro, demostrar si estas diferencias se mantienen a pesar de la existencia de otros déficits cognitivos presentes en el grupo de PEP.

METODOS

Se incluyeron 80 sujetos, 41 PEP y 39 controles sanos, todos con edades entre los 12 y los 18 años. Fueron evaluados en memoria visual y verbal mediante las Escalas de Memoria de Wechsler (Wechsler, 2004), y el Test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1942).

RESULTADOS

En todos los dominios hemos encontrado diferencias significativas que indican un peor rendimiento de los PEP frente a los controles. En las diferencias encontradas tanto en la memoria verbal y visual a corto plazo, podría estar interfiriendo la memoria de trabajo y la coordinación motora, respectivamente.

CONCLUSIONES

Los PEP presentan déficits en la memoria visual y verbal, sin embargo algunos de estos problemas podrían estar mediados por alteraciones en otros dominios cognitivos presentes en esta población clínica. Sin embargo, son necesarios más estudios que repliquen estos datos para poder concluir de manera consistente que los déficits cognitivos de los primeros episodios de psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia, podrían estar mediados por otros daños neuropsicológicos.

ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON / SIN HIPERACTIVIDAD EN TRATAMIENTO CON METILFENIDATO EN ASTURIAS MEDIANTE EL CONSUMO DEL PRINCIPIO ACTIVO DESDE EL AÑO 2002 AL 2009

Fernández Pérez, Maximino(1); Iglesias Carbajo, Ana Isabel (2).

Centro de Salud de La Felguera, Área Sanitaria VIII de Asturias.

(1) Pediatra, Psicólogo y Fellow en Psiquiatría Infantil y del Adolescente por la Clínica Universitaria de Navarra

(2) Farmacéutica del Área Sanitaria VIII de Asturias maximino.fernandez@sespa.princast.es

OBJETIVOS

El objetivo era conocer la prevalencia del TDAH tratado en la población infantil hasta 14 años y de manera particular en la de 6 a 14 años en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias (España), tanto globalmente como para las distintas Áreas Sanitarias. Para ello se evaluó el consumo de metilfenidato como variable ya que puede emplearse para estimar la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) en tratamiento farmacológico y así obtener la prevalencia mínima del trastorno. Para su cálculo se necesita conocer la Dosis Habitante Día (DHD) de metilfenidato, que resulta de considerar el número de dosis diarias definidas (DDD) del principio activo en relación con la población diana durante un año.

METODOS

Se dispuso de los registros del consumo del principio activo metilfenidato, en sus distintas presentaciones, en Asturias desde el año 2002 hasta el 2009. También se dispuso de los datos poblacionales de las cohortes pediátricas (0-14 años desde 2002 a 2009 y de 6-14 años en el año 2009) de las distintas Áreas Sanitarias con el fin de realizar el cálculo de la DHD de metilfenidato para dichas poblaciones. En el análisis estadístico se ha utilizado el odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%



respecto al año 2002.

RESULTADOS

La prevalencia del TDAH tratado en Asturias en el año 2009 fue de 3,678 x 1000 niños entre 0 y 14 años, es decir, el 0,37% de la población infantil. Si la tasa se relaciona sólo con el grupo de población de 6 a 14 años, en 2009 la prevalencia fue del 0,77%. El Área Sanitaria VIII, de Langreo, obtiene la mayor DHD de metilfenidato en el ejercicio 2009, 6,214 x 1000 niños, lo que equivale al 0,62% de prevalencia para toda la población infantil, mientras que se eleva hasta el 1,28% si se considera sólo la población de 6 a 14 años. Se objetiva un crecimiento continuo en las cifras de prevalencia con significación estadística, pero con una importante variabilidad entre las Áreas Sanitarias.

CONCLUSIONES

En relación con las cifras de prevalencia españolas publicadas, que oscilan entre el 5 y 6%, la prevalencia hallada en nuestra población es inferior. Un aspecto que resulta muy relevante es que en nuestra población en ningún caso se pudo objetivar sobrediagnóstico ni sobretatamiento. También destacamos que la variabilidad en la atención al TDAH resulta más la norma que la excepción, por lo que proponemos que el análisis de los datos obtenidos permita reflexionar sobre las necesidades reales de la población diana en relación con la mejora y la calidad de los servicios que se presta al TDAH.

COMORBILIDAD DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL DE BURGOS

*Chuquilín Arista, F; Antúnez, María B; Gordo Seco, R;
Alonso Santamaría, M; Ámez Cepeda, V.
Servicio de Psiquiatría
Complejo Asistencial Universitario de Burgos -
Hospital Divino Vallés. Ctra. de Santander, s/n., 09006 -
Burgos, Teléfono: 947235011
FANYCHUQUILIN@YAHOO.ES*

OBJETIVOS

Conocer las patologías comórbidas más frecuentes en pacientes diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Burgos.

MÉTODOS

Se seleccionó al azar 100 pacientes diagnosticados de TDAH, atendidos en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Burgos entre enero y diciembre del 2010. Se corroboró la impresión clínica con la aplicación de test diagnósticos específicos de TDAH (ADHD Rating Scale IV versión padres y profesores y Test de Conners para padres y profesores) y se investigó la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos mediante la revisión exhaustiva de las historias clínicas. Se realizó el análisis estadístico y su valoración.

RESULTADOS

Se encontró la presencia de comorbilidad psiquiátrica en el 67% de los pacientes estudiados, siendo más frecuente en el subtipo combinado (74,6%). El trastorno comórbido más frecuente fue el trastorno negativista desafiante (31,3%), seguido del trastorno específico de lectoescritura (26,9%) y del trastorno de ansiedad generalizada (10,4%). Otro hallazgo importante es la elevada prevalencia que se encontró del coeficiente intelectual límite (14,9%) en los pacientes estudiados.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos se correlacionan con los resultados de diversos estudios internacionales. Debido a la alta tasa de comorbilidad del TDAH, es muy importante investigar los diversos síntomas que presente el paciente para lograr una adecuada identificación de los problemas asociados y lograr racionalizar el abordaje psicológico y el tratamiento farmacológico.

ANTECEDENTES INFANTILES DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA

*Mata-Iturralde, Laura; Blasco-Fontecilla, Hilario;
Carballo J José; Baca-García, Enrique.
Centro de Salud Mental Moncloa, Fundación Jiménez
Díaz. Madrid.
mataiturralde@yahoo.es*



90 OBJETIVOS

Estimar la existencia de antecedentes infanto-juveniles en pacientes adultos diagnosticados de trastorno de personalidad (TP) y compararla con la de pacientes adultos diagnosticados de trastorno depresivo o trastorno de ansiedad

METODOS

Los datos se obtuvieron de los Registros Acumulativos de la base de datos de los dispositivos asistenciales de los Servicios Salud Mental de la provincia de Madrid entre 1986 hasta 2009. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes diagnosticados mediante CIE-10. 2) Evaluados y diagnosticados al menos dos veces. 3) El primer diagnóstico debía haber sido dado entre los 0 y los 17 años. Se obtienen 4 grupos de edad: menores de 2 años, entre 2-6 años, entre 6-12 años, y entre 12-18 años. A través de un contraste retrospectivo evaluamos la presencia de antecedentes psiquiátricos infanto-juvenil en pacientes diagnosticados de TP y se comparan con aquellos con diagnóstico de depresión o ansiedad en la vida adulta

RESULTADOS

La presencia de antecedentes psiquiátricos infantil fue mayor en los pacientes con TP en relación con los trastornos depresivos, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el grupo de 12 a 18 años [19,85 IC 95% (18,46-21,42)] y en el grupo de 6 a 12 años [5,60 IC 95% (4,80-6,40)]. En comparación con los pacientes con trastornos de ansiedad se obtuvieron también diferencias estadísticamente significativas, con mayor prevalencia de antecedentes infanto-juveniles tanto en la adolescencia [18,53 IC 95% (16,78-20,28)] e infancia (de 2 a 6 años) 5,28 IC 95% (4,27-6,29) en los pacientes diagnosticados de TP.

CONCLUSIONES

El mayor hallazgo de este estudio es que la presencia de un diagnóstico en la edad infanto-juvenil se relacionó con una mayor probabilidad de presentar un TP en la vida adulta en comparación con los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Futuros estudios deberían explorar los procesos que conforman el desarrollo de la personalidad.

ESTUDIO NATURALÍSTICO DE CONTINUIDAD DE TRASTORNOS DEPRESIVOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

Muñoz Lorenzo, Laura; Carballo Belloso, Juan Jose; Baca García, Enrique.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID.
lauramlorenzo@hotmail.com

OBJETIVOS

Estudiar la evolución y continuidad de los Trastornos Depresivos Infanto Juveniles en la edad adulta.

METODOS

La población estudio está compuesta por 49529 niños y adolescentes que fueron identificados en los registros de la base de datos de los dispositivos asistenciales de los Servicios Salud Mental de la provincia de Madrid desde 1986 hasta el 2008, con seguimiento en su etapa adulta. Se seleccionaron aquellos con un diagnóstico de trastorno o episodio depresivo según códigos CIE.

Los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión fueron 528, estos fueron divididos en subgrupo infantil y adolescencia, se analizaron las características sociodemográficas de ambos grupos. Se estudió mediante el estadístico Chi-cuadrado y modelos de regresión logística, la evolución de los mismos en la edad adulta, y las variables que influían en la continuidad homotópica y el seguimiento psiquiátrico.

RESULTADOS

El 57.2% de los sujetos con un TDM infanto juvenil que continúan su seguimiento en los Servicios de Salud Mental en la etapa adulta presentan Continuidad Homotópica del Trastorno Depresivo, especialmente sucede así cuando el cuadro es de inicio adolescente. Además se incrementa notablemente el riesgo para otros trastornos psicopatológicos como los de ansiedad y los trastornos de personalidad.

CONCLUSIONES

Se avala la continuidad homotópica del trastorno depresivo infantil de inicio adolescente en nuestra muestra, sería importante implementar nuevas investigaciones, especialmente con población infantil.



TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN ADOLESCENTES

*Antúnez María, B; Alonso Santamaría, M.; Chuquilín
Arista, F; Pérez Gil, S.*

*Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo
Asistencial Universitario de Burgos.
BEGOANTUNEZ@YAHOO.ES*

OBJETIVOS

Revisión de los criterios utilizados para el diagnóstico y el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada en los adolescentes con el objetivo de describir la clínica predominante y solapada de los trastornos de ansiedad en este rango de edad.

MÉTODOS

Se revisó el concepto de trastorno de ansiedad generalizada en la literatura así como los criterios diagnósticos de los demás trastornos de ansiedad, en especial, de los de aparición predominante en la infancia y la adolescencia. También se analizaron las posibles causas de origen orgánico que cursan con clínica similar.

RESULTADOS

La sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada se ve solapada con la clínica propia del trastorno obsesivo-compulsivo, así como con el trastorno de angustia, la fobia social y escolar, la ansiedad de separación y las fobias simples. Asimismo, puede presentar una clínica de inicio común con los trastornos depresivos, ciertos trastornos somáticos como el hipertiroidismo, las crisis parciales complejas o el síndrome vertiginoso así como con los trastornos conversivos y disociativos.

CONCLUSIONES

La historia clínica y la descripción precisa de la sintomatología (compulsiones, ataques de pánico, clínica somática,...) por orden de aparición y gravedad, será lo que nos permita en las sucesivas consultas afinar en el diagnóstico diferencial entre todos los trastornos de ansiedad y, en especial, entre los de inicio en la adolescencia. Asimismo, podemos establecer diversos diagnósticos de sospecha o descartar ciertas patologías de origen orgánico que cursan con una clínica similar.

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL

*Mata-Iturralde, L; Carballo, JJ; Álvarez, R; González, M;
Muñoz-Lorenzo, L; Padilla, JM; Baca-García, E.*

*Centro de Salud Mental Moncloa, Fundación Jimenez
Díaz. Madrid.*

mataiturralde@yahoo.es

OBJETIVOS

Evaluar la evolución de la prevalencia de diagnósticos de trastorno de personalidad (TP) en niños y adolescentes que han sido evaluados en Centros de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid.

MÉTODOS

Los datos se obtuvieron a través del Registro Acumulativo de Casos de la Comunidad de Madrid que son datos de todos los Centros de Salud de la provincia de Madrid desde 1980 hasta 2008. Este registro codifica los diagnósticos a través de la CIE-10.

Analizaremos y compararemos las prevalencias de diagnósticos de TP en cuatro periodos distintos: 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 y 2005-2008. Las tasas fueron calculadas para hombres y mujeres de forma separada.

RESULTADOS

La tasa de diagnósticos de TP en niñas y adolescentes mujeres se mantuvo estable en el tiempo con una prevalencia de 10,06 (95% CI 9,25-10,86) en el periodo de 1990-1994 encontrando una prevalencia parecida para el último periodo 2005-2008 con un 9,66% (95% IC 8,775-10,54).

En varones se observó cierto descenso en el diagnóstico a lo largo del tiempo siendo la prevalencia en el periodo de 1990-1994 de un 15,51% (95% IC 14,63-16,39) y en el periodo de 2005-2009 de un 9,04% (95% IC 8,33-9,74).

CONCLUSIONES

Sorprende la prevalencia tan alta de diagnósticos de TP encontrada en edad infanto-juvenil en una muestra clínica tanto en varones como en mujeres llegando casi a un 10%. Estos datos apoyan las investigaciones previas (Johnson,



92 2006) que sostienen la presencia de TP en la adolescencia que igualaría la prevalencia en adultos (Mattia, 2001; Torgersen, 2005). Se requieren de estudios prospectivos que confirmen que la patología de la personalidad puede ser más dinámica y precoz de lo pensado previamente.

TENDENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (1990-2008).

Padilla Alonso, José Miguel; Carballo, Juan J.; García-Nieto, Rebeca; Muñoz-Lorenzo, Laura; Legido Gil, Teresa; Mata Iturralde, Laura; Baca-García, Enrique
Servicio de psiquiatría de Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
jomipad@gmail.com

OBJETIVOS

Determinar la evolución temporal de los diagnósticos de Trastornos de Conducta en niños y adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

MÉTODOS

Se analizó el registro de asistencia ambulatoria en los Centros de Salud Mental de la CAM desde 1990 a finales de 2008, en cuatro períodos: 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 y 2005-2008. Los diagnósticos se codificaron mediante los códigos de la CIE-10. Se determinó el número total de consultas en cada período y se calculó la proporción de consultas con algún diagnóstico de Trastorno de conducta (Códigos CIE-10 F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9) tanto en hombres como en mujeres. Se utilizó el método de Wald para las comparaciones de la prevalencia de visitas con diagnóstico de Trastorno de conducta en los diferentes períodos.

RESULTADOS

Se observaron diferencias significativas en la prevalencia del diagnóstico de trastorno de conducta y en su progresión temporal entre hombres y mujeres:

- Los varones presentaron tasas más altas que las mujeres en todos los períodos estudiados.

- En los varones existía una tendencia creciente desde el período 1990-1994 hasta el período 2005-2008, con un incremento estadísticamente significativo de la proporción total de diagnósticos desde un 3,53% (IC 95% 3.08-3.98) a un 6.75% (IC 95% 6.14-7.37), respectivamente.
- En las mujeres se halló una mayor proporción de trastornos de conducta en el período 2000-2004 (2,40%, IC 95% 2.05-2.76).

CONCLUSIONES

Estos hallazgos suponen un incremento en la demanda asistencial por problemas conductuales, especialmente en el caso de los varones. Es necesario considerar en los resultados un posible sobrediagnóstico de las diferentes entidades clínicas de trastornos de conductuales frente a otros trastornos psiquiátricos y no un aumento real de la prevalencia del trastorno. Se requieren estudios prospectivos que evalúen más profundamente los diferentes condicionantes de este incremento.

ESTABILIDAD TEMPORAL DE LAS DIMENSIONES DE SÍNTOMAS EN UNA MUESTRA PEDIÁTRICA DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Fernández de la Cruz, Lorena; Micali, Nadia; Roberts, Samuel; Turner, Cynthia; Nakatani, Eriko ; Heyman, Isobel; Mataix-Cols, David
King's College London, Institute of Psychiatry, London, UK
lorena.fernandez_de_la_cruz@kcl.ac.uk

OBJETIVOS

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es una condición clínicamente heterogénea. Esta heterogeneidad se puede resumir en la existencia de unas pocas dimensiones de síntomas (Limpieza, Pensamientos prohibidos, Acumulación y Simetría) que han mostrado estabilidad temporal en la población adulta. El objetivo de este trabajo es establecer la estabilidad temporal de estas dimensiones en una muestra pediátrica de pacientes con TOC.

MÉTODOS

Un grupo de 81 niños y adolescentes con TOC visitados



en el Maudsley Hospital (Londres, Reino Unido) fueron evaluados con la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown para niños (CY-BOCS) al inicio de su tratamiento y reevaluados años más tarde (media = 4.8 años, $sd = 2.8$; rango = 1 – 11). Análisis de variancia y modelos de regresión múltiple fueron utilizados para examinar la estabilidad temporal de las dimensiones.

RESULTADOS

Las dimensiones de Pensamientos prohibidos, Acumulación y Simetría no mostraron cambios sustanciales a lo largo del tiempo. En cambio, la dimensión de Limpieza mostró cambios (mejora de los síntomas) entre los dos momentos temporales. Los análisis de regresión múltiple mostraron que el predictor más robusto de la presencia de una dimensión particular en el seguimiento fue la presencia de esta misma dimensión en el pasado. Los resultados permanecieron significativos después de controlar la cantidad de mejora clínica.

CONCLUSIONES

Las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos en la población pediátrica son relativamente estables a lo largo del tiempo. Estos hallazgos apoyan la investigación continuada de la etiología del TOC usando un enfoque dimensional del mismo.

IDENTIDAD ÉTNICA Y AJUSTE PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES NO ACOMPAÑADOS EN BUSCA DE ASILO

*SÁNCHEZ-CAO, ELIZABETH; KRAMER, TAMI; HODES, MATTHEW
IMPERIAL COLLEGE LONDON (ST MARY'S HOSPITAL)
elizcao@gmail.com*

OBJETIVOS

La identidad étnica es un elemento central en la autoestima, la funcionalidad y la salud mental de una persona y se forma a partir de su contexto cultural y familiar.

En el mundo existen millones de desplazados y refugiados en busca de asilo político. En circunstancias tan

adversas y enfrentados a importantes cambios culturales en el país de acogida, el riesgo de presentar psicopatología es elevado. Los adolescentes que buscan asilo no acompañados (ABANA) podrían ser extremadamente vulnerables tras el reasentamiento.

Aunque la mayoría provienen de países con etnicidad diferente al del país de acogida, apenas se ha estudiado la identidad étnica en esta población y cómo se relaciona con su ajuste psicológico.

Los objetivos principales residen en describir la identidad étnica de una muestra de adolescentes no acompañados que buscan asilo en UK y evaluar las características psicológicas y sociodemográficas asociadas.

MÉTODOS

76 ABANA de entre 13 y 18 años, completaron cuestionarios sobre: (1) identidad étnica (Multigroup Ethnic Identity Measure, MEIM), (2) sintomatología depresiva (Birlson Depression Self-Rating Scale) y postraumática (Impact of Events Scale) y (3) otros factores de riesgo y/o protectores (datos sociodemográficos, exposición a eventos traumáticos y aculturación).

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta mayoritariamente por chicos (68.4%; edad media: 16.33). El 54% era de origen africano y el 36%, europeo y llevaban viviendo en UK una mediana de 18 meses. La mediana de la MEIM fue 3.03 (RQ= 2.80; 3.35). El 14.5% puntuaban por encima del punto de corte de la escala de depresión y el 66% por encima del de la escala de sintomatología postraumática.

Se realizarán análisis de regresión para evaluar la relación de las variables psicológicas con la identidad étnica.

CONCLUSIONES

Abordaremos la relación de la identidad étnica con el ajuste psicosocial de los adolescentes refugiados.



94 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

*Alvarez Arroyo, S; Oviedo de Lucas O; Martin Recuero L; Pelaz Lopez S.
Equipo de salud mental de Zafra (Badajoz)
sonickalvarezarroyo@gmail.com*

OBJETIVOS

Valoración de la influencia del Trastorno obsesivo compulsivo en las distintas áreas

del niño/ adolescente (escuela, familia, relación con los iguales, etc); teniendo en cuenta el nivel de desarrollo y la capacidad intelectual a la hora de realizar la evaluación psicológica, observando la evolución de los síntomas y determinando si existe comorbilidad. Evaluar asimismo la comprensión del niño acerca del trastorno; sus recursos y déficit.

METODOS

Evaluación de rituales y compulsiones que se producen en distintos ambitos. Valoración del funcionamiento cognitivo y sociofamiliar del niño. Tener en cuenta las

dificultades de evaluación del Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia tales como pueden ser la dificultad para distinguir un ritual de una rutina propia de la edad. Los niños porlo general se muestran más reservados o tienden a ocultar los rituales más que

los adultos, por lo que tenemos que cuidar mas el rapport y adaptación de la entrevista psicoterapeutica segun la edad, para facilitar la transmision de informacion.

Evaluacion familiar para estimar la comprensión de los sintomas y el

manejo de los mismos. Tambien se valorará la comunicación y roles

familiares. Se pueden utilizar pruebas complementarias tales como la

CYBOCS y CBCL.

RESULTADOS

El TOC en la infancia puede estar asociado a otros trastornos, por lo que es conveniente valorar los síntomas afectivos, ansiosos, como cualquier otra psicopatología. Los niños pequeños tienen menos capacidad de pensamiento abstracto, luego les costara mucho más hacer una critica de los pensamientos obsesivos.

CONCLUSIONES

El Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia tiene muchas peculiaridades propias y tambien muchos aspectos similares al TOC en la etapa adulta. La tendencia a la cronicidad del trastorno hace que tengamos que realizar una evaluacion completa y adaptada al nivel cognitivo del paciente ya que influirá de manera significativa en la planificación terapeutica.

ANTIPSIKÓTICOS EN LA INFANCIA: REVISIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

*Antúnez María, Begoña; Alonso Santamaría, Marta
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Universitario de Burgos
BEGOANTUNEZ@YAHOO.ES*

OBJETIVOS

Los antipsicóticos en niños y adolescentes se utilizan en un amplio espectro sintomático, sin embargo la información sobre su uso se basa en estudios no controlados con muestras pequeñas y heterogéneas. El objetivo de este estudio es la revisión en la práctica clínica del uso de antipsicóticos en niños y adolescentes y compararlo con los estudios existentes.

METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes vistos en una consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil durante 12 meses, recogiendo la edad, sexo, diagnóstico, evolución, tratamiento (tipo de antipsicótico) y efectos adversos.

RESULTADOS

Se observó que sólo un 10% de los pacientes tomaban antipsicóticos, siendo el 50% Risperidona, 25% Quetiapina, 15% Olanzapina y el 10% restante otros.

Por sexos, el 69% eran varones y el 31% niñas; por edades, el 38% eran niños y el 62% adolescentes.

El diagnóstico principal en niños fue Retraso Mental y TND; en adolescentes fue TND y Trastornos Afectivos.

A las 2 semanas, Risperidona y Olanzapina fueron los mejor tolerados y a los 12 meses lo fue Quetiapina.

CONCLUSIONES

Los antipsicóticos son utilizados en una amplia gama de diagnósticos, siendo utilizados en mayor proporción en



varones y en adolescentes.

Existen diferencias significativas entre ellos en cuanto a tolerancia a corto y medio plazo.

No es posible la generalización de los resultados debido al pequeño número de la muestra, la heterogeneidad de la misma, la no aleatorización de pacientes y la no existencia de un grupo control.

NIÑOS CON TDAH, ¿QUÉ PASA CUANDO SE DEPRIMEN SUS MADRES?

Jaime Moyá Querejeta; Rosa Nicolau; Laura Monte; Montse Vila; Marta García Giral; Josefina Castro-Fornieles

Hospital Clínic de Barcelona. Servei de Psiquiatria Infantil i Juvenil.

jmoya1@clinic.ub.es

OBJETIVOS

Analizar el ambiente familiar y los síntomas depresivos maternos en familias con un niño con TDAH. Estudiamos las diferencias según sea un adolescente o un niño quien tiene TDAH.

MÉTODOS

La muestra fueron 101 pacientes con TDAH (48 niños, menores de 11 años y 53 adolescentes, mayores de 12 años) y sus madres. De los pacientes, 82% varones, 19% con el subtipo inatento y el 45% sin comorbilidad. El 85% de las familias eran nucleares y con 4 habitantes en la casa. Se valoró el ambiente familiar (Family environment scale) y la patología materna (Beck Depression Inventory y la escala de depresión de Goldberg).

RESULTADOS

De media, las madres no mostraron trastornos psicopatológicos, pero sus síntomas depresivos se asociaron a menor cohesión familiar ($r = -0.41$, $p \leq 0.05$) y menor organización ($r = -0.36$, $p \leq 0.05$). Por cada punto de aumento de la psicopatología general materna aumentaba en 0.46 la frecuencia de trastornos de ansiedad y en 0.18 la de trastornos afectivos y con el aumento de síntomas depresivos aumentaban en 0.65 las alteraciones globales en niños y adolescentes.

Los niños con TDAH tenían más trastornos interiorizantes que los adolescentes ($p \leq 0.05$) y mayores niveles de

depresión materna se asociaban con menor organización en la casa ($r = -0.38$, $p \leq 0.05$). En familias con adolescentes existía más conflictividad ($p \leq 0.05$), que también se relacionaba con la sintomatología depresiva materna ($r = 0.59$, $p \leq 0.05$) y que aumentaba a más edad del paciente ($r = 0.40$, $p \leq 0.05$).

No hallamos diferencias según el subtipo de TDAH ni según el sexo del paciente.

CONCLUSIONES

La sintomatología depresiva de madres de pacientes con TDAH influye en el ambiente familiar y en los síntomas depresivos del paciente. En madres más deprimidas, los más jóvenes podrían ver más afectada la organización del hogar y los adolescentes vivir en un entorno más conflictivo.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD INFANTO- JUVENIL DE SALUD MENTAL (TORREJÓN DE ARDOZ , MADRID)

Marinas Navarro, Lilia; Muncharaz Sanz, Ramón; Morón Nozaleda, Goretti; Fernández Calero, Rosario; Huertas Patón, Abigail.

Centro Salud Mental Torrejón (Madrid).

lylia7@hotmail.com

OBJETIVOS

Describir la psicopatología, características demográficas y uso de los dispositivos utilizados por pacientes que comienzan o continúan seguimiento en UIJ de Salud mental.

MÉTODOS

Se realiza un registro con los datos de los pacientes que consultan por primera vez o realizan seguimiento entre los meses de abril, mayo y septiembre de 2010. Los datos recogidos incluyen: sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico, dispositivos sanitarios o educativos a los que han sido derivados.

RESULTADOS

La mayoría de los niños y adolescentes que consultan por primera vez y los que realizan seguimiento se diag-



96 nostican de una patología externalizante. La patología internalizante, es más frecuente en seguimiento que en consulta de evaluación.

La mayoría de los pacientes atendidos están derivados a más de un dispositivo o atendido por más de un profesional.

CONCLUSION

Se hace evidente la necesidad de una intervención multidisciplinar a la hora de tratar niños y adolescentes en UI de Salud Mental. Por tanto, es imprescindible la buena coordinación entre profesionales de los distintos dispositivos que los atienden.

Sería aconsejable, analizar en profundidad las derivaciones realizadas por el pediatra o el médico de atención primaria, ya que suponen la principal fuente de detección de patología psiquiátrica infantil.

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y GÉNERO.

*Marinas Navarro, Lilia; Muncharaz Sanz, Ramón; Morón Nozaleda, Goretti; Fernández Calero, Rosario; Huertas Patón, Abigail.
Centro de Salud Mental de Torrejón (Madrid).
lylia7@hotmail.com*

OBJETIVOS

Se describe la frecuencia de los distintos trastornos psicológicos de la población infanto-juvenil, evaluada por primera vez o que realizó seguimiento en CSM de Torrejón durante tres meses de 2010, según su género y su edad.

METODOS

Se realiza un registro de los diagnósticos de 200 pacientes de la Unidad infanto-juvenil, que realizó seguimiento o primera consulta durante 3 meses de 2010. Se recogen los datos de diagnósticos, edad y género.

RESULTADOS

Se encontraron diferencias de diagnóstico entre los distintos grupos de edad y con respecto al género. Se comparan estos resultados con la información epidemiológica de estos trastornos encontrada en la literatura.

CONCLUSIONES

Se comprueba que en general, la manifestación de los

trastornos en los niños es más disfuncional/ desadaptativo que en las niñas, lo que explicaría su mayor afluencia en consultas de Salud Mental infantil. Habría que tener esto en cuenta, para no pasar por alto patologías que se manifiesten más larvadamente.

PSICOSIS INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Monzón Díaz, Josué; García Parra, Elisa; Herreros Óscar; Rubio Morel, Belén; Trujillo Carrillo, Francisco; Salinas Muñoz, María; Girbau Ronda, Juan Pablo; Barrau, Víctor; Henry Benítez, Manuel; Gracia Marco, Ramón

*Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife
josuemonzondiaz@gmail.com*

OBJETIVOS

El término “psicosis infantiles” constituye un grupo de trastornos de etiología y clínica muy dispares, que a lo largo de los años se han ido describiendo bajo formas muy diversas

Aunque poco frecuente, las alteraciones psicóticas durante la infancia (psicosis infantiles) tienen graves consecuencias en el desarrollo personal del niño o del adolescente tanto por la gravedad de la propia enfermedad como por momento evolutivo en que aparecen.

METODOS

Mediante este trabajo basado en un caso clínico evaluado en la Unidad de Psiquiatría Infantil, junto con una revisión clínica a partir de artículos publicados en la literatura médica de los últimos años pretendemos llamar la atención sobre esta patología y más concretamente en las formas progresivas o insidiosas

RESULTADOS

Si consideramos la esquizofrenia de origen en la infancia y la adolescencia, la mayoría de los autores insisten en que los signos clínicos prodrómicos de la esquizofrenia, podrían constituir signos precoces inequívocos de la enfermedad, cuya aparición sería muy anterior al desarrollo del primer episodio de psicosis.

El síndrome alucinatorio es raro antes de los 8 años, teniendo las alucinaciones en el niño una mayor simplicidad y menor sistematización.

CONCLUSIONES

Las alucinaciones exigen un preciso diagnóstico dife-



rencial con otros tipos de ilusiones y pseudopercepciones sin que su presencia implique por sí mismas un estado esquizofrénico.

A lo largo de la evolución pueden presentarse síntomas como el aislamiento social, conductas e ideas extravagantes, abandono de la higiene y apariencia corporal, afectividad insulsa e inapropiadas, experiencias perceptivas inusuales, funcionamiento cognitivo inconsistente, irregularidad en la evolución longitudinal, lo que confiere una gran dispersión de resultados en la exploración de pacientes.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO Y ESQUIZOFRENIA: META- ANÁLISIS CUANTITATIVO DE COGNICIÓN SOCIAL

Sugranyes, Gisela ; Kyriakopoulos, Marinos ; Corrigan, Richard ; Taylor, Eric ; Frangou, Sophia
Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente,
Institute of Psychiatry, Kings College, London. Reino Unido
gisela.sugranyes@kcl.ac.uk

OBJETIVOS

La disfunción social es un elemento nuclear tanto de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) como de la esquizofrenia (SZ). El objetivo del presente estudio es aplicar un método meta-analítico a datos de RMNf existentes, para inferir diferencias y similitudes sobre los correlatos neuronales de cognición social entre ambos trastornos.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios de RMNf utilizando tareas de reconocimiento facial de emociones (RFE) y teoría de la mente (TDM), que comparasen pacientes TGD y SZ con controles sanos (CS). Las coordenadas espaciales seleccionadas se sometieron a un meta-análisis cuantitativo denominado "Activation Likelihood Estimation". Las inferencias estadísticas se basaron en un umbral de $p < 0.05$ con corrección FDR.

RESULTADOS

17 estudios de RFE y 16 TDM cumplieron criterios de inclusión, englobando 152 ASD, 351 SZ y 518 CS. Sujetos TGD exhibieron una respuesta neural incrementada

en estructuras típicamente implicadas en la extracción de atributos faciales, mientras que demostraron una activación reducida en los córtex somatosensoriales y en regiones prefrontales. Los pacientes SZ presentaron una disminuida activación en el córtex prefrontal lateral, lo que podría subyacer a la inapropiación social de estos pacientes, mientras que su incrementada activación en los córtex somatosensoriales podría reflejar un aumento de reclutamiento de cariz autoreferencial durante tareas de cognición social. La activación talámica reducida refleja posibles anomalías en el procesamiento visual temprano, específico de este subgrupo diagnóstico. Ambos grupos diagnósticos presentaron una disminuida activación en el córtex temporal lateral durante tareas TDM, mientras que los TGD exhibieron un incremento específico de activación en esta región durante los paradigmas de RFE.

CONCLUSIONES

A pesar del solapamiento fenomenológico, los presentes hallazgos sugieren que los correlatos neuro-funcionales de la cognición social divergen entre TGD y SZ. Estos hallazgos suman al conocimiento actual respecto al campo común y diferente entre estos dos trastornos.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE ADOLESCENTES CON UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO

Graell Berna, Montserrat; Andrés Nestares, Patricia;
Sepúlveda García, Ana R.; Villaseñor Montarroso,*
Angel; Faya Barrios, Mar; Martínez-Cantarero, Carmen;
Morandé Lavín, Gonzalo
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
mogrbe@terra.es

OBJETIVOS

Evaluar el funcionamiento familiar y el nivel de Emoción Expresada en padres y madres de adolescentes con trastornos de alimentación (TCA).

MÉTODOS

Se presentan datos basales de un estudio longitudinal de adolescentes con TCA de inicio temprano. Se usó el Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES II) para medir el



- 98** Funcionamiento Familiar (Cohesión percibida y Adaptabilidad). La Emoción Expresada (EE) se evaluó mediante el Family Questionnaire (FQ), 2 subescalas, Criticismo (CC) y Sobre-implicación Emocional (EOI). Puntos de corte: 23 para EE-CC y 27 para EE-EOI. Se realizaron comparaciones pareadas con la prueba Chi-square y t de Student.

RESULTADOS

Muestra: 50 adolescentes mujeres, edad 14,5 (SD=1,4), IMC=16,4 (SD=1,7) inician tratamiento, evolución enfermedad: 9 meses, SD=4. 100 padres (50 madres y 50 padres), edad 44,3 (SD=4,1). El 85% de los padres vieron a sus familias separadas y estructuradas ("rango medio"), solo 12% de padres y 15,4% de madres percibieron su funcionamiento familiar como categoría "extrema" (desconectada y rígida). No hubo diferencias significativas entre madres y padres en CC o EOI. Un 31% de padres y 40% de madres alcanzaron altos niveles de CC, en cambio un 57% de los padres y un 64,4% de las madres presentaron alta EOI, pero no hubo diferencias significativas entre ambos padres ($p>0,05$). No hubo diferencias significativas entre los altos niveles de EE de padres y madres y el funcionamiento familiar.

CONCLUSIONES

La mayoría de las familias se perciben en un rango medio de funcionamiento familiar (tipos separados y estructurados).

Un tercio de padres y casi la mitad de las madres presentan altos niveles de criticismo.

Más de la mitad de padres y madres presentan alta sobreimplicación emocional. El funcionamiento familiar no correlaciona con la Expresividad Emocional.

Estos resultados apoyan la implementación de tratamientos basados en la familia en adolescentes con TCA.

Agradecimientos: Fundación Alicia Koplowitz y el FIS (PI08/1832).

ANOREXIA NERVIOSA EN VARONES ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Monzón Díaz, Josué; García Parra, Elisa; Herreros, Óscar; Rubio Morel, Belén; Trujillo Carrillo, Francisco; Salinas Muñoz, María; Girbau Ronda, Juan Pablo; Sanginés Izzo, Mariela; Henry Benítez, Manuel; Gracia Marco, Ramón
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil.

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife
josuemonzondiaz@gmail.com

OBJETIVOS

Los TCA son una de las patologías que están emergiendo en las últimas décadas, se encuentran ligados de forma muy estrecha a factores socioculturales, biológicos, psicológicos y al estilo de vida. Debido a su tendencia a la cronicidad y a su gravedad generan gran sufrimiento en las personas afectadas y a las personas de su entorno. Por ello deben ser tratados en centros específicos con un abordaje multidisciplinar, mediante profesionales formados en estos trastornos y con programas terapéuticos diseñados de forma específica.

MÉTODOS

Presentamos un caso clínico evaluado en la Unidad de Psiquiatría Infantil, junto con una revisión clínica a partir de artículos publicados en la literatura médica de los últimos años, intentando insistir en el estudio de aquellos factores implicados en el desarrollo de los TCA en varones adolescentes, con el fin de establecer diferencias y semejanzas de factores entre géneros y aportar intervenciones multidisciplinarias destinadas a disminuir la vulnerabilidad del varón hacia estos trastornos.

RESULTADOS

A pesar de que los hombres constituyen un grupo estadísticamente pequeño de pacientes con TCA, existen algunos subgrupos que muestran una susceptibilidad mayor frente a esta patología, como los deportistas (corredores, luchadores).

La edad de inicio de estas patologías es más tardía en los varones; comenzando al final de la pubertad, estando la edad media en torno a los 18 años.

Los estudios realizados demuestran que no existe un tratamiento único para la AN, sino que la combinación de varias modalidades terapéuticas (físicas, psicosocial, farmacológicas), mediante un equipo multidisciplinar, mejora sensiblemente los resultados.

CONCLUSIONES

Las revisiones bibliográficas revelan el incremento del género masculino en los TCA y la tendencia a ignorar la sintomatología masculina como consecuencia de los estereotipos de pacientes con estas patologías.

La AN es un trastorno potencialmente mortal que ha alcanzado la primera línea de atención social en los últimos años.



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID ¿HA AUMENTADO SU PREVALENCIA EN LAS CONSULTAS?

Álvarez-García, R; Carballo-Belloso, JJ; García-Nieto, R; Padilla-Alonso, JM; Muñoz-Lorenzo, L; Mata-Iturralde, L; Baca-García, E
Fundación Jiménez Díaz, Madrid
rakelisima@gmail.com

OBJETIVOS

Comparar tendencias temporales del diagnóstico de Trastornos Hiperactivos en una muestra de niños y adolescentes recogida en los Centros de Salud Mental (CSM) de toda la Comunidad de Madrid (CAM).

MÉTODOS

Entre 1990 y finales de 2008, se recogen los diagnósticos de todas las visitas ambulatorias a los CSM de Madrid en un registro de datos (Registro Acumulativo de Casos de la CAM). Esta base de datos, incluye los diagnósticos codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El número de visitas recogidas, son agrupadas en cuatro periodos de tiempo: 1990-1994; 1995-1999; 2000-2004; y 2005-2008. Se calculan de forma separada para hombres y mujeres menores de 18 años las tasas de diagnóstico de Trastornos Hiperactivos (F90) en los diferentes periodos.

RESULTADOS

El número total de consultas a los CSM de la CAM durante el periodo estudiado fue de 82640 en mujeres y 101969 en hombres. De 1990 a 2008, las tasas de diagnóstico de Trastornos Hiperactivos se cuadruplican en niñas, pasando de 5.81% (95% CI 5.18-6.43) a 20.79% (95% CI 19.57-22.00). En varones ascienden desde 23.94% (95% CI 22.90-24.97) en 1990-1994 hasta 53.74% (95% CI 52.52-54.96) en 2005-2008, convirtiéndose en la mitad de los diagnósticos realizados por visitas en los Centros de Salud Mental en varones menores de 18 años.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se confirman en ambos sexos, el incremento en las tasas de Trastorno por Déficit de Atención

e Hiperactividad publicado previamente por otros autores. Es posible sin embargo, que este incremento no se deba a un aumento real en la prevalencia del trastorno, sino a un mejor acceso de los pacientes al sistema sanitario, a un incremento en el conocimiento del trastorno por parte de los pediatras, psiquiatras, familiares y profesores y a una mayor relevancia en la actualidad del fracaso escolar en niños y adolescentes por parte de la sociedad.

99

PROCESAMIENTO DE ERRORES EN NIÑOS PRESENTANDO ANTECEDENTES CLÍNICOS DE ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL

Sugranyes, Gisela; James, Suzannah; Cullen, Alexis E; Cubillo, Ana Isabel; Mould, Glenn; Taylor, Eric; Hodgins, Sheila; Murray, Robin M; Laurens Kristin R
Departamento de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Institute of Psychiatry, Kings College, London, Reino Unido
gisela.sugranyes@kcl.ac.uk

OBJETIVOS

La identificación de individuos a riesgo de esquizofrenia previo al debut de la enfermedad es un objetivo de primer orden en salud mental. Este proyecto pretende identificar mecanismos biológicos que operen durante la infancia y primera adolescencia en individuos con diferentes niveles de riesgo de padecer esquizofrenia.

MÉTODOS

Dieciocho niños de 9-12 años con antecedentes clínicos de esquizofrenia (ASz), se aparearon con dieciocho niños sin dichos antecedentes. Se definieron como ASz aquellos que cumplieran un mínimo de una de las siguientes tres condiciones: a) retraso/anormalidad en la adquisición del lenguaje o motor b) puntuación en el rango "anormal" en una subescala SDQ c) una experiencia de tipo psicótico. Realizaron un tarea "GoNoGo" durante registro de resonancia magnética funcional. La actividad hemodinámica generada por los errores de comisión y rechazos correctos fue evaluada en el segundo nivel utilizando pruebas t-student independientes. Se aplicó un umbral de $p < 0.05$, sin corregir por comparaciones múltiples, para los mapas



100 de contrastes de los análisis de grupos. El tamaño mínimo de clúster reportado fue de 20 vóxels.

RESULTADOS

Los niños Asz presentaron una menor activación relativa en el giro frontal superior y medio, además de en el cíngulo anterior y parahipocampo, en comparación con los niños TD. Además, presentaron una hiperactivación relativa en los lóbulos parietal, temporal y occipital.

CONCLUSIONES

Los resultados son consistentes con los hallazgos tanto funcionales como estructurales de muestras de pacientes con esquizofrenia y pacientes definidos a riesgo. Además, el patrón de activación cortical sugiere que los sujetos ASz presentan un retraso en la maduración de las funciones de control cognitivas. Estos resultados añaden a las bases neurobiológicas presentadas por niños que presentan antecedentes subclínicos de esquizofrenia. El seguimiento de esta cohorte está orientado al estudio longitudinal de las trayectorias de desarrollo que anteceden a un abanico de posibles desenlaces de salud mental.

EL CUERPO COMO SÍNTOMA: TRASTORNO CONVERSIVO Y TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN

Harto Cea, Miguel; Martínez Sáez, María Luisa; Boluda Bayona, Carmen

*Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia
miquihc@hotmail.com*

OBJETIVOS

Revisar y analizar el concepto y los subtipos de trastornos somatomorfos de aparición en la infancia y adolescencia.

MÉTODOS

Se realiza una revisión teórica sobre los trastornos psicosomáticos mediante la presentación de dos casos clínicos atendidos en la Unidad de Salud Mental Infantil Fuente de San Luis en el año 2010.

RESULTADOS

Niño de 8 años de edad remitido para valoración psiquiátrica por presentar episodios de cefaleas y dolor abdominal recurrente desde hace varios meses coincidiendo

con situaciones estresantes en el ámbito escolar.

Niña de 9 años de edad remitida para valoración psiquiátrica con sospecha de trastorno conversivo. Acude a consulta en silla de ruedas ya que sufre una parálisis de miembros inferiores y dolor plantar, con importante limitación en esfera social, familiar y académica.

CONCLUSIONES

Algunos niños presentan dificultades para experimentar y comunicar el malestar físico y psíquico, apareciendo en ocasiones síntomas somáticos que se atribuyen a enfermedades médicas. Los trastornos psicosomáticos son frecuentes en la edad pediátrica, constituyendo una forma de manifestar los trastornos mentales de la infancia. El trastorno por somatización y el trastorno conversivo son dos patologías que requieren de una intervención multidisciplinar que implique a pediatras y psiquiatras infantiles, favoreciendo la sensibilización ante este tipo de patologías, facilitando una indicación diagnóstica y terapéutica más adecuada que acabará beneficiando a los pacientes y a sus familias.

¿SE DEBEN REALIZAR DETERMINACIONES ANALÍTICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH?

*Fuentes Albero, Mila; Valero Martínez, M^a Angeles
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil La Coma-
Paterna. Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)
milafuentesalbero@yahoo.es*

INTRODUCCIÓN

Algunas patologías orgánicas pueden presentarse con sintomatología similar al TDAH. En anemias, hipo/hipertiroidismo, hipo/hiperglucemia y déficit de hierro pueden existir síntomas de inatención e inquietud motora. Por tanto, en el diagnóstico diferencial del TDAH deben tenerse en cuenta estas patologías.

OBJETIVOS

Determinar la idoneidad de realizar determinaciones analíticas basales en pacientes con sospecha clínica de TDAH.

MÉTODOS

Se ha seleccionado una muestra de 20 pacientes naïve, que acuden por primera vez a la USMIJ con la sospecha



diagnóstica de TDAH. Se ha realizado analítica previa a la administración de tratamiento farmacológico o intervención psicoterapéutica. Se han analizado las determinaciones de hemoglobina, hematocrito, glucosa, hierro y TSH.

RESULTADOS

De esta muestra de pacientes, ninguno obtuvo valores patológicos en las determinaciones de hemoglobina y hematocrito. Sólo un paciente mostró glucemia inferior a la esperada (65 mg/dl) y 3 ferropenia sin anemia. La cifra media de hemoglobina fue de 13.46 y de hematocrito 39.82. El valor medio de glucosa fue de 80.32; el de hierro 80.64 y el de TSH 2.63.

en niños y adolescentes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que, dado que no se han hallado alteraciones analíticas relevantes, éstas sólo deberán solicitarse si existe una sospecha clínica de comorbilidad orgánica. Estos datos concuerdan con la recomendación recogida en la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

PSICOTERAPIA GRUPAL. EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS.

García miralles, Isabel; Hernández Gadea Josefa; Real Lopez, Matías; Revert Martí, Laura.
Unidad de salud mental infantil. Centro de Atención Pediátrica. Alcoy.
isagm22@hotmail.com

OBJETIVOS

El objetivo es doble, diagnóstico y terapéutico. Diagnóstico porque el grupo permite la evaluación del paciente en un entorno social y terapéutico porque favorece la comprensión de los conflictos internos y facilita el desarrollo personal.

MÉTODOS

Encuadre externo:

- Se trata de un grupo mixto, compuesto por dos niñas y tres niños, con edades comprendidas entre los seis y los ocho años.
- Los diagnósticos clínicos son heterogéneos, com-

parten un desarrollo emocional anómalo que les dificulta la interacción social .

- Los participantes están en tratamiento y seguimiento individual en la unidad de salud mental infantil del área de Alcoy.
- Es un grupo cerrado.
- Se trata de un grupo en proceso. Realizamos sesiones de una hora de duración y con una frecuencia quincenal y proponemos una duración de dos cursos lectivos.
- El grupo cuenta con la figura del psiquiatra como terapeuta y con la enfermera de la unidad como co-terapeuta.

Encuadre interno:

- El enfoque terapéutico tiene encuadre distintas perspectivas psicológicas, asimilando los conceptos propios de una orientación dinámica, con un terapeuta activo y un trabajo lúdico estructurado.
- - El trabajo de grupo está dirigido a clarificar las dinámicas grupales e individuales para promover el entendimiento de uno mismo.

Materiales: Utilizamos juegos cooperativos, dramatizaciones, juegos populares, cuentos...

RESULTADOS

La dinámica grupal ha generado un enriquecimiento diagnóstico y terapéutico y ha permitido la formación de un equipo de trabajo multidisciplinar.

CONCLUSIONES

Aunque se trata de un grupo activo que se encuentra en este momento en la mitad de su recorrido, se ha podido observar durante su desarrollo una evolución desde un grupo de predominio motor, con un elevado nivel de actuación hacia un grupo más reflexivo y dialogante, donde es posible el intercambio de experiencias y sentimientos.

GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Piera Pinto, E.; Gracia Liso, R.; Pàmias Massana, M.; Torras Maña, M.; Lorente Hurtado, I.; Ramírez Mallafré, A.; Gómez Morales, A.; Ruiz Cortina, Gl.
Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Parc Taulí, Sabadell
epiera@tauli.cat



102 INTRODUCCIÓN:

Con el aumento de la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista se ha visto la necesidad de la especialización de los profesionales que intervienen en la detección e intervención, así como la coordinación y trabajo en equipo de los diferentes especialistas implicados.

En el año 2009 se propone una sistematización de circuitos asistenciales, ajustados a la organización de la Corporación Sanitaria Parc Taulí y la elaboración de una Guía de carácter multidisciplinar, para consensuar una metodología de detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TEA.

OBJETIVO:

El objetivo de la elaboración de la Guía fue organizar una Unidad Funcional para el diagnóstico y tratamiento de los TEA, que asegurara:

- Detección precoz (desde la atención primaria).
- Diagnóstico con instrumentos estandarizados.
- Un tratamiento integrador y multidisciplinar entre diferentes especialistas.
- Intervención con tratamientos eficaces en TEA.
- Continuidad asistencial de los 0-18 años (con previsión de incluir CSM).
- Eficiencia, basada en el uso racional de recursos educativos y sanitarios.
- La continuidad del paciente con el soporte realizado en aulas USEE y centros de educación especial.
- Definir circuitos asistenciales, utilización de otros recursos como hospitalización parcial, urgencias o unidad de hospitalización total.

METODOS

Se redacta la Guía en el año 2009 hasta finales 2010, cuando es presentada y es aprobada por el comité institucional del hospital. Se realiza conjuntamente con profesionales de tres centros, Unidad de Neuropediatría del Servicio de Medicina Pediátrica, Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) y Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). Se realizan revisiones bibliográficas, se aportan los diferentes tipos de asistencia de cada servicio, se consensúa exploraciones y tipos de tratamientos eficaces así como, criterios de inclusión de pacientes en la Unidad y aplicación de la Guía.

RESULTADOS

El resultado es una Guía dividida en dos partes.

La primera parte de la guía contiene, dos niveles de

diagnóstico. Primer nivel diagnóstico se refiere a la detección (circuitos, signos de alarma, detección específica y derivación). El segundo nivel diagnóstico hace referencia a diagnóstico funcional (exploración e instrumentos de evaluación), diagnóstico diferencial con otros trastornos y diagnóstico etiológico (exploraciones genéticas, metabólicas...).

La parte II del documento pretende englobar los tipos de tratamiento y los niveles de evidencia científica que han demostrado. Se ha diferenciado la intervención psicológica en la primera infancia (0-5 años), de la intervención durante la edad escolar y se ha especificado la intervención en la adolescencia (12-18 años). Se han descrito los tratamientos eficaces en el área de socialización, en lenguaje y comunicación, la intervención en el área de intereses y conducta, así como en las capacidades de simbolización y juego. Se ha especificado la intervención en los diferentes contextos del paciente, individual, familiar y escolar.

CONCLUSIONES

En este congreso se pretende mostrar el contenido de la Guía, para impulsar el tratamiento de los TEA con perspectiva científica y difundirlo a otros profesionales de la salud mental.

INTERVENCIÓN EN LA FOBIA A LA DEGLUCIÓN EN LA INFANCIA.

*Torralbas Ortega, Jordi; Puntí Vidal, Joaquim; Naranjo Díaz, Carmen; Arias Núñez, Eloisa; Palomino Escrivà, Jezabel; Valls Ibáñez, M^aVictoria; Merodio Ruíz, Igor; Gracia Liso, Rebeca; Pàmias Massana, Montserrat. Hospital de Día de Adolescentes. Centro de Salud Mental. Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).
jtorralbas@tauli.cat*

OBJETIVOS

La fobia a la deglución se caracteriza por miedo a atragantarse al ingerir comida, líquidos o pastillas. Es un trastorno considerado menor y de baja prevalencia, pero que en los últimos años ha incrementado su incidencia en la etapa infantojuvenil.

El objetivo del estudio fue el de analizar las principales variables clínicas y terapéuticas del trastorno, así como el tratamiento realizado para los casos atendidos en hospitalización parcial, comparándolos con la bibliografía científica publicada.



MÉTODOS

La recogida retrospectiva de los datos se realizó de la historia clínica de los cuatro casos atendidos en los dos últimos años en hospital de día (debido a su dificultoso tratamiento ambulatorio), estableciendo el diagnóstico diferencial, la comorbilidad, la sintomatología predominante a nivel físico y emocional, los pasos del tratamiento y la velocidad de aplicación.

RESULTADOS

En la actualidad, el tratamiento de Exposición, muy utilizado en la práctica clínica actual, también en niños y adolescentes, es el tratamiento de elección recomendado por las guías clínicas para las fobias específicas, si bien se emplean distintos modos de aplicación terapéutica, con periodos variables de frecuencia y duración del tratamiento. La colaboración y la psicoeducación familiar suponen uno de los pilares básicos del tratamiento. Se describen las diferentes aportaciones terapéuticas de cada uno de los casos, frecuencias y duración del tratamiento y seguimiento ambulatorio posterior.

CONCLUSIONES

Los resultados postratamiento obtenidos en nuestra población, muestran que el tratamiento de exposición gradual y progresiva es un tratamiento eficaz que favorece además del afrontamiento conductual, el denominado cambio cognitivo, que enfatiza el papel de la autoobservación de la mejoría por parte del paciente y la creación de expectativas de ganancia terapéutica, como elementos relevantes en la resolución del problema.

EVIDENCIA DE UN ENDOFENOTIPO NEUROCOGNITIVO EN LA PSICOSIS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

*Moreno-Granados, Josefa M^a; Salcedo Marin, M^a
Dolores; Ferrin, Maite; Ruiz-Veguilla Miguel;
Unidad de NeuroPsiquiatría del Desarrollo (NPD)
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
jmmorenogranados@hotmail.com*

OBJETIVOS

La identificación de los déficits cognitivos en los Primeros Episodios de Psicosis (PEP) por un lado, y de sus hermanos sin trastorno psiquiátrico, por otro, en comparación con un grupo de sujetos sanos, puede ser beneficioso a la hora de estudiar las alteraciones cognitivas asociadas a algún daño cerebral, que pueda estar vinculado con algún genotipo (Genderson, M. G., y cols., 2007). Esto se observa por ejemplo, en los déficits en el funcionamiento ejecutivo en la esquizofrenia que se han asociado con alteraciones en el funcionamiento cortical prefrontal, vinculado con el genotipo COMT (Egan et al., 2001; Goldberg and Weinberger, 2004). La bibliografía en cuanto a este tema es muy escasa hasta ahora, y los pocos datos que existen al respecto están realizados en muestras de adultos.

Objetivos: Por un lado, aportar información para comprender mejor la estructura cognitiva subyacente a los Primeros Episodios de Psicosis con inicio en la infancia o la adolescencia, y por otro, comprobar si alguna de estas variables cognitivas podría constituirse como un fenotipo intermedio.

MÉTODOS

91 sujetos agrupados en tres grupos: 22 PEP, sus 22 hermanos, y un grupo de 46 controles sanos. Todos los participantes oscilaron entre los 12 y los 20 años de edad, y fueron evaluados en Memoria (verbal y visual), Función Ejecutiva (flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y planificación), Velocidad de Procesamiento e Inteligencia.

RESULTADOS

Los hermanos tuvieron una actuación intermedia entre los primeros episodios de psicosis y los controles en memoria verbal y visual, en memoria de trabajo y en la inteligencia. Por otro lado, los pacientes rindieron significativamente peor que los controles en todos los dominios cognitivos.

CONCLUSIONES

Según nuestros datos, los pacientes han mostrado un deterioro cognitivo generalizado, es decir, un rendimiento inferior a los controles y a los hermanos en todas las funciones cognitivas. Por otro lado, la peor ejecución de los hermanos frente a los controles identifica las medidas de memoria verbal y visual, memoria de trabajo e inteligencia como endofenotipos candidatos para la psicosis de inicio en la infancia y la adolescencia. Estos son resultados preliminares y deben ser tomados con cautela, pero estudios



104 de estas características podrían ayudar a clarificar la clasificación diagnóstica y la comprensión etiológica de esta enfermedad.

USO DE LAS VIDEOCONSOLAS EN PACIENTES DE UNA USMI-J

*Fuentes Albero, Milagros; Ferrero Gimeno, Angela
Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil La Coma-Paterna.
Hospital Arnau de Vilanova (Valencia)
milafuentesalbero@yahoo.es*

OBJETIVOS

Analizar el consumo de videoconsolas de una muestra de pacientes que acuden a la USMIJ, intentando detectar posibles casos de adicción a nuevas tecnologías.

MÉTODOS

Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes naive entre 6 y 13 años que acudían por primera vez a la USMIJ. A los padres se les administró un cuestionario autoaplicado donde se recogía la cantidad de consolas que tenían los menores, las marcas comerciales y el tiempo que dedican a su uso un día entre semana y los fines de semana. Además se administró el ADHD RS, CBCL y SCARED para realizar evaluación diagnóstica.

RESULTADOS

De esta muestra de pacientes, el 85% eran varones. El 50% recibió el diagnóstico de TDAH. El 35% tenían una videoconsola, el 60% dos o más videoconsolas y sólo un 5% reportó no tener ninguna. El 55% informó tener Nintendo DS, 45% Wii, 45% Play Station 2, 40% PSP, 5% Play Station 3 y 5% X-Box.

El 70% juegan menos de 30 minutos entre semana. Los fines de semana el 40% juegan menos de 30 minutos al día, 15% entre 30 y 60 minutos, 25% entre 60 y 120 minutos, 15% entre 120 y 180 y el 5% más de 180 minutos/día.

CONCLUSIONES

Los videojuegos se han convertido en uno de los principales entretenimientos de los niños (en este estudio el 95% tienen acceso a ellos). Es llamativo que el 60% tengan acceso a dos o más consolas.

En este estudio no se ha hallado un consumo de riesgo entre semana, si bien los fines de semana un 20% tienen un perfil de posible abuso de videojuegos.

Son necesarios más estudios donde se analice el uso que

niños y adolescentes realizan sobre los videojuegos, para aprender a identificar perfiles de riesgo a adicciones a nuevas tecnologías.

APROXIMACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD AL CONCEPTO RETRAIMIENTO SOCIAL: EVITACIÓN ACTIVA O INDIFERENCIA SOCIAL.

*PUNTÍ VIDAL, JOAQUIM; TORRALBAS, JORDI;
ARIAS, ELOISA; PÀMIAS, MONTSERRAT;
PALOMINO, JEZABEL; NARANJO, M. CARMEN;
GRACIA, REBECA; AGUSTÍN, RAISA; REINA,
NÚRIA; PIERA, EULÀLIA; MARTÍNEZ, RAQUEL.
HOSPITAL DE DIA DE ADOLESCENTES DE SALUD
MENTAL. CENTRO DE SALUD MENTAL PARCTAULI.
CORPORACIÓ SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA PARC
TAULÍ (CSUPT) DE SABADELL (BARCELONA).
jpuntiv@tauli.cat*

OBJETIVOS

El retraimiento social es un rasgo conductual que refiere al insuficiente intercambio social, comprende la limitación de la actividad relacional y la restricción en la participación grupal (Torralbas et al., 2010).

El objetivo de este trabajo es investigar la relación existente entre esta manifestación conductual y las variables de personalidad subyacentes, comparados el grupo de adolescentes con retraimiento social (RS+) frente al no retraído (RS-).

MÉTODOS

La muestra estudiada es de 99 adolescentes, de 12 a 18 años, ingresados en el Hospital de Día de SM en 2009-10, de los cuales 36 son RS+ y 63 RS-.

El RS se ha evaluado con la Escala de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) de Forsyth et al. (1999), estableciéndose el punto de corte en PD=50. La ACIS consta de 20 elementos que evalúan 3 dominios: físico, intercambio de información y relaciones. Es una escala observacional de la habilidad que muestra el adolescente al interactuar con otros, durante el desempeño de una tarea.

Las variables de personalidad se han evaluado mediante



el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI), (TEA, 2004). El MACI consta de 160 elementos que se agrupan en tres grandes áreas: Características de Personalidad, Preocupaciones Expresadas y Síndromes Clínicos.

Se ha realizado estudio estadístico mediante el programa SPSS17.0.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos muestran que el grupo RS+ vs el RS- presenta puntuaciones más altas ($p < 0,05$) en los prototipos de personalidad: “Introvertido” e “Inhibido”, así como mayor “incomodidad respecto al sexo” e “inseguridad con los iguales”. Por contra, presenta puntuaciones más bajas en los prototipos “Histriónico”, “Egocéntrico” y “Rebelde”. No se observan puntuaciones estadísticamente significativas en síntomas de ansiedad ni en afecto depresivo.

CONCLUSIONES

El rasgo conductual RS+ se asocia a un perfil de personalidad caracterizado por baja dependencia de la recompensa (cluster a) vs un perfil ansioso/evitador del daño (cluster c).

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (AMI-TEA)

Espliego Felipe, Ana; Boada Muñoz, Leticia; Ruberte Senabre, Agustín; Romo Villa, José; Llorente Sarabia, Cloe; Moreno Ruiz, Carmen; Parellada Redondo, Mara Hospital General Universitario Gregorio Marañón anaesplifeli@yahoo.es

OBJETIVOS

El programa de Atención Médica Integral a pacientes con Trastorno del Espectro Autista (AMI-TEA) comenzó a funcionar el 1 de abril de 2009 en el Hospital Gregorio Marañón, para tratar de facilitar el acceso de los pacientes con TEA de la Comunidad de Madrid a los servicios médicos y facilitar su cuidado. El estudio describe la actividad asistencial llevada a cabo en sus primeros 18 meses de funcionamiento.

METODOS

A través de la base de datos del programa AMITEA, se describe el perfil de pacientes que se atienden en el servicio, en el que se incluyen diversos diagnósticos del espectro autista. También se enumeran las consultas y derivaciones a otros servicios del hospital, en función de las patologías médicas que presentan los pacientes. De esta manera el programa trata de asegurar un cuidado integral de los pacientes.

RESULTADOS

En los primeros 18 meses de funcionamiento, AMI-TEA ha atendido a 518 pacientes de todas las edades, aunque especialmente se ha centrado en niños y adolescentes (350 pacientes entre 0 y 15 años). El 80.3 % son varones y el 19.7% mujeres. Ha realizado un total de 3045 actuaciones médicas entre consultas de Psiquiatría, interconsultas a otras especialidades, pruebas médicas y otras orientaciones diagnósticas. El programa se ha coordinado con 19 especialidades médicas diferentes. En total se han realizado 354 pruebas diagnósticas.

CONCLUSIONES

Los pacientes con TEA presentan dificultades marcadas para acceder a los servicios sanitarios, Presentan déficits cognitivos y comunicativos que les impiden manifestar adecuadamente sus síntomas. Por ello es común el infradiagnóstico y alargamiento de los cuadros clínicos. El seguimiento y tratamiento de estos pacientes también presenta importantes limitaciones, por lo que la implementación de programas que, como AMI-TEA, faciliten su acceso a los servicios médicos, es primordial para conseguir una atención sanitaria integral.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍA ALÉRGICA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Ruberte Senabre, Agustín; Romo Villa José; Boada Muñoz Leticia; Espliego Felipe, Ana; Moreno Ruiz Carmen; Llorente Sarabia Cloe; Parellada Redondo Mara Hospital General Universitario Gregorio Marañón ars1992@yahoo.es



106 OBJETIVOS

Estudiar la patología alérgica que presenta la población con diagnóstico de trastorno autista en la Comunidad de Madrid. Se trata de un estudio descriptivo realizado a través del programa de Atención Médica Integral de Trastornos del Espectro Autista (AMI-TEA) del Hospital Universitario Gregorio Marañón. El programa lleva funcionando desde el 1 de abril de 2009. La revisión llevada a cabo trata de mostrar la patología alérgica de los pacientes con autismo durante los primeros 18 meses de funcionamiento del programa.

METODOS

A través de la base de datos del programa AMITEA, que en los primeros 18 meses de funcionamiento ha atendido a 513 pacientes con diagnóstico de TEA, se revisaron las historias clínicas de los pacientes derivados desde el programa al servicio de Alergología del Hospital Gregorio Marañón. Se obtuvo el motivo de la derivación, los estudios realizados a los pacientes y los diagnósticos, así como el tratamiento y seguimiento posteriormente recomendados.

RESULTADOS

Se derivaron 15 pacientes al servicio de Alergología (una mujer y 14 varones), siendo el motivo de derivación más frecuente la rinoconjuntivitis alérgica, seguida de las alergias alimentarias. Únicamente un paciente fue dado de alta, mientras la mayoría requirieron tratamiento y seguimiento por Alergología y el resto fueron derivados a diferentes servicios para nuevas valoraciones y/o seguimiento.

CONCLUSIONES

Los pacientes con trastornos del espectro autista presentan patología alérgica con una proporción similar a la población general. Sin embargo, las dificultades marcadas que presentan estos pacientes para manifestar sus molestias, favorece el infradiagnóstico y el alargamiento de los cuadros clínicos. La detección y tratamiento en estos pacientes también presenta importantes limitaciones, por lo que la implementación de programas que, como AMI-TEA, faciliten su acceso a los servicios médicos es primordial.

NEUROPSICOLOGÍA DEL DESARROLLO EN UN CASO DE ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANA

Moreno Ortega, Marta; Chamorro Delmo, Jaime; Espín Jaime, Jose Carlos.

Servicio de Psiquiatría infantil. Hospital Universitario 12 de Octubre.

mmo@psicos.e.telefonica.net

OBJETIVOS

El diagnóstico de muchos cuadros de origen disfuncional que cursan con alteraciones cognitivas se puede llevar a cabo exclusivamente mediante un estudio neuropsicológico individualizado, especialmente útil cuando las exploraciones neurológicas, neurofisiológicas o mediante neuroimagen anatómica no ponen de manifiesto alteraciones significativas.

Uno de los objetivos de la evaluación neuropsicológica del desarrollo es conocer el grado de preservación o deterioro existente en los diferentes dominios como consecuencia de la disfunción del sistema nervioso, contribuyendo de este modo al mejor conocimiento de las relaciones entre el comportamiento y el cerebro en desarrollo.

METODOS

Estudio del perfil clínico y cognitivo de un caso de esquizofrenia de inicio temprano en dos momentos de su evolución clínica, durante el episodio de desorganización y posteriormente al mismo.

RESULTADOS

Antecedentes: Personalidad premórbida empobrecida (tímida y solitaria). No alteraciones en el neurodesarrollo (lingüísticas y motoras). No antecedentes familiares de psicopatología del espectro.

Pródromos: Distorsión de la percepción de uno mismo, preocupación extrema e ideas sobrevaloradas, alteraciones de tipo neurótico (depresión, ansiedad), alteraciones formales del pensamiento, ideas delirantes atenuadas o percepciones anómalas, pérdida de control interno.

Síntomas: Lenguaje desorganizado. (Asociaciones laxas. Tangencialidad. Incoherencia, bloqueos, ensimismamiento). Comportamiento gravemente desorganizado (Tontorías infantiloides, agitación impredecible). Afectividad



aplanada (apatía, anhedonia, retraimiento). Ideas de referencia, pensamientos extravagantes o mágicos, ilusiones corporales. Alteraciones de la afectividad. Preocupación por temas religiosos y de tipo abstracto.

Intensidad: Moderada/grave.

Afectación: Importante repercusión en su funcionamiento diario (pérdida de interés en actividades, evitación y aislamiento social, cambio en la conducta en general).

Neuropsicología: Deterioro en atención, fluencia verbal, función ejecutiva y velocidad de proceso.

CONCLUSIONES

En los pacientes con psicosis afectivas el patrón de deterioro cognitivo parece estar más fuertemente asociado con los síntomas clínicos, mostrando fluctuaciones en función de la sintomatología. En contraste, en los pacientes con esquizofrenia no se ha observado dicha correlación, señalando un aspecto más estable del trastorno.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN ADOLESCENTES CON RETRAIMIENTO SOCIAL

Arias Núñez, Eloisa; Torralbas Ortega, Jordi; Puntí Vidal, Joaquim; Palomino Escrivá, Jezabel; Naranjo Díaz, María Carmen; Lorenzo Capilla, Ángel; Granero Lázaro, Alberto; Pàmias Massana, Montserrat.

HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES DE LA CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ

earias@tauli.cat

OBJETIVOS

En la adolescencia, la interacción social tiene gran importancia. Las relaciones positivas con los iguales facilitan la adquisición de habilidades para desempeñar una vida competente y autónoma en el futuro.

El objetivo es:

Analizar las habilidades de comunicación e interacción de los adolescentes con retraimiento social ingresados en Hospital de Día de Salud Mental, y el funcionamiento so-

cial que muestran en su entorno habitual.

METODOS

La población de estudio son 38 adolescentes, entre 12 y 17 años, ingresados durante 2009 y 2010, en los que se objetivó un comportamiento ocupacional compatible con retraimiento social.

Para la realización del estudio se utilizaron como herramientas de evaluación la Escala de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) y la Escala de Funcionamiento Social (SFS).

La ACIS, escala observacional de Terapia Ocupacional, evalúa las habilidades de comunicación e interacción de los adolescentes al interactuar con otros iguales, en tres dominios y 20 ítems graduados de acuerdo a una escala likert que va del desempeño competente (p4), a un déficit severo (p1).

La SFS, escala creada para la valoración del funcionamiento social, evalúa siete áreas mediante puntuaciones likert: aislamiento, funcionamiento interpersonal, actividades prosociales, ocio, autonomía/competencia, autonomía/desempeño y empleo/formación.

RESULTADOS

De los datos recogidos, es importante destacar:

La puntuación general de la ACIS no supera los 45 puntos en el 75% de esta muestra.

Los mayores déficits se registraron en los dominios físico e intercambio de información.

La SFS muestra que la mayoría de los jóvenes han adquirido unas capacidades de autonomía que no desempeñan en su totalidad.

Las puntuaciones más bajas se dan en las subescalas de actividad prosocial y ocio, debido a la implicación social que comportan.

CONCLUSIONES

Los jóvenes con retraimiento social presentan importantes déficits en sus habilidades para relacionarse, y limitan su participación en actividades, llegando a afectar a múltiples esferas de su vida.



108

EMPEORAMIENTO CLÍNICO ASOCIADO A PSICOESTIMULANTES EN NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE TDAH COMBINADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cardelle Pérez, Federico; López Marco, Deborah
Centro de Salud Mental Cartagena
fcardelleperez@hotmail.com

OBJETIVOS

Resaltar la importancia de considerar comorbilidad afectiva en cuadros de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con evolución tórpida.

MÉTODOS

Niño de 7 años de edad, mayor de dos hermanos y conviviente con padres en familia estructurada, evaluado en consulta ambulatoria tras derivación desde Equipo de Orientación Psicopedagógica por dificultades escolares. Historia compatible y cumple criterios diagnósticos de TDAH combinado, con síntomas de Trastorno Negativista-Desafiante. Niegan antecedentes personales ni familiares. Patrón de sueño alterado desde siempre. No episodios depresivos previos, no síntomas psicóticos, no componente de euforia / megalomanía, no conductas sexualizadas. Además de apoyo escolar, se incluye en grupo de padres y se inicia intervención individual. Dado el alto grado de deterioro escolar, familiar y social, se decide comenzar tratamiento farmacológico con psicoestimulantes a dosis bajas en escalada lenta.

RESULTADOS

Se produce una respuesta paradójica tras inicio de tratamiento a dosis bajas de metilfenidato (primera semana), no atribuible a efecto rebote; con repunte en irritabilidad extrema en forma de crisis clásicas, heteroagresividad física e insomnio global que suscitó consulta al centro, obligando a la interrupción del mismo. Se comentó en entrevista dirigida de forma retrospectiva aparente variación ultradiana sobre línea de base de irritabilidad y períodos de menor irritabilidad de días de duración tanto a nivel familiar como escolar, en forma de ciclos ultrarrápidos, persistiendo entre los mismos clínica propia del TDAH. Se solicitaron pruebas complementarias, descartando cri-

sis del lóbulo frontal y patología estructural. Al insistir sobre antecedentes familiares, se admite cuadro psicótico no especificado en segundo grado, tema tabú en la familia. Se introduce risperidona con progresivo control del cuadro, apreciándose una mejoría gradual del mismo tanto en entrevistas clínicas, como a nivel familiar y escolar; planteándose a continuación la introducción de valproato como eutimizante. La evolución clínica ha sido satisfactoria.

CONCLUSIONES

Aún con la discusión sobre el uso de este signifiante en la edad prepuberal, debemos tener en cuenta la posible existencia de sintomatología del espectro bipolar en pacientes con TDAH en casos de claro empeoramiento con psicoestimulantes, aunque estén ausentes los síntomas más específicos u orientativos de manía, como en el caso expuesto. Es aconsejable obtener una visión longitudinal del caso desde varias fuentes para facilitar el diagnóstico diferencial, considerando de todas formas que la comorbilidad bipolar con TDAH publicada es elevada. Buscando siempre antecedentes familiares de cuadros afectivos. En su caso, será prioritaria la estabilización del estado de ánimo previo a considerar tratamiento del TDAH comórbido. El niño ha de ser tenido en cuenta siempre más allá de los síntomas que ocupan un lugar en un contexto biográfico, familiar y evolutivo único.

INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN UN CASO DE MISTENIA GRAVIS INFANTIL REFRACTARIA

JOSE CARLOS ESPIN JAIME, JAIME CHAMORRO DELMO, MARTA MORENO ORTEGA, JUDIT DIAZ DIAZ

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)
jcarlos.espin@salud.madrid.org

OBJETIVOS

La mistenia gravis es una enfermedad neuromuscular que afecta al estado emocional, donde mas de dos tercios de los paciente padecen un diagnostico psiquiátricos tomando una mayor relevancia los trastornos afectivos. Dentro de la etiología de los trastorno afectivos se barajan causas primarias como la afectación de la modulación de la neurotransmisión colinérgica, secundarias como los síntomas mas característicos de la enfermedad, el tratamiento con corticoides y la ventilación mecánica como



posibles causas de empeoramiento del estado emocional del paciente.

El caso en el que basamos el estudio, retrata de un niño de 12 años con una mala evolución de un caso de mistenia grave refractaria a tratamiento con repercusiones físicas en especial respiratorias y psicosociales como la permanencia en la UCI pediátrica durante 7 meses. Este estado físico además del tiempo de estancia en UCI se reflejó a nivel anímico con un diagnóstico de trastorno adaptativo con predominio de síntomas depresivos (F43.21 CIE10) con una posible relación entre la dependencia familiar y el empeoramiento de la clínica ansiosa. El objetivo del siguiente estudio mediante un caso clínico es discernir como la intervención del equipo de psiquiatría infantil de la interconsulta, modifica la evolución de un paciente con mistenia grave de mala evolución y sus repercusión de sintomatología clínica y psicosocial de dicha intervención.

MÉTODOS

Mediante un trabajo interdisciplinar con los diferentes dispositivos, pediatras, enfermería, trabajadores sociales, trazamos un plan de intervención.

A nivel psiquiátrico nos basamos en técnicas cognitivas conductuales de reestructuración cognitiva; entrenamiento en autoinstrucciones y Reforzamiento + por parte de las personas que conviven con el paciente. Así como la creación de un registro para estudio de relaciones causales de estado emocional, tratamiento, figuras parentales presentes y empeoramiento clínico. Como medida de rescate nos planteamos tratamiento farmacológico con ISRS que no fue necesario. Las instrucciones con los otros dispositivos se crearon en torno a la unificación del plan terapéutico, pronóstico y como prioridad la información concisa a las familias de la gravedad y decisiones terapéuticas.

RESULTADOS

En el registro se pudo objetivar como existía una relación entre el hecho de empeoramiento de la enfermedad con el estado emocional y con la dependencia familiar. A partir de la intervención multidisciplinar el paciente abandonó la unidad de cuidados intensivos, permaneciendo ingresado en la planta con el acompañamiento de familiares. Las crisis respiratorias han cedido un 40% así como la bajada de un 20% de necesidad de medicación de rescate con inmunosupresores. A nivel anímico se objetivó una mejoría franca, cediendo el cuadro aunque con variabilidad depen-

diendo de la enfermedad médica sin que fuera necesario el tratamiento farmacológico, la duración de la intervención fue de dos meses.

CONCLUSIONES

El enfoque de una enfermedad grave en ocasiones se lleva a cabo con una estrategia exclusivamente farmacológica. Aspectos emocionales de la historia biográfica y culturales adquieren un protagonismo en la patoplastia de la enfermedad, siendo imprescindibles para el devenir del cuadro clínico y para el concepto del hecho de enfermar. Tendemos psicologizar pacientes que no se van a beneficiar de nuestras intervenciones, en cambio existen otro tipo de cuadros

donde nuestro conocimiento de los aspectos relacionales y apegos con sus modificaciones anímicas no hacen tener un arma terapéutica que en ocasiones pueden ser muy útiles para el paciente. El caso actual como multitud que encontramos en nuestra práctica diaria de la psiquiatría infantil, nos permite gracias a la estrategia multidisciplinar, darle otro punto de vista a la enfermedad que de manera complementaria no solo ayuda al paciente sino al equipo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keesey J. Does myasthenia gravis affect the brain?. *Journal of the Neurological Sciences*. 1999; 170: 77-89.
2. Paul R, Cohen R, Goldstein J. Severity of mood, self-evaluative and vegetative symptoms of depression in myasthenia gravis. *Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience*. 2000; 12-14.
3. Koler W. Psychosocial aspects in patients with myasthenia gravis. *Journal of neurology*. 2007; 254: 90-93.
4. Vincent A. Myasthenia gravis. *The Lancet*. 2001; 357: 2122-2129.
5. Baral I. Mood and Anxiety Disorders in Patients with Myasthenia Gravis: Aetiology, Diagnosis and Treatment. *CNS Drugs*. 2007; 21 (6): 473-481
6. Paradis C, Friedman S. Anxiety disorders in a neuromuscular clinic. *American Journal of psychiatry*. 1993; 150:1102-1104.



110

PROGRAMAS DE DIVULGACIÓN DE LA ENFERMEDAD METAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Fenollar Iváñez FM, Martínez Sánchez JA, Redondo Redondo V.

*Hospital General Universitario de Elche
francisco.fenollar@hotmail.es*

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia de un método participativo, interactivo y vivencial frente a la tradicional conferencia, para transmitir información sobre la enfermedad mental y mejorar la actitud de la comunidad hacia la misma y quienes la padecen.

MÉTODOS

Utilizamos una muestra de 114 alumnos de edades comprendidas entre 14 y 16 años, del instituto de educación secundaria Victoria Kent de Elche, distribuyéndolos aleatoriamente en 5 grupos. Cada alumno realizó un cuestionario previo sobre conocimientos y actitudes acerca de la enfermedad mental de 15 ítems, basado en el OMI (Cohen y Struening) modificado, ya que utilizar el OMI nos parecía excesivo por extensión y complejidad. En tres de los grupos (grupos de tratamiento) desarrollamos una actividad consistente en cinco dinámicas en forma de juego interactivo, y en los dos grupos restantes (muestra control), les impartimos una conferencia sobre la enfermedad mental, por una psicóloga no perteneciente a nuestro grupo de trabajo, con los mismos contenidos impartidos en la dinámica. Ambas actividades duraron 50 minutos.

RESULTADOS

Los grupos no presentan diferencias significativas en el pretest.

En la medida post intervención el grupo de tratamiento presenta diferencias significativas (χ^2 cuadrado de Pearson, $p < 0,05$) en 8 de los 14 ítems estudiados, respecto a los controles.

Se ha mejorado significativamente en el grupo de tratamiento la actitud frente a la enfermedad mental y sus conocimientos son más acertados

CONCLUSIONES

La dinámica interactiva resulta un método más seguro

que promueve una mejor comprensión y favorece el recuerdo.

El cuestionario de evaluación parece un instrumento útil en la medición de conocimientos u actitudes sobre la enfermedad mental

El resultado del análisis factorial exploratorio nos conduce a realizar un análisis confirmatorio para depurar y validar el instrumento diseñado por este equipo de trabajo.

Nota: en estos momentos se está replicando el estudio para aumentar su potencia, validar los resultados del mismo e intentar validar la escala de evaluación. Los resultados finales estarán a finales de abril.

USO DE CLOZAPINA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES : A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Autores : S. Montaña Ponsa, M. Parera Turull, A. Hervás Zuñiga.

HDA

*Hospital Universitari "Mútua de Terrassa"
smontana@mutuaterrassa.es*

OBJETIVOS

La clozapina (Leponex R) es un fármaco antipsicótico con un perfil clínico particular, pero con riesgos significativos, sobre todo por la posibilidad de presentar leucopenia y agranulocitosis, que, aunque se utiliza desde hace más de 20 años en el tratamiento de adultos con esquizofrenia resistente, su uso en niños y adolescentes es más reciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentaremos una breve revisión de algunos trabajos sobre la utilización de clozapina en niños, con especial atención a los posibles efectos adversos y a su manejo, y la experiencia clínica de su uso en 4 pacientes de nuestra unidad, a través de revisión de la historia clínica.

RESULTADOS

3 de los 4 pacientes mostraron mejoría del cuadro clínico y buena tolerancia hematológica; en 2 casos se produjo sedación al inicio, en 1 enuresis y en 1 sialorrea. En el 4º paciente se tuvo que retirar por leucopenia.



CONCLUSIONES

A pesar de los riesgos, diversos estudios indican que puede ser beneficioso en pacientes jóvenes severamente afectados de esquizofrenia refractaria al tratamiento. En nuestra corta serie se confirma esta afirmación.

ESTILOS EDUCATIVOS DE LOS PADRES CON NIÑOS CON TDAH

*Nicolau Palou, R; García Giral, M; Monte Tiersi, L; Moya Querejeta J y Vila Nieto, M.
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil.
Hospital Clínic. Barcelona. 2011.
rnicolau@clinic.ub.es*

OBJETIVOS

Analizar los estilos educativos de los padres de niños TDAH según etapa evolutiva, subtipo de trastorno y sintomatología TDAH.

MÉTODOS

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 valoran estilos educativos con el cuestionario APQ Alabama Parenting Questionnaire, y psicopatología en niños evaluada con Conners (C28) y Child Behavior Checklist (CBC).

RESULTADOS

En el análisis de grupo de edad según cuestionario contestado por los padres destaca una mayor implicación materna ($p \leq 0.01$) y paterna ($p \leq 0.05$) en el grupo de niños, los niños sólo perciben la implicación materna ($p \leq 0.01$). La presencia de crianza positiva ($p \leq 0.01$) es mayor en el grupo de niños. En el grupo de adolescentes destaca menor supervisión de los padres, referido por padres ($p \leq 0.01$) e hijos ($p \leq 0.01$) y mayor aplicación de disciplina severa referida por los padres ($p \leq 0.05$). En el análisis según subtipo de TDAH son significativas las diferencias en TDAH-combinado en cuanto a disciplina ($p \leq 0.05$) y disciplina severa ($p \leq 0.05$) según padres. Existe una asociación entre disciplina inconsistente, ($r=0,38$, $p \leq 0.01$) mayor disciplina ($r=0,39$, $p \leq 0.01$) y agresividad medida según CBC. Pero no se encuentra ninguna asociación entre estilos educativos y sintomatología TDAH (índice TDAH).

CONCLUSIONES

La etapa infantil se asocia con mayor implicación ma-

terna/paterna y con mayor crianza positiva. En la adolescencia se reduce la supervisión paterna y aumenta la disciplina severa. El subtipo combinado se relaciona tanto con mayor disciplina como con disciplina severa.

La agresividad se relaciona tanto con disciplina inconsistente como con mayor disciplina. La sintomatología del TDAH en sí no está relacionada con ningún estilo educativo.

MODIFICAR CONDUCTAS EN CUATRO SESIONES: ENTRENAMIENTO GRUPAL PARA PADRES.

*García Quintero, Cayetana
Martín Moreno, Eva
Lasso De la Vega Girona, Cristina
Rodríguez Navarro, Demelsa
Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Alicante
cayetana_garciaquintero@yahoo.es*

OBJETIVOS

Diversos estudios han evidenciado que la intervención dirigida a padres es decisiva en la modificación de los problemas de conducta surgidos en edades tempranas. El entrenamiento de padres se plantea como una de las modalidades de intervención mejor investigadas y consideradas de mayor calidad por la literatura científica. Dada la sobrecarga asistencial, pretendíamos diseñar una intervención breve y eficaz. Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre las intervenciones de padres con hijos/as con problemas de conducta, seleccionando en base a la eficacia, los componentes esenciales de la intervención. Proponemos una intervención grupal para padres en 4 sesiones, en las que se trabaja: Educación emocional, modificación de conducta y solución de conflictos. Con este trabajo pretendemos estudiar su eficacia.

MÉTODOS

Los padres son derivados al grupo por parte del facultativo responsable de su hijo/a (en tratamiento en nuestra USMI), quien determina clínicamente la necesidad de entrenamiento en pautas educativas. Se seleccionan padres de un máximo de 8 niños por grupo, de niños menores de 12 años. EVALUACIÓN: Inicial/postratamiento: para los niños/as EMBU-C, para los padres: EMBU-P, Calidad de Vida y ZKPQ (Sólo medida pretratamiento). Se incluyen



112 los padres de todo niño/a con problemas de conducta en el hogar, con independencia del diagnóstico clínico.

RESULTADOS

Los resultados se obtendrán tras comparar estadísticamente el cambio en los instrumentos de evaluación utilizados. Vamos a considerar los rasgos de personalidad de los padres como variable moduladora.

La revisión de la evolución de los niños/as en tratamiento, a través de las historias clínicas, nos permitirá comprobar el efecto de la intervención en su conducta.

De este modo podremos aclarar si con sólo 4 sesiones es posible obtener cambios en el comportamiento de los menores.

CONCLUSIONES

La conclusiones que obtengamos nos permitirán mejorar el diseño de nuestras intervenciones, acercándonos a un enfoque de “tratamiento mínimo necesario”

DE NIÑA REBELDE A CERVANTES PASANDO POR EL T.D.A.H.

SÁNCHEZ ROMERO, SERGIO; MONTAÑES RADA, FRANCISCO; GARCIA-OCHOA MARÍN, M^a ESTRELLA; VILLAREJO BUITRAGO, PILAR; APARICIO LIZARALDE, ALFONSO; SANCHEZ LABRADOR, ESTHER

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón (U.H.B.)
Avda. de Budapest, s/n. C.P. 28.922. Alcorcón. Madrid.
ssanchez@fhalcorcon.es*

OBJETIVOS

1. Describir el caso particular una de niña con diagnóstico de T.D.A.H.
2. Mostrar cómo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico adecuado puede hacer brillar a una persona y favorecer su máximo desarrollo social, intelectual y personal.

METODOS

Se describe el caso clínico de una paciente diagnosticada de T.D.A.H. a los 5 años de edad. De forma comórbida fue diagnosticada de trastorno negativista desafiante. Se instauró un tratamiento con psicoterapia conductual así como con fármacos psicoestimulantes que se han ido ajustando conforme a su desarrollo físico y psicológico. Se aprecia una notable mejora de las puntuaciones de las escalas ad-

ministradas por padres y profesores (Conners) y su expediente académico.

RESULTADOS

conflicto de confidencialidad, la paciente es completamente reconocible e identificable

CONCLUSIONES

El correcto diagnóstico y tratamiento del T.D.A.H. puede favorecer el correcto desarrollo académico y personal de un niño/a con este trastorno, evitando la pérdida de oportunidades que generalmente acompaña a los pacientes con este trastorno, y logrando que llegue a la vida adulta con las mismas capacidades y oportunidades que otra persona sin T.D.A.H., e incluso, como en este caso, destacando por encima de los demás.

COMORBILIDAD ENTRE APNEA DEL SUEÑO Y DÉFICIT DE ATENCIÓN

*Ferrando Aparicio, Elvira; García Cremades Lydia
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cabo de Huertas
elviruxi@hotmail.com*

OBJETIVOS

Estudiar la posible comorbilidad entre el déficit de atención y la apnea del sueño.

METODOS

Para ello ,realizamos revisión biográficas y revisión de serie de casos

RESULTADOS

Se obtiene que pacientes diagnosticados de apneas del sueño , una vez resueltas se mantiene el déficit de atención , que responde a psicoestimulantes

CONCLUSIONES

La relación existente entre la apnea del sueño y el déficit de atención tanto a nivel de diagnóstico diferencial como enfermedades comórbidas.



SENSIBILIDAD DE LA SOCIAL RESPONSIVENESS SCALE(SRS) PARA MEDIR LA MEJORA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES CON TEA DESPUES DE UN TRATAMIENTO GRUPAL

Querol González, Mireia; Mallofré, Cristina; Piera Pinto, Lali; Pamiás Massana, Montserrat.
Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ)
Corporació Sanitària Parc Taulí Sabadell
mquerol@tauli.cat

OBJETIVOS

Objetivo principal:

El objetivo del presente estudio es incrementar y mejorar las habilidades sociales (HHSS) de un grupo de adolescentes con diagnóstico del espectro autista.

Objetivo secundario:

Valorar la aplicación de la SRS en la evaluación de las habilidades sociales en pacientes con TEA después del tratamiento de HHSS.

METODOS

La muestra está compuesta por 24 pacientes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años. 21 chicos y 3 chicas. Los adolescentes fueron remitidos al grupo por la psiquiatra o psicóloga del equipo. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de trastornos del espectro autista (según criterios DSM-IV) y un nivel de lenguaje adecuado para poder participar en las actividades del grupo.

El entrenamiento grupal de orientación Cognitivo conductual consiste en 15 sesiones de una hora de duración semanales donde se enseñan habilidades sociales. Los grupos son dirigidos por una psicóloga clínica y una psicóloga residente como coterapeuta. El instrumento de evaluación utilizado para valorar los cambios pre-post fue la Escala de Sensibilidad Social (SRS), (Constantino & Gruber 2005).

RESULTADOS

En el postest, las puntuaciones totales de la escala SRS (versión padres) mejoran después de la participación en el grupo de habilidades sociales y muestran diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

El tratamiento de habilidades sociales específicas mues-

tra ser efectivo pues la conducta social mejora después de la participación en el grupo. Los pacientes mejoran la conducta social recíproca, los aspectos motores conductuales de la comunicación, la motivación por las relaciones sociales y las conductas estereotipadas. **113**

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA E IMPACTO EN LA FAMILIA

VILA NIETO, MONTSE; GARCIA GIRAL, MARTA; MOYA QUEREJETA, JAIME; MONTE, LAURA; NICOLAU PALOU, ROSA
HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA
mvila@clinic.ub.es

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo del impacto familiar y de la calidad de vida que implica la vida con un niño con TDAH a través de las percepciones de los padres y del propio sujeto.

METODOS

Este análisis descriptivo es una parte de un estudio realizado en la unidad de TDAH del servicio, donde se valora el tratamiento psicosocial del TDAH en grupo de padres y pacientes. Para determinar el impacto familiar fue utilizado un cuestionario autoadministrado, versión padres Donenberg y de Baker (1993) de 50 ítems. Para valorar la calidad de vida se ha utilizado el cuestionario autoadministrado de 52 ítems Kidscreen (Comisión Europea 2008).

Se ha recogido una muestra de 101 casos cuya media de edad es de 11.8 años (SD: 2'35; entre 8-15.5 años), 82 de ellos varones y el 47% son mayores de 11 años. El 83% TDAH subtipo combinado y el 47% presenta entre 1 y 2 trastornos comorbes.

RESULTADOS

En las diferentes escalas del cuestionario de impacto familiar no hay diferencias significativas por sexo. Los padres de adolescentes con TDAH tenían significación estadística en las subescalas de sentimientos- actitudes ($F = 3.742 p < 0.05$), en la subescala de la relación de la pareja ($F = 9.060 p < 0.05$), y en la subescala de impacto en la economía ($F = 5.239 p < 0.05$), controlando el sexo, el subtipo de TDAH, y los trastornos comórbidos. Las familias con niños con TDAH combinado presentan diferencias signifi-



114 ficativas en la subescala de sentimientos- actitudes ($F = 3.742$ $p < 0.05$) y en la subescala sobre la vida social ($F = 4.663$ $p < 0.05$) controlando el sexo, la comorbilidad y la edad.

En relación a los resultados de la Kidscreen y después de controlar la edad, el subtipo de TDAH y el número de trastornos comórbidos, los varones tenían estadística significativa en las subescala humor y las emociones ($F=1,786$ $p < 0.05$) y las escalas de autopercepción ($F=4,205$; $p < 0.05$). Controlando el sexo, el número de trastornos comórbidos y el subtipo de TDAH, los más jóvenes, en la versión de los padres, obtuvieron estadísticos significativos en el bienestar físico ($F=4,185$ $p < 0.05$), la autopercepción psicológica del bienestar ($F=6,843$; $p < 0.05$), la autopercepción ($F=6,548$ $p < 0.05$), la relación con los padres ($F=4,557$ $p < 0.05$) y el ambiente de escuela ($F=10,374$ $p < 0.05$). Mientras que en la versión para niños, los adolescentes obtuvieron puntuaciones estadísticamente más bajas en el bienestar físico ($F=3,533$ $p < 0.05$) y las escalas de autopercepción ($F=4,205$ $p < 0.05$). Controlando la edad, el sexo y la comorbilidad, el subtipo desatento presenta puntuaciones significativamente más bajas en las escalas sociales de la ayuda ($F=2,391$ $p < 0.05$) en la versión de los padres. Con las mismas variables controladas, el número de trastornos comórbidos tiene un impacto negativo significativo en el bienestar psicológico ($F=6,843$ $p > 0.05$), estado de ánimo ($F=3,347$ $p < 0.05$), relación con los padres ($F=4,57$ $p < 0.05$) y funcionamiento escolar ($F=10,374$ $p < 0.05$) según la versión de los padres.

CONCLUSIONES

La mayor edad del paciente y la presencia de un TDHA subtipo combinado, independientemente del sexo y del número de trastornos comorbes, impacta de forma negativa en los sentimiento que genera a los padres y en la relación de pareja. El TDAH combinado crea mayor dificultad en la vida de la familia, independientemente de la edad, sexo y comorbilidad del paciente. Paralelamente las chicas con TDAH perciben un menor estado de ánimo y autopercepción. Los adolescentes de ambos sexos se valoran peor físicamente y tienen peor autopercepción de sí mismos cuando mayores son. Los padres al objetivar la calidad de vida de sus hijos, creen que los adolescentes se valoran pero en bienestar físico, psicológico, autopercepción, relación con los padres y ambiente escolar, y creen que el hijo con TDAH subtipo desatento obtiene menor apoyo social de sus compañeros. Los padres también atribuyen un empeoramiento en el bienestar psicológico, estado de ánimo,

relación con los padres y funcionamiento escolar cuando el paciente tiene uno o más trastornos comorbes.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN 11 AÑOS (2000-2010)

de la Rosa Fox, Concepción;Segado Arenas, Antonio;Hernandez Gonzalez,Cecilia y de Manuel Vicente, Carmen
Unidad de Salud Mental Infantil de Cádiz
Hospital Universitario Puerta del Mar
concepcion.delarosa@uca.es

OBJETIVOS

Describir la actividad asistencial realizada en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil durante un periodo de 11 años. Para evaluar las características de la población que se asiste.

METODOS

Se realizaron los datos correspondientes a la actividad asistencial en el periodo descrito, con las estadísticas recogidas en las memorias correspondientes a los años del estudio. Esta Unidad es de referencia para patologías Psiquiátricas de la población menor de 18 años, correspondientes a las poblaciones de Cádiz Y San Fernando (un Total de 44.361 Habitantes de est edad).

RESULTADOS

Se realizaron un Total de 61.778 consultas, de las cuales 2.573 (4%) fueron primeras consulta y 1997 (3%) fueron Urgencias. Durante el periodo de estudio se dieron un Total de 1308 altas, correspondientes a un 50% de las primeras consultas.

Un 59% de los pacientes atendidos fueron niños y según la distribución por edades el pico correspondió a los 3-5 años con un 45,3%, seguido por la franja de 6-9 años con un 19,8%

El motivo de consulta más frecuente fue los Trastornos de CONducta(51,7%), seguido de los Trastornos emocionales (13%) y los Trastornos de Lenguaje(10%)

El Diagnóstico más frecuente fue el Trastorno Disocial(19%) seguido del TDAH(17%) y tras estos los Trastornos Generalizados del Desarrollo(10%) y Trastornos en el Control de esfínteres(10%).



En relación con las actividades TERapeuticas utilizadas fueron la Orientacion Familiar(36%), seguida de la Terapia Farmacologica(21%).

CONCLUSIONES

- Un Total de 61.778 Consulta con un 4% de primeras y 3% Urgentes.
- Mayoría de varones de entre 3 y 5 años
- Motivo de consulta fueron los Trastornos de CONducta
- El Diagnostico mas frecuente el Trastorno Disocial
- La activida Terapeutica mas utilizada fue la Orientacion Familiar.

BIBLIOGRAFIA:

Memorias Anuales de la USMI de Cádiz desde al año 2000 al 2010

RELACIÓN ENTRE OSCILACIONES DE BAJA FRECUENCIA EN TIEMPOS DE RESPUESTA Y MEDIDAS DE INATECIÓN E HIPERACTIVIDAD

Mairena, María Angeles; Di Martino, Adriana; Domínguez-Martín, Cristina; Gómez-Guerrero, Lorena; Gioia, Gerard; Petkova, Eva; Castellanos, F. Xavier Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues. Barcelona. marian.mairena@gmail.com

OBJETIVOS

El objetivo es analizar secuencias de tiempos de respuesta (TR) en tres tareas de ordenador para examinar si existe una relación entre mayor sintomatología tipo TDAH y patrones de TR con mayor potencia (variabilidad) en una banda de frecuencias específica (oscilaciones de baja frecuencia-LFO), la cual se ha relacionado con el TDAH a nivel biológico. Además, se pretende comprobar si las LFO explican mayor proporción de síntomas que el coeficiente de variación en tiempo de respuesta (ya relacionado previamente con TDAH).

METODOS

Para medir las LFO en TR, aplicamos la técnica de análisis de frecuencias Morlet wavelet transform a una serie de TR en una tarea de ordenador. Nuestra muestra comunitaria incluía 98 niños/as (66 niños, con media de edad 9.9 ± 1.4 años). Los participantes eran pacientes centros públicos de salud mental de la ciudad de Nueva York (Es-

tados Unidos). Éstos realizaron las cuatro tareas del Test de Función Ejecutiva. Los padres completaron la escala Conners' Parent Rating Scale.

RESULTADOS

Las LFO en TR de tres tareas explicaron significativamente las puntuaciones en escalas de inatención, hiperactividad y tres escalas globales del Conners. Para dos de las tareas, las LFO explicaron significativamente mayor proporción en las escalas que el coeficiente de variación en TR.

CONCLUSIONES

Las LFO en TR predicen puntuaciones dimensionales de síntomas de TDAH, de forma independiente y más allá del componente explicado por el coeficiente de variación. Estos resultados sugieren que las técnicas de análisis de respuesta son una metodología apropiada para relacionar datos conductuales y mecanismos fisiológicos subyacentes.

EVOLUCIÓN EN LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

1) Villalobos Martínez, Elena (Médico Interno Residente, R3 Psiquiatría); 2) Cervera Pérez, Isabel María (Psicólogo Interno Residente, R3 Psicología Clínica); 3) Guerra Alegre, Teresa (Facultativo Especialista de Área, Psiquiatra) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil/Hospital de Día de Algeciras (Cádiz) elenais_brujita@hotmail.com

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes que acuden por primera vez a una unidad de salud mental infanto-juvenil (Algeciras) en tres momentos temporales distintos (2002, 2005 y 2010) y comprobar así la evolución en la prevalencia de dichos diagnósticos a lo largo de casi una década.

METODOS

Se realizó una revisión sistemática de los diagnósticos de todos los pacientes que compusieron la muestra (un total de 1516). Posteriormente hicimos una comparación



116 entre las prevalencias de dichos diagnósticos en los tres momentos analizados.

RESULTADOS

Los grupos diagnósticos más prevalentes han sido los trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia (suponen un 52,64% del total de diagnósticos en 2002, un 72,96% en 2005 y un 80,81% en 2010), seguidos de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Se observa un incremento significativo en los trastornos del comportamiento y emociones de inicio habitual en la infancia y adolescencia y un descenso en el resto de grupos diagnósticos.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos sugieren, por un lado, un posible aumento en la prevalencia de los trastornos F90-F98 en la población general. Por otro lado, los resultados también podrían advertirnos acerca de cambios en las prácticas de diagnóstico a través del tiempo. Se discuten posibles razones que expliquen dichos cambios a la hora de determinar juicios clínicos.

SDQ-Cas (CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES) COMO INSTRUMENTO PARA MEDIR CAMBIOS DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PADRES DE NIÑOS CON TDAH.

Reina López, Núria

Querol González, Mireia

Piera Pinto, Eulàlia

Solé Llop, Pilar

Pàmias Massana, Montserrat

Consorci Sanitari i Universitari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona)- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

nreina@tauli.cat

OBJETIVOS

Evaluar la sensibilidad del SDQ como instrumento de medida de cambio tras la intervención psicoeducativa y entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de manejo de conducta, en formato grupal, para padres de niños con TDAH.

METODOS

48(*) padres de niños con TDAH de edades comprendidas entre los 5 y los 17 años recibieron una intervención terapéutica grupal que consistió en 10 sesiones de frecuencia semanal de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de manejo de conducta. Se administraron tres cuestionarios de medida: el Conners para padres (CPRS), el Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18), y el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, versión traducida al castellano). Se analizarán las diferencias pre y post tratamiento en las respuestas a dicho cuestionario, así como las correlaciones entre los diferentes instrumentos de medida de cambio tras la intervención.

RESULTADOS

Los resultados, discusión y conclusiones correspondientes serán presentados durante el congreso (*estamos ampliando muestra para analizar).

CONCLUSIONES

Los resultados, discusión y conclusiones correspondientes serán presentados durante el congreso (*estamos ampliando muestra para analizar).

EVOLUCIÓN DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE VILANOVA TRAS CINCO AÑOS DEL ALTA

S. Herrera Lopez, D. Ventura Lluch, C. Hernandez Guerrero, M. Soler Piñol, J. Maraver Martín, J.M. Marin Garcia, A. Ascon Vila

CSMIJ Garraf, Hospital de Dia de Vilanova i la Geltrú, Hospital Sant Joan de Dèu de Barcelona.

sherrera@hsjdbcn.org

OBJETIVOS

Conocer la evolución y el grado de satisfacción de los pacientes dados de alta en el Hospital de Día hace cinco años.

METODOS

Pasación de un cuestionario presencial (o en caso de imposibilidad, vía telefónica) a los 33 pacientes dados de alta durante los años 2005-2006 o en su defecto familiar directo. Se pregunta sobre datos objetivos (seguimiento salud mental, tratamientos farmacológicos, hospitalizaciones psiquiátricas, ...) y subjetivos (grado de satisfacción



con la experiencia y con la evolución posterior).

Previamente se han recopilado datos sociodemográficos y clínicos procedentes de la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS

Se han localizado el 52% de los pacientes, de los cuales han respondido un 88%.

La mayoría de los pacientes ha hecho una evolución clínica favorable: sin reingresos psiquiátricos, no precisando tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico.

A nivel social, un 33% se ha emancipado y el acceso al mercado laboral se ha producido en un 80% de los pacientes y de estos el 77% en trabajo normalizado. Actualmente solo el 50% de los pacientes que han accedido al mercado laboral están en activo, este hecho es atribuible al nivel de formación finalizado junto a la coyuntura del mercado laboral.

Los resultados descriptivos del cuestionario se adjuntan en gráficos en documento adjunto.

CONCLUSIONES

La vivencia de todos los pacientes que han contestado ha sido positiva. Interpretamos que los pacientes que han rehusado finalmente participar en el estudio son aquellos cuyas familias han tenido una vivencia insatisfactoria de la estancia en Hospital de Día.

La dificultad en la localización de un número elevado de pacientes puede relacionarse con características de las familias (inestabilidad biográfica) y con el tipo de vinculación que se estableció con el hospital de día (asistencia irregular, abandonos,...).

Esta presentación es un punto de partida para la elaboración en los años venideros de un estudio con una muestra más amplia.

ALTERACIONES TIROIDEAS EN PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA AGUDA INFANTO-JUVENIL

*Alvarez Subiela, Xavier; Blazquez Hinojosa, Anna; Gariup, Maria; Morer Liñan, Astrid; Lázaro García, Luisa; Castro-Fornieles, Josefina.
Hospital Santa María de Lleida
jalvarez@gss.scs.es*

OBJETIVOS

Evaluar retrospectivamente la frecuencia de alteraciones tiroideas en pacientes ingresados en una sala de psiquiatría infanto-juvenil, y la asociación entre dichas alteraciones y el diagnóstico psiquiátrico

MÉTODOS

Se han revisado las pruebas tiroideas en 323 pacientes (59% varones, edad media 14.05 años), hospitalizados en una Unidad de Agudos de Psiquiatría Infanto-Juvenil a lo largo de 24 meses (enero 2009 – diciembre 2011) por patologías diferentes a los trastornos alimentarios. La función tiroidea se evaluó mediante la medición en suero de T4 libre (FT4) y de hormona estimulante del tiroides (TSH). Las alteraciones tiroideas se han categorizado en alteraciones en TSH, FT4 y relacionado con el diagnóstico psiquiátrico

RESULTADOS

Los resultados se indican en la tabla y el gráfico adjuntos.

El 12% de los pacientes presentaban alteraciones tiroideas al ingreso. La mayoría de las alteraciones consistían en hipotiroidismo subclínico y, en menor número de casos, clínico. La prevalencia de alteraciones estaba especialmente elevada en los pacientes ingresados por trastorno obsesivo-compulsivo (29%).

CONCLUSIONES

Quedan por comparar las prevalencias encontradas con la de la población general infanto-juvenil, y por investigar la patogénesis de las alteraciones tiroideas detectadas: podrían ser primarias o secundarias a la enfermedad psiquiátrica, o un mecanismo autoinmune puede ser la base común de ambos trastornos.

TRASTORNOS DE CONDUCTA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WILSON: A PROPOSITO DE UN CASO.

*ORTEGA GARCIA, ENRIQUE; GARRIDO FERNANDEZ, VIRGINIA
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Complejo Asistencial Universitario de León.
eortegag@saludcastillayleon.es*

**118 OBJETIVOS**

Se presenta un caso clínico de un paciente de 14 años derivado por alteraciones de conducta, haciendo especial énfasis en la importancia de descartar patología orgánica.

METODOS

Caso: Paciente de 13 años de edad de origen marroquí que es derivado por su pediatra por presentar importantes alteraciones conductuales de un año de evolución, principalmente agresividad física y verbal. El pediatra achaca este comportamiento a las dificultades de integración debido al desconocimiento del idioma, así con la muerte reciente de un hermano que vivía en Marruecos. Especifica que la exploración neurológica es normal.

Antecedentes Personales: Menor de siete hermanos. Se desconocen datos acerca del embarazo, parto y desarrollo psicomotor, así como cuidados médicos en la infancia. Desde hace un año reside en España.

Antecedentes Familiares: Un hermano falleció a los 18 años de una enfermedad que cursó con temblor, rigidez, torpeza motora, disartria y convulsiones. En la actualidad un hermano de 19 años que reside en Marruecos padece los mismos síntomas. Resto de hermanos sanos.

Enfermedad Actual: Clínica de dos años de evolución que se ha caracterizado por un cambio progresivo de carácter y comportamiento, irritabilidad, mayor suspicacia y desconfianza que desde hace un año se ha ido complicando con dificultades de la marcha y del equilibrio, torpeza motora, rigidez muscular, disartria y dificultades para la deglución.

RESULTADOS

Lo más llamativo de la exploración son las alteraciones motoras, con continuos movimiento coreicos, importante ataxia, imposibilidad para coger un bolígrafo y escribir, pérdida de fuerza, dismetría y temblor. En todo momento se muestra abordable, orientado y colaborador, tranquilo y adecuado. No se objetivizan alteraciones formales del pensamiento.

Se deriva al Servicio de Neurología y durante el ingreso se diagnostica de Enfermedad de Wilson con afectación hepática y cerebral, evidenciándose en la RMN una alteración de señal en ganglios basales, mesencéfalo y pedúnculos cerebelosos superiores, iniciándose tratamiento con Penicilamina y Piridoxina.

CONCLUSIONES

Ante la presencia de un trastorno del comportamiento de inicio brusco junto con síntomas neurológicos mayores, es conveniente descartar una patología neurológica.

**LA TERAPIA GRUPAL
MULTIFAMILIAR A TRAVÉS DE
UN EQUIPO DE SALUD MENTAL
INFANTO-JUVENIL**

*M. Pérez García, J.A. Jiménez Barbero, J.J.García Arenas, J.M.Gabari Ledesma,
R. Sandoval Moreno, V. Munuera García
Unidad Infanto-Juvenil Lorca (Murcia)
mariapg78@hotmail.com*

OBJETIVOS

La psicoterapia grupal es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, partiendo de la base de que la interacción paciente-paciente y paciente-terapeuta promueve cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del grupo(1). Desde esta perspectiva expondremos una experiencia grupal llevada a cabo con familias y preadolescentes atendidos en nuestra unidad infanto-juvenil.

METODOS

La terapia grupal multifamiliar se lleva a cabo en dos salas, una habilitada para grupos y otra para psicomotricidad. Las sesiones se realizan con una periodicidad quincenal, siendo la duración total de cada sesión de 90 minutos.

En este grupo participan todos los profesionales del equipo de salud mental infanto-juvenil (Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional), además de un total de 10 familias. Las sesiones son conducidas por una “pareja terapéutica”, constituida por psiquiatra y psicólogo.

RESULTADOS

Esta iniciativa ha tenido muy buena aceptación por el equipo de profesionales y las familias de pacientes atendidos. Sin embargo, tres familias abandonaron la terapia por incompatibilidad de horario laboral o distancia geográfica.

En el grupo destacan la cohesión, la aceptación y la escucha entre sus miembros. Además se ha conseguido utilizar eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos para un mayor número de pacientes.

El equipo terapéutico está integrado por profesionales de ambos sexos de forma equitativa, siendo representativa la “pareja terapéutica”. Esto ha posibilitado la proyección del rol de figuras parentales en estos terapeutas y del rol de hermanos en el resto del grupo (2).



CONCLUSION

La Terapia Grupal Multifamiliar, partiendo del equipo profesional como motor de cambio y medio de transición desde la patología a la salud, permitiría aumentar nuestra eficiencia terapéutica, así como brindar un mayor número de prestaciones de mejor calidad ante una población con demanda creciente de atención psiquiátrica (3).

CONCORDANCIA DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN ENTRE PADRES-HIJOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

Elena Font, Àngela Vidal, Eva Prats, Miriam Pérez, Patricia Viso, Paola Punsoda, Soledad Romero, Marta García, Luisa Lázaro
Hospital Clinic de Barcelona
efont@clinic.ub.es

OBJETIVOS

El Hospital de Día u hospitalización parcial infanto juvenil va dirigido a pacientes menores de 18 años con patología psiquiátrica grave y tiene el objetivo de disminuir la sintomatología del niño o adolescente y adaptarlo a su entorno social.

Los estudios publicados sugieren que el tratamiento en Hospital de Día es beneficioso, y coinciden en que los factores de buen pronóstico están más relacionados con el funcionamiento familiar y la alianza terapéutica de la familia con el tratamiento, que con la sintomatología que motivó el ingreso.

A pesar de eso, en el contexto de los hospitales de día es importante tener en consideración la información que proporcionan tanto los progenitores como los propios pacientes para poder establecer un plan de actuación e intervención específico para cada caso

MÉTODOS

El objetivo del presente estudio es evaluar la concordancia entre las medidas de evaluación administradas tanto a los pacientes como a sus padres, con el objetivo de determinar la necesidad de la recogida de información de ambas fuentes

RESULTADOS

Se administra el Alabama Parenting Questionnaire Child Version, Kidscreen y el Autoinforme de Comportamiento de Jóvenes (YSR) a 18 niños y adolescentes que asisten al Hospital de Día. Se recoge la información proporcionada por sus progenitores de las escalas Alabama Parenting Questionnaire Parent Versión, Kidscreen para padres y Inventario del Comportamiento de Niños/as para padres (CBCL), complementarias a las aplicadas a los menores.

Se llevan a cabo análisis estadísticos con el paquete SPSS 15, con el objetivo de comparar la información proporcionada por los progenitores y por el propio paciente se comparan las medidas.

CONCLUSIONES

El Hospital de Día constituye un marco terapéutico dirigido por un equipo multidisciplinar que proporciona una estructura y un programa de tratamiento multimodal (psiquiátrico, psicológico y pedagógico) al paciente. Al mismo tiempo, el programa de tratamiento de Hospital de Día incluye la intervención familiar, escolar y social. Este recurso permite realizar un tratamiento terapéutico intensivo sin desvincular al paciente de su entorno natural, permitiendo que éste mantenga una vinculación con su familia, escuela, etc.

La investigación referente a la hospitalización parcial está mayoritariamente basada en la población adulta. En cuanto a la investigación en población infanto-juvenil y hospitalización, la mayor parte de estudios se han centrado en la eficacia de los ingresos hospitalarios en régimen interno y en determinar cuáles son los factores predictores de buen pronóstico. No obstante, son escasas las investigaciones centradas en los tratamientos de hospitalización parcial.

Llevar a cabo una investigación en el marco de un Hospital de Día Infanto-juvenil es complejo debido, en parte, a las características de la muestra. Los diagnósticos de los pacientes son muy heterogéneos y la mayor parte de ellos presentan múltiple comorbilidad. Además, aunque el Hospital de Día ofrece una serie de actividades estructuradas que se van repitiendo a lo largo de las semanas, la realidad es que el tratamiento que recibe cada paciente no es uniforme debido, en parte, a que el Hospital de Día es un dispositivo dinámico que va adaptándose a las necesidades de los pacientes que hay en cada momento.



120 **MEDIDAS DE IMPULSIVIDAD
EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES INGRESADOS EN
UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**

*Blázquez Hinojosa, Ana; Álvarez Subiela, Xavier;
Gariup, Maria, Morer Liñan, Astrid
Unitat d'Hospitalització. Servei de Psiquiatria i Psicologia
infantil y juvenil. Hospital Clinic, Barcelona
amor@clinic.ub.es*

OBJETIVOS

Se trata de un estudio descriptivo que pretende evaluar la impulsividad como síntoma transversal a la patología psiquiátrica aguda y relacionarlo con el diagnóstico y con conductas de riesgo.

MÉTODOS

Se administró a todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de forma consecutiva durante el 2011 la escala de Impulsividad Funcional y Disfuncional de Dickman y la Escala de Impulsividad de Barrat. Utilizando pruebas estadísticas no paramétricas (U de Mann-Whitney) se relacionó la puntuación en las diferentes escalas con el diagnóstico psiquiátrico y con conductas de riesgo: tentativas autolíticas, auto/heteroagresividad, consumo de tóxicos. Participaron 27 pacientes; 9 varones y 18 mujeres. Media de edad de 14,85 años. 22,2% consumía cannabis, 7,4% había realizado una tentativa autolítica, 48,1% había presentado heteroagresividad y 25,9% autoagresividad previa al ingreso. La media en la escala de Barrat total fue 55,07 (55,77 hombres; 52,33 mujeres). En la escala de Dickman disfuncional la media fue 6,22 (4,88 hombres; 6,11 mujeres). Los pacientes mayores de 15 años puntuaron más en impulsividad según la escala de Dickman.

RESULTADOS

Los diagnósticos más frecuentemente asociados a impulsividad, de forma estadísticamente significativa, según las escalas de Dickman y Barrat fueron: trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar.

Los menos asociados: trastornos psicóticos y ansiedad. En cuanto a comportamientos impulsivos los pacientes que se autolesionaron puntuaron más en la escala disfuncional de Dickman respecto al resto de pacientes ($p=0,04$).

CONCLUSIONES

Los pacientes que puntuaban más en Barrat Total y Dickman Disfuncional tienen más tendencia a realizar conductas de riesgo. Los diagnósticos más relacionados con impulsividad son el Trastorno Negativista Desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno bipolar.

Como limitaciones importantes nos encontramos que son datos preliminares dado que la n recogida es aún pequeña.

XXIV EDICIÓN DE LOS CURSOS DE VERANO de la UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

TÍTULO DEL CURSO/ENCUENTRO

“Viendo pasar la vida: desarrollo evolutivo y Psiquiatría de la infancia y adolescencia”

121

DIRIGIDO POR: Profesora D^a María Jesús Mardomingo Sanz

Profesora Psiquiatría Infantil en Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Jefa del Servicio de Psiquiatría de Niños y adolescentes del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

CON EL PATROCINIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

Está especialmente dirigido a estudiantes, residentes y profesionales sociosanitarios (enfermería, medicina, en especial pediatras, psicología, psiquiatría, antropología, trabajo social...) y de la enseñanza, educación no formal que trabajen con niños, adolescentes y sus familias y a los padres interesados.

OBJETIVOS Y MOTIVACIONES DEL CURSO

Infancia y adolescencia son etapas del ciclo vital de tránsito hacia la vida adulta decisivas para alcanzar un adecuado desarrollo emocional y una buena salud mental. A lo largo de la vida, en función de las experiencias vitales, la carga genética y la educación se forja la personalidad, especialmente en los primeros estadios, infancia y adolescencia. En los estudios epidemiológicos encontramos que hasta un 20% de nuestros niños y adolescentes presentan a lo largo de su desarrollo evolutivo trastornos mentales y del comportamiento que afectan a su vida y requieren una respuesta adecuada. La sociedad, la propia familia, los educadores y los profesionales sociosanitarios deben estar suficientemente preparados para abordarlos. Este curso pretende dotarles de conocimientos y habilidades prácticas con esta finalidad. Se contará con la experiencia clínica práctica y aportaciones teóricas de destacados especialistas de la Psiquiatría de la infancia y adolescencia española, con más de cincuenta años de historia, e investigadores y clínicos de distintas disciplinas.

El curso pretende:

1. Profundizar en el estudio de las emociones en la infancia y adolescencia, etapas cruciales dentro del desarrollo evolutivo vital en las que emergen patologías mentales y del comportamiento.
2. Mostrar resultados de recientes investigaciones en psicopatología del niño y adolescente desde una visión interdisciplinar y novedosas experiencias en promoción de salud y prevención.
3. Tratar de ofrecer posibles vías de actuación frente a la psicopatología del niño y del adolescente con rigor científico pero sin descuidar el lado humano.

SECRETARIO/A DEL CURSO

Profesor Pedro Manuel Ruiz Lázaro (MD, Ph D)

Profesor asociado de la Universidad de Zaragoza. Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatría.

PROGRAMA DEL CURSO

LUNES, DÍA 1 de agosto de 2011

10.30 horas: Inauguración

Directora del curso

122 12.00 horas: Conferencia

Divorcio y formas de custodia. Repercusiones en los hijos. Profesora **D^a María Jesús Mardomingo Sanz**. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

16.30 horas: Mesa redonda: El desarrollo evolutivo del cerebro en el niño y en el joven.

Dr. Daniel Martín Fernández-Mayoralas. Neuropediatra Hospital Quirón. Madrid.

Profesor D. Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Universidad de Zaragoza. I+CS.

Profesora D^a María Jesús Mardomingo Sanz. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

MARTES, DÍA 2 de agosto de 2011

10.00 horas: 1^a Conferencia

Vivencias estresantes y psicopatología. Profesora **D^a María Dolores Domínguez Santos**. Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Profesora Titular Psiquiatría. Universidad Santiago de Compostela.

12.00 horas: 2^a Conferencia

Obsesiones, rituales y supersticiones. Profesor **Antonio Agüero Juan**. Profesor titular Psiquiatría Infantil. Universidad de Valencia

16.30 horas: Mesa redonda: Hijos de una sociedad estresada

Dra. Inés García Martín. Psiquiatría infantil y adolescente. Dr. Carlos Chiclana (Madrid)

Profesora D^a María Jesús Mardomingo Sanz. Presidenta de Honor la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Prof D. Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario-Universidad de Zaragoza.

Profesora D^a María Dolores Domínguez Santos. Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

Profesor Antonio Agüero Juan. Profesor titular Psiquiatría Infantil Universidad de Valencia

MIÉRCOLES, DÍA 3 de agosto de 2011

10.00 horas: 1^a Conferencia

Acoso escolar y valores sociales. **D^a Espido Freire**. Escritora E+F Madrid.

16.30 horas: Mesa redonda: Imagen, cuerpo y adolescencia

D Eduardo Chaperó Jackson. Director de cine. Proyección de corto "Contracuerpo".

D^a Espido Freire. Escritora E+F Madrid.

Prof D. Pedro Manuel Ruiz Lázaro. Universidad de Zaragoza. I+CS.

Profesora D^a María Jesús Mardomingo Sanz. Presidenta de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

JUEVES, DÍA 4 de agosto de 2011

10.00 horas: 1ª Conferencia

Nuevos trastornos de la conducta alimentaria. El adolescente varón ante su cuerpo. **Profesor D Josep Toro Trallero**. Profesor emérito de Psiquiatría. Infantil Universidad de Barcelona. Socio de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

12.00 horas: 2ª Conferencia

Trastornos de conducta en la adolescencia y psicopatía. **Dr Xavier Agustín Gastaminza Pérez**. Psiquiatra infantil. Barcelona. Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil Hospital Universitari Vall d'Hebron

123

16.30 horas: Mesa redonda: Violencia de familia y de género en la infancia y adolescencia Violencia de padres a hijos. Maltrato y abuso.

Dra. Inmaculada Octavio del Valle Psiquiatría infantil. Madrid.

Violencia de género en la infancia y adolescencia.

Prof D. Pedro Manuel Ruiz Lázaro Profesor asociado Universidad de Zaragoza- I+CS.

Profesora Dª María Jesús Mardomingo Sanz. Presidente de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

Dr Xavier Agustín Gastaminza Pérez. Psiquiatra infantil. Barcelona. Unitat de Psiquiatria Infantil i Juvenil Hospital Universitari Vall d'Hebron

Profesor D Josep Toro Trallero. Profesor emérito de Psiquiatría. Infantil Universidad de Barcelona. Socio de Honor de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

VIERNES, DÍA 5 de agosto de 2011

10.00 horas: 1ª Conferencia

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ¿Mito o realidad? Profesor **D. Miguel Angel Catalá**. Profesor titular Psiquiatría Infantil Universidad de Valencia

12.00 horas: Clausura y entrega de diplomas

Director/a del curso.

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 el 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 a las Normas de Vancouver, 1.997.

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su página web, www.aepnya.com, en la sección "Información para 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.

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, deberá consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>).

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).

e) Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

f) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

La segunda página corresponderá al Resumen y Palabras Clave. El resumen se hará en español e inglés, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructura similar a la del manuscrito (vg., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente. A continuación se 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), de 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 u 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 per-

manente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos totalmente o en parte sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista.

1.- Artículos Originales

Se considerarán tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y estructurándose este bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Hipótesis y/o Objetivos
5. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
6. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
7. Discusión
8. Conclusiones, y
9. Bibliografía (se recomienda no superar las 50 citas).

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

2.- Artículos de Revisión

Se considerarán 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 caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente secuencia:

1. Primera página, tal y como se detalla más arriba
2. Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
3. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
4. Justificación y/o Objetivos de la Revisión

5. Métodos, si procede, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
6. Desarrollo (la revisión propiamente dicha)
7. Conclusiones, y
8. Bibliografía (se recomiendan entre 50 y 80 citas, aunque será flexible según el tema tratado)

3.- Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos o Comentarios Breves tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo 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. 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 este 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.

126

8.- Números Monográficos

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.

Tablas y figuras

Las tablas deben estar numeradas independientemente, con números arábigos, por su orden de aparición en el texto, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. Estarán 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 Secretaria Técnica de la Revista para valorar la mejor solución. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, estos 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 al final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se 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 Spectr Rev* 2010; 29:29-54). *Se mencionarán todos los autores cuando

sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros. **Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>). *** El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations*. New York: Springer-Verlag; 1999).
3. Capítulo de libro: Autor/es 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).
4. 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).
5. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS) [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

Si una referencia se halla pendiente de publicación deberá describirse como [en prensa], siendo responsabilidad de los autores la veracidad de esta.

Envío de manuscritos

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaria Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aeponya.org, o del sistema disponible en su página web, www.aeponya.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.

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 ninguna otra revista.

neamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

- Los autores son responsables de la investigación.
- Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
- Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

Los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de interés en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales los autores deberán declarar si poseen (o no) acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido (o no) ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas. Si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 4 días siguientes a su recepción. De no recibirse dicha devolución, se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

La editorial remitirá a cada uno de los autores que haya facilitado su correo electrónico copia facsimilar digital en PDF de cada trabajo.

Revisión y revisión externa (peer review)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los

manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

A través de los informes realizados por los revisores, el Comité Editorial tomará la decisión de publicar o no el trabajo, pudiendo solicitar a los autores la aclaración de algunos puntos o la modificación de diferentes aspectos del manuscrito. En este caso, el autor cuenta con un plazo máximo de un mes para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

La editorial revisará los aspectos formales del trabajo, descritos en estas normas. Un manuscrito puede ser devuelto a sus autores por incumplimiento de las normas de presentación.

Una vez aceptados los trabajos, los manuscritos se someten a una corrección morfolingüística y de estilo. Los autores podrán comprobar los cambios realizados al recibir las galeras, aprobar dichos cambios o sugerir modificaciones.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Las investigaciones origen de los artículos remitidos habrán de ajustarse a la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y sus posteriores modificaciones, así como a la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas.

Si pudiera reconocerse la identidad de un paciente, o si pretende publicarse una fotografía de este, 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.

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la en-

fermedad 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

EXCELLENCE in Child Mental Health

Cutting edge topics by outstanding speakers

30 NOV - 3 DEC 2011 • ISTANBUL, TURKEY



- **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

Excellence in Child Mental Health will be:

- Reviewing a plethora of **disorders**
- Revealing the latest usable **therapies**
- Evaluating the range of **service options**



Save 30€
on registration fees!

E-mail the promo code EICMH2011_RIJ to
eicmh-reg@candc-group.com

Deadline for abstract submission **16 September 2011**

Deadline for early registrations **16 September 2011**



www.excellence-in-child-mentalhealth.org



eicmh-info@candc-group.com



C&C International
Group of Companies

www.CandC-group.com

E. eicmh-info@candc-group.com
T. +30 210 68 89 130
F. +30 210 68 44 777
www.excellence-in-child-mentalhealth.org
1A, Pierias Str., 144 51
Metamorfossi, Athens Greece

MEMBER OF
acb

I A P C O

Certified by ISO 9001:2000



ACAP

ACAP

Association Management
Professional Congress Organiser
Events & Destination Management
Strategy & Communication

EL AVAL DE LA AEPNYA

Qué es el Aval Científico de la AEPNYA:

La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) tiene entre sus fines la de “difundir los conocimientos y criterios científicos de la especialidad”, lo que incluye tanto el desarrollo de actividades formativas propias como la evaluación, aval y difusión de actividades ajenas pero coherentes con estos fines. Para ello se ha desarrollado este sistema de Aval Científico de la AEPNYA, mediante el cual se certifica la calidad científica del programa formativo para el cual se concede el aval.

Quién lo puede solicitar:

Puede solicitar este AVAL Científico toda persona u organización que programe realizar un acto científico, de interés para la comunidad médica/científica o para el público en general, y desee el apoyo o reconocimiento de nuestra Asociación.

Cuánto cuesta:

Para iniciar el proceso de valoración de una solicitud por parte de la Junta Directiva y la Comisión Científica de la AEPNYA deberá cumplimentarse el formulario más adelante detallado, remitiéndose a dicha Junta Directiva.

Cuenta de la AEPNYA:

ENTIDAD:

Nº CUENTA:

La tramitación del AVAL será gratuita para aquellas actividades organizadas por un socio de la AEPNYA que no dispongan de financiación privada mayoritaria.

Cómo solicitar el AVAL Científico:

Para solicitar el AVAL Científico de la AEPNYA deberá cumplimentarse debidamente el Formulario de Solicitud del Aval Científico que se puede encontrar en la Web de la AEPNYA (<http://www.aepnya.org>). El formulario, junto con una copia del programa de la actividad, se remitirá por correo electrónico a la dirección:

secretaria@aepnya.org.

Qué pasos sigue la tramitación del AVAL:

1. Una vez recibidos el formulario de solicitud del AVAL y el programa de la actividad, la Secretaría de la AEPNYA los remitirá a la Presidencia de la Comisión Científica y al resto de los miembros de la Junta Directiva de la AEPNYA para iniciar su valoración.
2. La gestión completa de la solicitud se estima que se realice en aproximadamente 15 días.
3. La Secretaría de la AEPNYA comunicará la decisión al solicitante, y:
 - a. En caso de que la concesión del AVAL fuera NEGATIVA, se acompañará la decisión de la justificación razonada de la misma.
 - b. En caso POSITIVO, y a excepción de los casos en que el AVAL sea gratuito (ver más abajo), deberá cumplimentarse un ingreso bancario de 900 euros a la cuenta de la Asociación, cuyo justificante será remitido mediante correo electrónico a la dirección *secretaria@aepnya.org*. Una vez cumplimentado dicho requisito, se procederá a la concesión del aval y se remitirá al Solicitante el Logo de la AEPNYA para su inclusión en la documentación de la actividad formativa, junto al rótulo: “Esta Actividad cuenta con el AVAL CIENTÍFICO de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).”

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL AVAL CIENTÍFICO DE LA AEPNyA

Nombre de la Actividad

Responsable de la Actividad (nombre y cargo o situación profesional)

Institución organizadora

Tipo de actividad (congreso, jornada científica, taller, seminario, curso...)

Profesionales a quienes se dirige

Objetivos y metodología de la actividad

Fecha, lugar y duración (horas) de la actividad. Número máximo de participantes (si lo hubiere)

Carácter (presencial, a distancia, mixto) y ámbito (local, regional, nacional, internacional)

Control de asistencia (sí/no, mínimo exigido)

Sistema de evaluación de los asistentes (si lo hubiere)

Programa de la actividad (adjuntar o describir), que incluya: temario específico, profesorado y su calificación profesional y/o docente, y logística (organización, secretaría, soporte técnico, entidades involucradas, apoyo económico...)

Financiación de la actividad y coste para los asistentes

Sistema de evaluación de la actividad y del profesorado

Responsable, fecha y firma

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

PÁGINA WEB DEL CONGRESO

www.barcelona2012.aepnya.org

FECHAS A RECORDAR

Fecha límite para enviar:

Propuestas de Mesas Redondas
y Talleres: **15 Noviembre de 2011**

Las propuestas deberán enviarse por correo electrónico: aepnya2012@agora-events.com

Comunicaciones libres orales
y tipo póster: **3 de febrero de 2012**

*La normativa para la presentación
y el envío de comunicaciones estará disponible
en la página Web del congreso
a partir del 15 de septiembre*

SECRETARÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

AGORA EVENTS

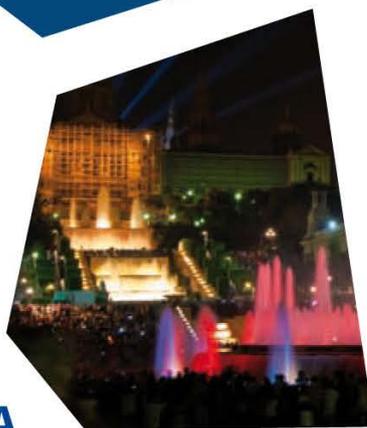
C/ Pelai, 10, 1º 2ª B

08001 Barcelona

Tel: 932 427 714

Fax: 933 188 002

Aepnya2012@agora-events.com



AVANCE DE INFORMACIÓN

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



33

Biología y ambiente en el trastorno mental de niños y adolescentes



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 plantearan 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

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta Josefina Castro Fornieles

Secretario José Ángel Alda Díez

Tesorero Bernardo Sánchez Fernández

Vocales

Rosa Calvo Escalona

José Eugenio de la Fuente Sánchez

Montse Dolz Abadía

Sabel Gabaldón Fraile

Xavier Gastaminza Pérez

Amaia Hervás Zúñiga

Luisa Lázaro García

Montse Pàmias Massana

Lluis San Molina

Josep Toro Trallero

COMITÉ CIENTÍFICO

Gloria Canalda Salhi

Fina Canals Sans

Josefina Castro Fornieles

Maria del Claustre Jané Ballabriga

Luisa Lázaro García

M^a Dolores Mojarro Práxedes

Bernardo Sánchez Fernández

Josep Toro Trallero

JUNTA DIRECTIVA DE AEPNYA

Presidenta

M^a Dolores Domínguez Santos

Vicepresidenta

Concepción de la Rosa Fox

Secretaria

Aránzazu Ortiz Villalobos

Tesorera

Aránzazu Fernández Rivas

Vocales

Tomás José Cantó Díez

Josefina Castro Fornieles

María José Ruiz Lozano

Presidenta. Comisión Científica

M^a Dolores Mojarro Práxedes

Presidente. Comisión de Publicaciones

Óscar Herreros Rodríguez

Programa

JUEVES 10 DE MAYO

- 09:30 - 11:30 Talleres
- 11:30 - 13:30 Talleres
- 15:30 - 17:00 Mesas Redondas
- 17:00 - 18:00 Comunicaciones Orales
- 18:00 - 19:30 **Conferencia Inaugural**
"Trastorno depresivo en niños y adolescentes"
Dr. Boris Birmaher
- 19:30 Cóctel de Bienvenida

VIERNES 11 DE MAYO

- 9:00 - 10:30 Mesas Redondas
- 10:30 - 11:00 Café
- 11:00 - 12:30 Comunicaciones Orales que optan a premio
- 12:30 - 14:30 Sesión de Pósters y almuerzo cóctel
- 14:00 - 16:00 Asamblea AEPNYA
- 16:00 - 17:30 Mesas Redondas
- 17:30 - 18:30 Comunicaciones Orales
- 20:30 Cena del Congreso
en el Museo Picasso de Barcelona

SÁBADO 12 DE MAYO

- 9:30 - 11:00 Mesas redondas
- 11:00 - 11:30 Café
- 11:30 - 13:00 **Conferencia clausura**
"Avances en el Trastorno obsesivo-compulsivo
en niños y adolescentes"
Dr. David Mataix-Cols
- 13:00 Entrega de Premios y clausura del congreso