

revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 26 • Número 1-2 • 2009

S
U
M
A
R
I
O

44

Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente



Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2009;26(1-2)



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-REVISORES

A. Fernández Rivas (Bilbao)

T. Martínez Rey (Badajoz)

M. Martínez Velarte (Zamora)

I. Olza Fernández (Zaragoza)

A. Pérez Rodríguez (Badajoz)

J.A. Mazaira Castro (Santiago de
Compostela)

T. Alcaina Prósper (Albacete)

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
Apartado de correos 118
38109 – Radazul (Tenerife)
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Siglo
EDITORIAL

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

Copyright 2009

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

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las 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



1

“El riesgo de no hacer nada. Prevención, diagnóstico y tratamiento precoces basados en la evidencia”

“The risk of doing nothing. Evidence-based prevention, early detection and treatment”

Sede:



Plaza del Baluarte, 31002-Pamplona

Secretaría Técnica: Viajes Arga.
E-mail: comercial@viajesarga.com
Teléfono: 948 199 222
Secretaría Científica: aepnya2009@unav.es



Estimados colegas y amigos de AEPNYA

Bienvenidos a nuestra 44ª Reunión de AEPNYA, del 4 al 6 de Junio de 2009, en Pamplona. Espero que estos días sean provechosos para el intercambio científico en las sesiones, para establecer contactos nuevos, para ver a los compañeros como cada año, y para pasar unos días agradables. No olvidéis pasear un rato por Pamplona y si podéis ver algo de Navarra, os servirá para querer volver.

Quiero agradecer a todo mi equipo su trabajo, esfuerzo y creatividad. Primero a las secretarías del Departamento, Ana Ena y Maribel Cenarro, que han hecho casi todo el trabajo. Después al equipo de Viajes Arga liderado por César Galve; y al comité organizador y científico: Dres. Javier Royo, Juanjo Carballo, Pilar de Castro, Azucena Díez Suárez, Inma Escamilla, Ana Figueroa, Pilar Gamazo, Inés García Martín, M^a Jesús Mardomingo, Andrés Martín y Javier Schlatter, y a los directores del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Clínica Universidad de Navarra, Dres. Jorge Pla y Felipe Ortuño y a todo el Departamento que nos ha ayudado muchísimo. Cada uno ha aportado lo mejor de sí mismo, y todos hemos trabajado para que la Reunión sea un éxito. Los Dres. Antonio Agüero y Lola Mojarro de la comisión científica de AEPNYA revisaron el programa. Nos han asesorado los organizadores de reuniones anteriores las Dras. Arantza Fernández (Bilbao 2007) y Gemma Ochando (del equipo del Dr. Loño de Valencia 2008), y todos los miembros de la Junta Directiva anterior y actual de AEPNYA. Para seleccionar y evaluar los pósters y comunicaciones orales, han colaborado los Dres. J. Pla, J. Schlatter, Fali Caballero, Mara Parellada, Jose Ángel Alda, Fina Castro, Miguel Ángel Catalá, Soraya Otero, L. Mojarro, Luisa Lázaro, y Pedro J. Rodríguez Hernández. Mi agradecimiento muy especial a los ponentes y moderadores por su esfuerzo y flexibilidad, y por hacernos un hueco en su agenda para venir. Finalmente, muchas gracias a los sponsors de la Industria Farmacéutica: Lilly, Janssen-Cilag, Juste y Shire; y a la Fundación Alicia Koplowitz, sin los que habría sido imposible realizar ésta Reunión. Su respuesta y disponibilidad ha sido ejemplar en todo momento.

En éstos meses han cambiado mucho las cosas para todos en el equipo: han nacido cinco niños, ha habido dos bodas, cinco cambios de trabajo (tres de ellos con cambio de país), algunos familiares han perdido su empleo, otros han sufrido alguna enfermedad, y hemos tenido una pérdida irreparable que nos ha afectado mucho a todos. A pesar de los cambios, todos han seguido trabajando para sacar adelante éste proyecto y les estoy muy agradecido. Personalmente esta experiencia me ha enseñado mucho, y hemos conseguido entre todo el equipo algo que hace unos años me hubiera parecido imposible.

¡Gracias a todos!.

Sólo os pido una cosa más: apoyar al comité organizador de Santiago de Compostela 2010.

COMITÉS

3

COMITÉ DE HONOR

<i>Excma. Sra. Dña. Alicia Koplowitz y Romero de Juseu</i>	Presidenta de la Fundación Alicia Koplowitz
<i>Excmo. Sr. D. Miguel Sanz Sesma</i>	Presidente del Gobierno de Navarra
<i>Excma. Sra. Dña. Yolanda Barcina Angulo</i>	
<i>Excmo. y Magnífico Rector</i>	Alcaldesa de Pamplona
<i>D. Ángel José Gómez Montoro</i>	Universidad de Navarra
<i>Excmo. y Magnífico Rector D. Julio Lafuente López</i>	Universidad Pública de Navarra
<i>Ilma. Sra. María Kutz Peironcely</i>	Consejera de Salud del Gobierno de Navarra
<i>Ilma. Dra. M^a Pilar Civeira Murillo</i>	Decana, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra
<i>Ilmo. Sr. D. José Andrés Gómez Cantero</i>	Director General, Clínica Universitaria, Universidad de Navarra
<i>Dr. D. José Domingo Cabrera Ortega</i>	Subdirector de Salud Mental, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra
<i>Ilmo. Sr. D. Francisco Javier Sada Goñi</i>	Director General de Atención Especializada, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. César Soutullo Esperón
Vicepresidente: Dr. Javier Royo Moya
Vocales: Dr. Juan José Carballo Belloso
Dra. Pilar de Castro Manglano
Dra. Azucena Díez Suárez
Dra. Inmaculada Escamilla Canales
Dra. Ana Figueroa Quintana
Dra. Pilar Gamazo Garrán
Dra. Inés García Martín

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César Soutullo Esperón
Dr. Javier Royo Moya
Dr. Juan José Carballo Belloso
Prof^a. M^a Jesús Mardomingo Sanz
Dr. Andrés Martín
Dra. Dolores Mojarro Práxedes (Comisión Científica
AEPNYA)
Dra. Pilar Gamazo Garrán
Prof. Felipe Ortuño Sánchez-Pedreño
Dr. Jorge Pla Vidal
Dr. Javier Schlatter Navarro

JUNTA DIRECTIVA AEPNYA (2008-2011)

Presidenta: Prof^a. M^a Dolores Domínguez Santos
Vicepresidenta: Dra. Concepción de la Rosa Fox
Secretaria: Dra. Aránzazu Ortiz Villalobos
Tesorerera: Dra. Aránzazu Fernández Rivas
Vocales: Dr. Tomás J. Cantó Díez
Dra. Josefina Castro Fornieles
Dra. M^a José Ruiz Lozano
Relaciones Internacionales: Dr. Javier San Sebastián Cabasés
Comisión Publicaciones: Dr. Óscar Herreros Rodríguez
Comisión Científica: Dra. Dolores Mojarro Práxedes



JUEVES 4 DE MAYO

16:30. Vestíbulo

Recogida de Documentación

17:00-18:15. Sala Luneta 1. Planta 3ª**TALLER 1: Evaluación y aplicación de criterios de calidad en hospitalización en Psiquiatría Infantil**

Dr. Richard Church MRCPsych. South London & Maudsley NHS Foundation Trust Hospital, Institute of Psychiatry, King's College, Londres, Reino Unido.

Dr. Jaime Moyá Querejeta. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Clínico Universitario / Clínic Corporació Sanitària, Barcelona. Fellow Fundación Alicia Koplowitz (2005-2007).

Dra. Carmen Moreno Ruiz. Departamento de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Fellow Fundación Alicia Koplowitz (2004-2006).

17:00-18:15. Sala Luneta 2. Planta 3ª**TALLER 2: Diagnóstico y Evaluación en los Trastornos del Espectro Autista.**

Dra. Amaia Hervás Zúñiga. Jefe de Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Mutua de Tarrasa, Tarrasa (Barcelona) e Instituto Universitario Dexeus, Barcelona.

Dr. Joaquín Fuentes Biggi. Servicio de Psiquiatría Infantil, Policlínica Guipúzcoa, San Sebastián, Guipúzcoa. GAUTENA (Asociación Guipuzcoana de Autismo).

Discusora: Dra. Rafaela Caballero Andaluz. Hospital Virgen de la Macarena, Universidad de Sevilla.

18.15-19.30. Sala Luneta 1. Planta 3ª**TALLER 3: Grupos de padres sobre manejo conductual de niños con Trastorno Negativista Desafiante y TDAH.**

DUEs Arantxa Díez Martínez de Morentín y Karol Machiñena Gracia. Unidad de Psiquiatría Infantil y

Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Dra. Azucena Díez Suárez. Departamento de Psiquiatría, Hospital Virgen del Camino, Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea, Pamplona

Dra. Inmaculada Escamilla Canales. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra. Madrid

18.15-19.30. Sala Luneta 2. Planta 3ª**TALLER 4: Novedades en Psiquiatría Infantil: Visión del Editor de la Revista de la AACAP.**

Prof. Andrés Martin, M.D., M.P.H. Professor of Child Psychiatry & Psychiatry. Editor, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, EE.UU.

19.30-20.00. Sala Luneta 1. Planta 3ª**PRESENTACIÓN DE LIBRO**

Hablemos de la adolescencia. CCG Edicions

Dr. Josep Cornellà Canals (Girona)

VIERNES 5 DE MAYO

9:00-10:15. Sala de Cámara. Planta Baja**9:00-10:00****CONFERENCIA 1: Advanced Psychopharmacology of Pediatric bipolar disorder/Psicofarmacología avanzada del trastorno bipolar en niños y adolescentes.**

Dra. Melissa P. DelBello. Vice-Chair for Clinical Research, Department of Psychiatry. Associate Professor of Psychiatry and Pediatrics. University of Cincinnati College of Medicine

10:00-10:15

Coloquio moderado por *Dr. César Soutullo Esperón*. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

9:00-10:45. Sala Ciudadela. Planta 3ª

9:00-9:05

SIMPOSIO 1: Guías Clínicas Nacionales e Internacionales en TDAH: últimas revisiones y su aplicabilidad práctica. Sponsor: Janssen.

Moderador: *Dr. José Ramón Gutiérrez Casares.* Servicio de Psiquiatría, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

9:05-9:35

Avance sobre la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el TDAH en población infanto-juvenil del Ministerio de Sanidad.

Dr. José Ángel Alda Díez. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Hospital Infantil Sant Joan de Deu, Esplugas de Llobregat, Barcelona.

9:35-10:30

Update on the new NICE ADHD guidelines / Actualización en la nueva guía NICE de TDAH (idioma inglés).

Prof. David Coghill. Senior lecturer in child and adolescent psychiatry. Division of Pathology & Neuroscience (Psychiatry), University of Dundee Centre for Child Health, Dundee, Escocia, Reino Unido.

10:30-10:45. Coloquio

9:00-10:45. Sala Luneta. Planta 3ª

Comunicaciones orales: Sesión 1.

1.1 Aspectos diagnósticos del TDAH y otros trastornos disruptivos.

1.2 TGD

Moderadores:

Dr. Juan José Carballo Belloso. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Departamento de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Fellow Fundación Alicia Koplowitz (2005-2007).

Dra. Pilar de Castro Manglano. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

9:00-14:00. Sala de Exposiciones. Planta Baja

Exposición de pósters. Sesión 1.

10:00

Sala de Exposiciones (Planta Baja).
Apertura de los stands de la industria.

10:45-11:15

Sala de Exposiciones (Planta Baja). Pausa café.

10:45-11:15

Sala de Exposiciones (Planta Baja).

Exposición de pósters. Valoración del tribunal Pósters números: 1-19

11:15-11:45

Sala de Cámara (Planta Baja).

INAUGURACIÓN OFICIAL

Ilma. Sra. María Kutz Peironcely. Consejera de Salud del Gobierno de Navarra

Excma. Sra. Dña. Yolanda Barcina Angulo. Alcaldesa de Pamplona

11:45-13:45. Sala Ciudadela. Planta 3ª

11:45-11:50

SIMPOSIO 2. Primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia.

Moderadores: *Lda. Marta Rapado* y *Dr. Miguel Moreno.*

11:50-12:20

Evolución de los síntomas y perfil cognitivo en psicosis de inicio temprano.

Lda. Marta Rapado Castro. Unidad de Adolescentes, HGU Gregorio Marañón, Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

12:20-12:50

Genética en pacientes con psicosis de inicio temprano y familiares de primer orden

Dra Ana Patiño García. Laboratorio de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra.

12:50-13:25

Tratamiento psicoeducativo para los familiares y pacientes con psicosis de inicio temprano.



- 6 *Dr. L. Miguel Moreno Íñiguez*. Unidad de Adolescentes, HGU Gregorio Marañón, Madrid. CIBERSAM. Fellow Fundación Alicia Koplowitz (2004-2006).

13:25-13:45

Coloquio

12:00-13:30. Sala de Cámara. Planta Baja.

12:00-13:00

CONFERENCIA 2. *Improvement on Quality of Life in children with ADHD: Beyond symptom improvement/ La mejoría en la calidad de vida de los niños con TDAH: más allá de los síntomas (Idioma: Inglés / Traducción simultánea).*

Prof^a. Margaret Weiss, M.D., PhD. Clinical Professor, University of British Columbia. Clinical Head, Provincial ADHD Program, Vancouver, BC, Canada.

13:00-13:30

Coloquio moderado por *Dra. Amaia Hervás Zúñiga* Jefe de Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Mutua de Tarrasa, Tarrasa (Barcelona) e Instituto Universitario Dexeus, Barcelona.

12:00-13:00. Sala Luneta. Planta 3^a

Comunicaciones orales: Sesión 2

2.1 *Biología y farmacología del TDAH y otros trastornos disruptivos.*

2.2 *Trastornos del humor en niños.*

2.3 *Trastornos por consumo de sustancias.*

Moderadores: *Dra. Inmaculada Escamilla Canales.* Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Dr. Juan José Carballo Belloso. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Departamento de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Fellow Fundación Alicia Koplowitz (2005-2007).

13:30-14:00. Sala de Exposiciones. Planta Baja

**Exposición de pósters. Valoración del tribunal
Pósters números: 20-39**

14:00-16:00. Sala de Exposiciones. Planta 1^a.

ALMUERZO DE TRABAJO

16:00-17:00. Sala Luneta. Planta 3^a

Comunicaciones orales: Sesión 3

3.1: *Trastornos Psicóticos.*

3.2: *Trastornos de la conducta alimentaria.*

Moderadores:

Dra. Inmaculada Escamilla Canales. Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Dra. Auxiliadora Javaloyes Sanchís. Unidad de Psiquiatría Infantil. Unidad de Hospitalización de Adolescentes Clínica Mediterránea de Neurociencias (Alicante).

16:00-19:30. Sala de Exposiciones. Planta Baja

Exposición de pósters: Sesión 2.

16:00-16:30. Sala de Exposiciones. Planta Baja

**Exposición de pósters. Valoración del tribunal
Pósters números: 40-58**

16:00 -17:45. Sala de Cámara. Planta Baja

16:00-16:05

SIMPOSIO 3: *Detección precoz de factores de riesgo de psicopatología en el colegio y en la familia.*

Moderador: *Prof^a. M^a Dolores Domínguez Santos.* Profesora Titular de Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Compostela. Presidenta de AEPNYA

16:05-16:30

Psicopatología del acoso escolar

Prof^a. María Jesús Mardomingo Sanz. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil. HGU Gregorio Marañón, Madrid.

16:30-16:55

Importancia de la evaluación familiar como modulador de la psicopatología del niño.

Dr. Adrián Cano Prous. Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF). Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

16:55-17:20

Efectos en el niño del Abuso Crónico: Trastornos Traumáticos del Desarrollo .

Dr. Prudencio Rodríguez Ramos. Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Servicios de Salud Mental de Tetuán, Madrid

17.20-17:45

Coloquio

16:00-18:00. Sala Ciudadela. Planta 3ª

16:00-16:05

SIMPOSIO 4. Adicciones sin sustancia en adolescentes: adicción a nuevas tecnologías.

Moderador: *Dr. Javier San Sebastián Cabasés.* Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y Fundación CONFIAS, Madrid.

16:05-16:30

Adicciones sin sustancia: concepto y actualización.

Dr. Javier Correas Lauffer. Hospital del Henares, Coslada, Madrid y Fundación CONFIAS, Madrid.

16:30-16:55

Impacto de las nuevas tecnologías en los menores

Dr. Javier San Sebastián Cabasés. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid y Fundación CONFIAS, Madrid.

16:55-17:20

Evaluación del abuso y dependencia a las tecnologías de la información y la comunicación.

Dra. María José de Dios Pérez. Fundación CONFIAS, Madrid.

17.20-17:45

Resultados del Estudio CONFIAS sobre abuso de las tecnologías de la información y la comunicación en la población escolar.

Dr. F. Javier Quintero Gutiérrez del Álamo. Hospital Infanta Leonor (Madrid) y Fundación CONFIAS, Madrid.

17:45-18.00

Coloquio

17:15-18:15. Sala Luneta. Planta 3ª

Comunicaciones orales: Sesión 4.

4.1: Organización de la atención psiquiátrica y Psiquiatría de enlace.

4.2: Otros temas de interés en la atención psiquiátrica del niño y adolescente

Moderadores: *Dra. Pilar de Castro Manglano.* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Dra. Auxiliadora Javaloyes Sanchís. Unidad de Psiquiatría Infantil. Unidad de Hospitalización de Adolescentes Clínica Mediterránea de Neurociencias (Alicante).

18:00-18:30. Sala de Exposiciones. Planta Baja

Exposición de pósters. Valoración del tribunal Pósters números: 59-77

18:30-20:00. Sala de Cámara. Planta Baja

Asamblea de socios de la AEPNYA

SÁBADO 6 DE MAYO

9:00-10:45. Sala de Cámara. Planta Baja

9:00-9:05

SIMPOSIO 5 Trastornos del humor: Nuevos Retos.

Moderador: *Prof. Andrés Martín, M.D., M.P.H.* Professor of Child Psychiatry & Psychiatry. Editor, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, EE.UU.

9:00-9:25

Tratar o no tratar la Depresión en la infancia y adolescencia: ¿Cuándo, cómo y porqué?

Dr. Joaquín Fuentes Biggi. Servicio de Psiquiatría Infantil, Policlínica Guipúzcoa, San Sebastián, Guipúzcoa. Asesor de GAUTENA (Asociación Guipuzcoana de Autismo).

9:25-9:50

Proyecto de la Alianza Europea Contra la Depresión (EAAD).

Dra. Montserrat Pàmias Massana. Área de Psiquiatría Infantil, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.



8 9:50-10:30

Biología de Early Onset Bipolar disorder. Biología de la Enfermedad Bipolar de Inicio Temprano. (Idioma: Inglés).

Prof. Kiki Chang, M.D. Pediatric Bipolar Disorder Program, División de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Stanford University, Palo Alto, California, EE.UU.

10:30-10:45

Coloquio

10:00. Sala de Exposiciones. Planta Baja

Apertura de los stands de la industria

10:45-11:15. Sala de Exposiciones. Planta Baja

Pausa café

11:15-12:15. Sala de Cámara. Planta Baja

11:15-12:00

CONFERENCIA MAGISTRAL: *Enfermedad bipolar y Trastornos del comportamiento disruptivo: solapamiento y diferencias.*

Prof. Joseph Biederman, M.D. Clinical & Research Programs in Pediatric Psychopharmacology and Adult ADHD Professor of Psychiatry, Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, Boston, EE.UU.

12:00-12:15

Coloquio moderado por *Dr. César Soutullo Esperón y Dra. Inmaculada Escamilla Canales.* Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona y Madrid).

12:15-13:15. Sala de Cámara. Planta Baja

12:15-13:00

CONFERENCIA DE CLAUSURA: *Actualización en Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de somatización en niños y adolescentes.*

Prof.^a. M. Elena Garralda, MRCP, FRCPsych. Professor in Child & Adolescent Psychiatry. Imperial College of Science, Technology and Medicine. Division of Neuroscience and Psychological Medicine. St. Mary's Hospital, Londres, Reino Unido.

13:00-13:15

Coloquio moderado por *Dr. Javier Royo Moya.* Hospital de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental Natividad Zubieta, Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Pamplona

13:30-13:40. Sala de Cámara. Planta Baja

PRESENTACIÓN DEL XI CONGRESO AEPNYA SANTIAGO DE COMPOSTELA 2010

Prof.^a. M^a Dolores Domínguez Santos. Profesora Titular de Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Compostela. Presidenta de AEPNYA.

13:40-14:15. Sala de Cámara. Planta Baja.

ENTREGA DE PREMIOS DE AEPNYA

Prof.^a. M^a Dolores Domínguez Santos. Presidenta de AEPNYA

ENTREGA DE AYUDAS DE LA FUNDACIÓN ALICIA KOPLOWITZ.

CLAUSURA OFICIAL DE LA 44 REUNIÓN ANUAL DE AEPNYA.

Exma. Sra. Doña Alicia Koplowitz y Romero de Juseu. Presidenta de la Fundación Alicia Koplowitz y del Comité de Honor, y otras personalidades.

REUNIONES ANTERIORES Y FUTURAS

Madrid-2002.....IX Congreso

Teruel-2003

Lérida-2004

Almería-2005

Sevilla-2006.....X Congreso

Bilbao-2007

Valencia-2008

Pamplona-2009

Santiago-2010.....XI Congreso



TRANSPORTISTAS OFICIALES



PATROCINADORES



COLABORAN

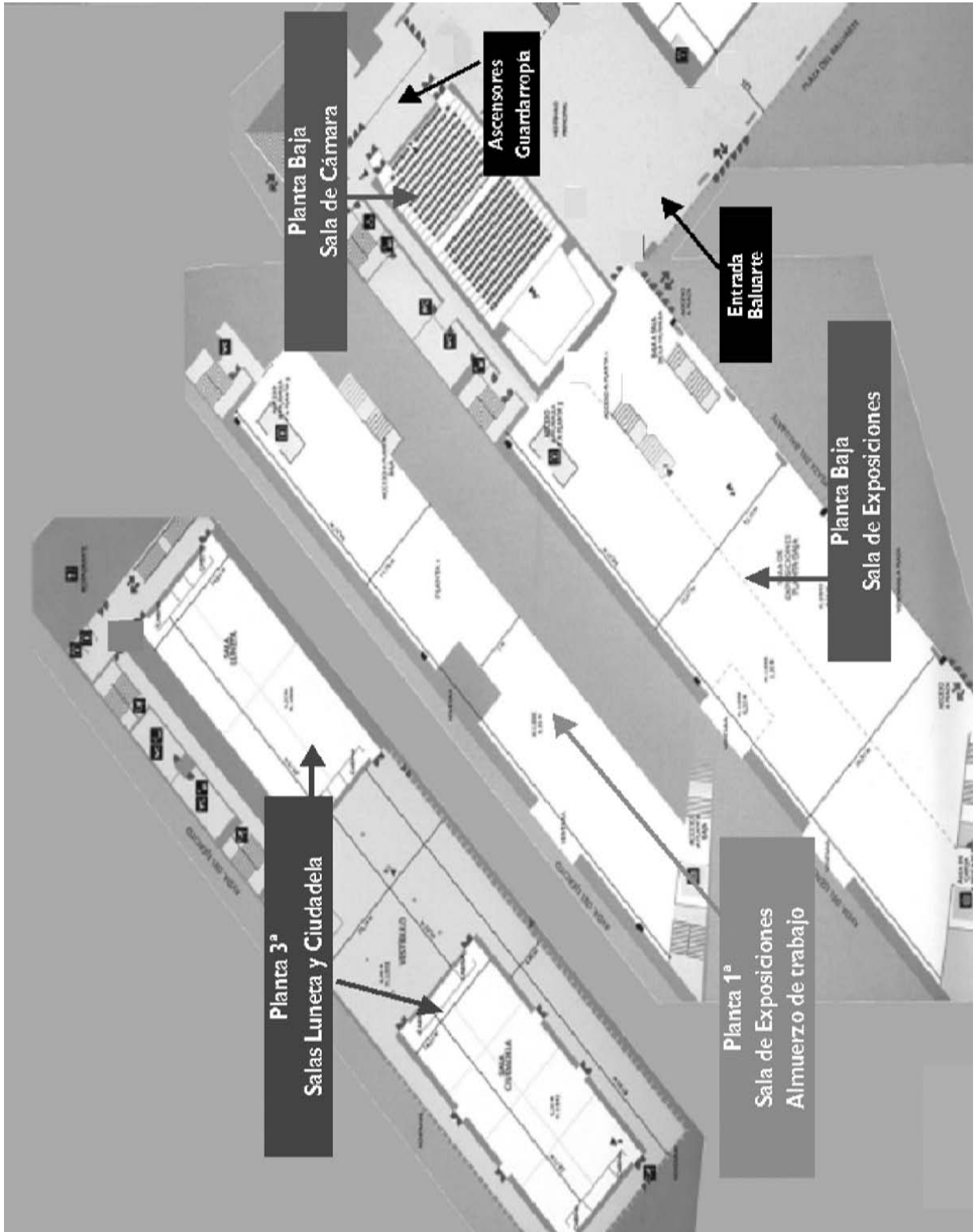


CON EL AVAL CIENTÍFICO DE:



PLANO DE LA SEDE

10



NÚM: CO1

Expresión diferencial de genes en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y con trastorno bipolar

Juan J. Marín Méndez¹; Ana Patiño García²; César Soutullo Esperón²; Felipe Ortuño Sánchez-Pedreño¹

1: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. 2: Departamento de Pediatría. CUN.

Introducción

La heredabilidad del trastorno bipolar (BP) y del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es del 80% y del 76% respectivamente. Los genes diferenciales están aún por determinar. Existe una gran controversia en el diagnóstico diferencial del BP y TDAH debido al solapamiento de los síntomas, lo que puede repercutir de manera directa sobre el tratamiento.

Metodología

Incluimos 40 pacientes, 30 TDAH y 10 BP (DSM-IV-TR) con edades entre 9-23 años. El ARNm de sangre periférica se analizó en la plataforma GeneChip HG-U133Plus-2.0 (54675 sondas). Se determinaron genes con expresión cuantitativa diferencial entre las dos condiciones TDAH/BP. Los genes candidatos se ordenaron de acuerdo a su probabilidad estadística y se validaron mediante PCR a tiempo real con sondas TaqMan (Applied Biosystems).

Resultados

Se obtuvieron 1057 secuencias diferencialmente expresadas entre TDAH y BP, fuera del error estadístico alfa. El orden de validación se estableció de acuerdo a la probabilidad del test y la función descrita para el gen codificado (<http://www.ncbi.nlm.gov/sites/entrez?db=gene>). Los genes validados fueron neuregulina (NRG1), catepsinas-B y D (CTSB, CTSD) y prostaglandina-D2-sintasa (PTGDS). Mediante PCR tiempo real se confirma que CTSB y CTSD tienen una expresión estadísticamente significativa superior en BP que en TDAH.

Conclusiones

CTSB y CTSD se expresan más en BP comparado con TDAH. El estudio del transcriptoma podría ayudar en el diagnóstico clínico entre BP y TDAH. Estos resultados son aún preliminares, se deben estudiar muestras de mayor tamaño y con fenotipos más estrechos.

NÚM: CO2

Rasgos de personalidad en una muestra de niños con TDAH

Clara Herráez Martín de Valmaseda¹; Olvido Granada Jiménez²; Francisco Ruiz Sanz³; Antonio Pelaz Antolín⁴

1: Centro de Salud Mental de Chamartín. Madrid. 2: Servicio De Psiquiatría. Hospital Virgen De La Salud. Toledo. 3: Complejo Asistencial de Palencia. 4: CSM Alcalá de Henares. Madrid

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es una de las patologías que más se atienden en las consultas de salud mental infantil. Requiere una exploración específica del niño en cuanto a atención y concentración, pero también conviene conocer si estos niños tienen unos rasgos de temperamento y carácter diferenciadores de los distintos subtipos de TDAH y si existen diferencias con la población general. OBJETIVOS Estudiar rasgos de personalidad a través del Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger (Junior Temperament and Carácter Inventory-JTCI) en una muestra de niños diagnosticados de TDAH comparado con una muestra de controles no atendidos en salud mental.

Metodología

La muestra de casos la forman 37 niños entre los 9 y los 13 años diagnosticados de TDAH (16 inatentos y 21 combinados) procedentes de tres consultas de salud mental infantil de tres provincias distintas (Madrid, Palencia y Toledo). La muestra de controles la forman 32 niños entre los 9 y 13 años procedentes de las consultas de atención primaria de un área sanitaria de Madrid y que nunca habían sido derivados a salud mental. A todos ellos se les aplica la versión española del JTCI. En un primer paso se analiza la existencia de diferencias en las dimensiones de temperamento y carácter entre los subtipos inatento y combinado del TDAH, y en un segundo paso se analiza la existencia de diferencias en estas dimensiones entre la muestra total de TDAH con los controles. Se ha empleado la t de Student para la comparación de medias entre los dos grupos de TDAH y entre el grupo de TDAH y los controles ($p < 0.05$). El programa utilizado ha sido el SPSS.

Resultados

El subtipo inatento presentó las siguientes puntuaciones medias en las dimensiones de temperamento: Búsqueda de Novedades (BN) 7.94, Evitación del Daño

1

- 2 (ED) 9.69, Dependencia de la Recompensa (DR) 4.06, Persistencia (P) 2.94. Y en las dimensiones del carácter: Autodirección (AD) 11.44, Cooperación (C) 15.5, Fantasía (F) 1.63, Espiritualidad (E) 2.69. El subtipo combinado presentó las siguientes puntuaciones: BN 9.86, ED 8.76, DR 4.52, P 2.24, AD 10.76, C 14.24, F 1.00, E 2.43. La muestra total de TDAH (inatentos más combinados) presentó las siguientes puntuaciones: BN 9.03, ED 9.16, DR 4.32, P 2.54, AD 11.05, C 14.78, F 1.27, E 2.54. 197 El grupo control presentó las siguientes puntuaciones: BN 5.44, ED 8.75, DR 5.06, P 4.44, AD 14.78, C 17.28, F 1.00, E 2.66. No existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en la comparación de las puntuaciones medias de ninguna de las dimensiones de temperamento y carácter entre los dos subtipos de TDAH. Existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en la comparación de las puntuaciones medias entre el grupo de casos y el grupo control, en las dimensiones de temperamento: BN (más elevada en el grupo de casos) y P (más baja en el grupo de casos) y en las dimensiones del carácter: AD (más baja en el grupo de casos) y C (más baja en el grupo de casos).

Conclusiones

Los niños con TDAH son más impulsivos y menos persistentes que los niños no diagnosticados de TDAH (BN más elevada, P más baja). Los niños con TDAH tienen la autoestima más baja y se sienten menos integrados que los niños no diagnosticados de TDAH (AD y C más baja). El JTCI puede contribuir a una mejor detección de niños con TDAH

NÚM: CO3

Sensibilidad y especificidad del test de emparejamiento de figuras familiares para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

José Antonio López Villalobos¹; Jesús Andrés De Llano²; Francisco Ruiz Sanz³; Susana Alberola López³; Ana María Sacristán Martín³; Isabel Pérez García³; Ana Belén Camina Gutiérrez³; María Isabel Sánchez Azón⁴

1: Complejo Asistencial De Palencia. Salud Mental. Hospital San Telmo. Palencia. 2: Complejo Asistencial Palencia. Pediatría. 3: Pediatría Atención Primaria Palencia. 4: Diputación Palencia. Servicios Sociales

Introducción

Objetivo: Desarrollar y estudiar la validez de un modelo cognitivo de control de impulsividad que permita predecir y diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Metodología

Método: Se estudia una muestra de 100 casos de TDAH según criterios DSM-IV y 100 controles sanos entre 7 y 11 años, analizados mediante el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF-20). Los controles fueron reclutados de forma aleatoria y emparejados según edad, sexo y zona sociodemográfica con los casos. Se utilizó un procedimiento de regresión logística sobre la variable TDAH, con las variables predictoras latencia y número de errores del MFF20 y las variables de control sexo y edad. Se buscó el mejor punto de corte para sensibilidad / especificidad, analizando la curva ROC.

Resultados

Los casos presentaron una latencia media menor [$F(1)=28$; $p < .000$; $\eta^2 = 0,12$] y un número medio de errores mayor que los controles [$F(1)=137$; $p < .000$; $\eta^2 = 0,41$], reflejando mayor impulsividad cognitiva. El modelo más parsimonioso que mejor predice TDAH está formado por las variables edad y número de errores y la fórmula derivada del modelo presenta una sensibilidad y especificidad del 80% para TDAH, tomando como prueba de referencia el DSM-IV. En la comunicación explicitaremos los puntos de corte en puntuaciones directas del MFF20, en función del sexo y edad.

Conclusiones

La prueba MFF20 presenta indicadores de adecuada validez diagnóstica en TDAH, contribuyendo a incrementar la objetividad en su análisis.

NÚM: CO4

Características clínicas en el momento del diagnóstico en 302 niños y adolescentes con TDAH

Ana Figueroa Quintana¹; Azucena Díez Suárez²; Inmaculada Escamilla Canales³; Inés García Martín¹; Pilar Gamazo Garrán³; César Soutullo Esperón¹

1: Clínica Universidad de Navarra. Pamplona / Navarra. 2: Hospital Virgen del Camino (Servicio Navarro de Salud). 3: Clínica Universidad de Navarra en Madrid.

Introducción

El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en edad pediátrica. Objetivos: Describir la clínica, comorbilidad, edad de inicio y el impacto negativo del TDAH en pacientes españoles.

Metodología

Incluimos todos los pacientes <19 años con TDAH (DSM-IV) valorados en Consultas Externas (2000-2007) en la Unidad de Psiquiatría Infantil y del adolescente de la Clínica Universidad de Navarra. Se excluyeron si presentaban Retraso mental y Trastorno generalizado del desarrollo. Utilizamos entrevista diagnóstica semi-estructurada basada en el K-SADS-PL (familiar, padres, paciente), Cuestionario Du Paul (padres, profesores), CGIS.

Resultados

Incluimos 302 pacientes, 248 (82,1%) varones, con una edad de 11,3 (3,2) años. Tenían subtipo Combinado 201 (66,5%), Inatento 98 (32,5%) e Hiperactivo-Impulsivo 3 (1%). 94 (31,1%) no presentaban comorbilidad. Los trastornos comórbidos más frecuentes: Trastorno negativista desafiante (23,2%), Trastorno de aprendizaje (21,9%), Trastorno de ansiedad (20,5%). También presentaban Trastorno depresivo (10,6%) y Enfermedad bipolar (3,3%). El psiquiatra clasificó 278 (92%) como "Moderada o Marcadamente enfermo". En las subescalas de inatención e hiperactividad-impulsividad (DuPaul) los padres puntuaban significativamente más alto que los profesores. Rendimiento académico: 225(75%) pacientes habían suspendido al menos una asignatura, 56 (18,5%) requerían Adaptación Curricular o refuerzo, 178 (58,9%) apoyo en casa y 74 (24,5%) habían repetido al menos un curso. Presentaban una alteración en las relaciones familiares 63,2% y sociales 66,9%. Edad de inicio de síntomas: 3,0 (0,5,5,0) años y de disfunción: 7 (6,10) años. Edad al primer diagnóstico: 10,39 (3,45) y al primer tratamiento estimulante 10,57 (3,57) años.

Conclusiones

El TDAH es más frecuente en varones en edad escolar. El subtipo Combinado es el más frecuente. Hasta 2/3 tienen al menos un trastorno comórbido. Comienza a los 3 (0,5,5) años y provoca disfunción a los 7 (6,10) años. Existe un retraso en el diagnóstico y tratamiento superior a dos años.

NÚM: C05

Resultados del CPT en 235 niños y adolescentes con TDAH en el momento del diagnóstico

Azucena Díez Suárez¹; Ana Figueroa Quintana²; Milagros Imirizaldu Pandilla³; Cristina Maestro Martín²; César Soutullo Esperón².

1: Hospital Virgen del Camino. UHP. Pamplona / Navarra. 2: Clínica Universidad de Navarra. 3: Clínica Psiquiátrica Padre Menni Pamplona.

Introducción

El Conners Continuous Performance Test (CPT) valora la Función Ejecutiva (FE). Puede detectar la presencia de TDAH y diferenciar entre subtipos. Ofrece 5 medidas generales: Perfil (clínico vs no clínico), Índice global, Atención, Vigilancia e Impulsividad, y 12 medidas específicas: Tiempo de Reacción (Error Estándar), Variabilidad, Errores de comisión, Errores de omisión, Detectabilidad, Beta, Inter-Stimulus Interval (ISI) (Error Estándar), By Block (Error Estándar) y Perseveraciones. Objetivos: 1. Evaluar la utilidad diagnóstica del Conners CPT en niños con TDAH. 2. Valorar si edad, sexo, subtipo de TDAH y comorbilidad psiquiátrica modifican el rendimiento en la prueba.

Metodología

Incluimos todos los pacientes <19 años con TDAH (DSM-IV-TR) que realizaron la prueba valorados en Consultas Externas (2000-2007) en la Clínica Universidad de Navarra.

Resultados

Se incluyeron 235 pacientes: 198 (84,7%) varones, de 11,63 (3,21) años. 157 (66,81%) TDAH combinado y 78 (33,19%) TDAH inatento. 120 (51,06%) tenían al menos un trastorno psiquiátrico comórbido. 54 (23%) obtuvieron resultados normales en las 12 medidas específicas. Las alteradas con más frecuencia: Tiempo Reacción, Tiempo Reacción Error Estándar, Variabilidad y Perfil. Existen diferencias según el sexo en 7 medidas específicas y 1 general. Comparado con adolescentes, los niños obtienen peores resultados en 10 medidas específicas y 1 general. Comparado con Inatento, pacientes con TDAH Combinado obtienen peores resultados en 7 medidas específicas y 1 medida general. No había diferencias según comorbilidad psiquiátrica.

4 Conclusiones

75% de los niños y adolescentes con TDAH tienen al menos una medida del CPT alterada. Los pacientes en edad escolar y TDAH Combinado obtienen peores resultados. El rendimiento difiere según el sexo. No hay diferencias según comorbilidad. Se necesitan estudios con muestras homogéneas (edad, sexo y subtipo TDAH), que determinen qué medidas, y a partir de qué PT, tienen utilidad diagnóstica. Actualmente el CPT puede apoyar el diagnóstico clínico de TDAH, pero no es un instrumento diagnóstico.

NÚM: CO6

Diferencias de género en la presentación clínica del TDAH infanto-juvenil

Aitana Bigorra¹; Silvina Guijarro Domingo¹; M^a Teresa Ordeig Cole¹; Marta Carulla Macario¹; Toñi Amaro Carriba¹; Laura Brun Grande¹; Xavier Gaztaminza Pérez²; Anna Bielsa Carrafa²; Amaia Hervás Zúñiga¹.

1: Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. 2: Hospital Universitario Valle de Hebrón.

Introducción

Objetivo: evaluar si existen diferencias relacionadas con el género en la presentación clínica del TDAH, subtipo de TDAH y trastornos comórbidos. Así como evaluar si existen diferentes patrones educativos parentales y diferencias en factores etiológicos obstétricos en el TDAH infanto-juvenil en función del género.

Metodología

Para realizar este estudio partimos de una muestra de 441 pacientes con TDAH con edades comprendidas entre 6 y 17 años, evaluados con la administración del K-SADS, el EMBU y un cuestionario de complicaciones obstétricas.

Resultados

Respecto a la presentación sintomática del TDAH, se observan diferencias significativas en el subtipo del TDAH en función del género, de forma que el TDAH-combinado es más frecuente en sexo masculino (73,7% 49,7%), en cambio tanto el subtipo Inatento como Hiperactivo-Impulsivo es más frecuente en el sexo femenino. Así como se observa un diferente patrón educativo en función del género del paciente, donde los padres de

niñas con TDAH presentan una mayor puntuación en las subescalas de rechazo y favorecer al sujeto del EMBU. En cambio tanto en la presentaciones de complicaciones obstétricas como en la presencia de trastornos comórbidos (trastorno negativista-desafiante, trastorno de conducta, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, trastorno por tics y trastornos de la eliminación) no se encuentran diferencias significativas en función del sexo del paciente.

Conclusiones

Acorde a otros estudios, se observan diferencias en la sintomatología propia del TDAH así como un patrón educativo parental en función del género. A diferencia de estudios previos, en esta muestra no se observan discrepancias en los trastornos asociados al TDAH según el sexo del paciente.

NÚM: CO7

Función ejecutiva en 302 niños y adolescentes con TDAH en el momento del diagnóstico

Ana Figueroa Quintana¹; Azucena Díez Suárez²; Inmaculada Escamilla Canales³; Cristina Maestro Martín¹; César Soutullo Esperón¹.

1: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. 2: Departamento de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. 3: Clínica Universidad de Navarra En Madrid

Introducción

La Función Ejecutiva (FE) está alterada en el TDAH. Entre los test que miden la FE: Continuous Performance Test (CPT), Stroop Test y Test de Caras. Objetivos: Describir los resultados del CPT, Stroop y Caras en niños y adolescentes con TDAH en el momento del diagnóstico.

Metodología

Incluimos todos los pacientes <19 años con TDAH (DSM-IV-TR) valorados en Consultas Externas (2000-2007) en la Unidad de Psiquiatría Infantil y del adolescente de la Clínica Universidad de Navarra. Se excluyeron si presentaban Retraso mental y Trastorno generalizado del desarrollo. El CPT ofrece medidas generales: Perfil (clínico vs no clínico), Índice global, Atención, Vigilancia e Impulsividad, y medidas específicas:

Tiempo de Reacción, Tiempo de Reacción Error Estándar, Variabilidad, Errores de comisión, Errores de omisión, Detectabilidad, Beta, ISI (Inter-Stimulus Interval), ISI Error Estándar, By Block (Error Estándar) y Perseveraciones. El Stroop ofrece 4 puntuaciones: palabra, color, palabra-color e interferencia (ésta se infiere de las 3 primeras). Para CPT y Stroop utilizamos Puntuación Típica (PT). Consideramos Caras alterado por debajo del percentil 30.

Resultados

224 (74,2%) pacientes realizaron el CPT. Índice Global: 0 (0,6). Índice Global > 11: 36 (16%). Perfil clínico: 140 (62,5%). Los pacientes obtuvieron una PT significativamente elevada en: Tiempo de Reacción ($p < 0,0001$), Tiempo de Reacción Error Estándar ($p < 0,0001$), Variabilidad ($p < 0,021$), Errores de comisión ($p = 0,002$), Errores de omisión ($p = 0,015$), ISI ($p = 0,007$), Perseveraciones ($p < 0,0001$). 205 (67,9%) pacientes realizaron el Stroop. Los pacientes obtuvieron una PT significativamente elevada en "Color" ($p < 0,0001$), y con tendencia a la significación estadística en "Interferencia" ($p = 0,065$). 219 (72,5%) pacientes realizaron el Test de Caras: 51 (16,9%) obtuvieron un percentil menor de 30.

Conclusiones

En niños y adolescentes con TDAH: 1. Las medidas específicas del CPT más alteradas: Perseveraciones, Tiempo de Reacción, Tiempo de Reacción Error Estándar, Variabilidad, Errores de comisión, Errores de omisión e ISI. "Perfil" resultó la medida general más sensible para el diagnóstico de TDAH. 2. La puntuación del Stroop más alterada 11 es "color". 3. En torno al 17% obtienen un resultado alterado en Caras. 4. Lo más efectivo es combinar más de una prueba, que en ningún caso resultan diagnósticas.

NÚM: CO8

Disfunción ejecutiva y capacidad de planificación, diferencias entre TDAH y Asperger

Anabel Ramírez González¹; Maite Ferrín Erdozain¹;
Miguel Ruiz Veguilla¹; M^a Soledad Centeno Collado¹; M^a
Dolores Salcedo Marín¹; Josefa M^a Moreno Granados¹;
María Luisa Barrigón Estévez¹; Maxine Sinclair²; Eric
Taylor².

1: Unidad de Psiquiatría de Neurodesarrollo. Jaen. 2: Institute of Psychiatry, London.

Introducción

Objetivo: Se pretende investigar las diferencias en la formulación y la ejecución de planes mediante la prueba del Test del Zoo entre dos patologías en las que la capacidad ejecutiva se ha demostrado alterada: el Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el trastorno de Asperger

Metodología

El test del zoo consta de dos partes: la primera es una versión de "alta demanda", en esta se debe planificar el orden en el que visitar diferentes localizaciones. La segunda es una versión de "baja demanda", en esta se exige simplemente seguir una estrategia de visita impuesta externamente. Esta prueba se administró a una muestra de niños y adolescentes con TDAH (N= 50), a otro grupo de niños y adolescentes diagnosticados de síndrome de Asperger (N=25) y a una muestra control emparejados por edad y sexo (N=30). Se registró el tiempo de planificación, tiempo total, puntuación de la secuencia y número total de errores en las dos subtareas.

Resultados

Después de ajustar las variables por edad, destreza motora, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (TDAH y Asperger) en comparación con la muestra control en cuanto al tiempo total en la versión 1. En cuanto en la versión 2, se observaron diferencias significativas entre los grupos Asperger y Control en cuanto al tiempo total, pero no en el número de errores.

Conclusiones

Los pacientes con Asperger y TDAH emplean más tiempo en una tarea de planificación que los pacientes control, esto se hacen patentes cuando las instrucciones se realizan de un modo abierto, aunque en el síndrome de Asperger persisten tras la restricción y la planificación externa. Los diferentes mecanismos etiopatológicos implicados en estos trastornos pueden ser la base de estas diferencias entre ambas disfunciones ejecutivas

6 NÚM: CO9

Capacidad de planificación en enfermedades del neurodesarrollo

M^a Dolores Salcedo Marín¹; Miguel Ruiz Veguilla¹; Josefa M^a Moreno Granados¹; Maite Ferrín Erdozain²; María Soledad Centeno Collado¹; Anabel Ramírez González¹; María Luisa Barrigón Estévez³; Maxine Sinclair⁴; Eric Taylor⁴.

1: Unidad de investigación de NeuroPsiquiatría del Desarrollo (NPD), Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. 2: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido. 3: Hospital de Santa Ana. Motril. 4: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, London, United Kingdom.

Introducción

Se pretende investigar la formulación y la ejecución de planes en la psicosis de inicio en la adolescencia, usando una prueba de gran validez ecológica que forma parte de la Batería BADS (Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome), mediante la prueba es el Test del Zoo. Esta prueba consta de 2 subtareas: la primera es una versión de “alta demanda”, en esta se debe planificar el orden en el que visitar diferentes localizaciones. La segunda es una versión de “baja demanda”, en esta se exige simplemente seguir una estrategia de visita impuesta externamente.

Metodología

Se administró el test a sujetos con psicosis funcional diagnosticados mediante la K-SADS (N=50), con inicio de la psicosis antes de los 18 años y menos de 5 años de evolución, a un grupo de sujetos diagnosticados con TDAH (N=22) y a un grupo control (N=31). Se registró el tiempo de planificación, tiempo total, puntuación de la secuencia y número total de errores en las dos subtareas

Resultados

Existen diferencias significativas entre los grupos Psicosis y TDAH y TDAH y controles, en cuanto al tiempo total en la versión 1. En cuanto en la versión 2, existen diferencias significativas entre los grupos Psicosis y Control en cuanto al tiempo total, así como en el número de errores entre los grupos Psicosis y TDAH y Psicosis y Control. Ajustando los datos según las variables edad, destreza motora, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento

Conclusiones

Los pacientes con TDAH emplean más tiempo en una tarea de planificación abierta (independientemente del

efecto de la edad, memoria de trabajo, habilidad motora o velocidad de procesamiento). Los pacientes con psicosis de inicio en la adolescencia rinden peor en una tarea con normas restrictivas. Sin embargo esta asociación puede ser debida a un peor funcionamiento de la velocidad de procesamiento.

NÚM: CO10

Disfunción fronto-cerebelosa en adultos con el diagnóstico de TDAH en la infancia durante una tarea de atención sostenida y recompensada

Ana Isabel Cubillo Fernandez; Rozmin Halari; Anna Smith; Eric Taylor; Katya Rubia.

Institute of Psychiatry. Londres.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños ha sido tradicionalmente asociado con alteraciones funcionales en áreas fronto-estriadas, temporo-parietales y cerebelosas durante tareas de inhibición, atención y recompensa. Sin embargo, en adultos con TDAH no hay estudios de neuroimagen funcional que hayan investigado el correlato funcional de las funciones de atención sostenida y recompensa.

Metodología

Utilizamos resonancia magnética funcional combinada con una tarea de atención sostenida (Continuos Performance Test), que mide tanto atención sostenida como el efecto de la recompensa sobre dicha función, para comparar la actividad cerebral mostrada por 11 adultos (26-30 años) con diagnóstico de TDAH en la infancia y síntomas de inatención/hiperactividad persistentes, reclutados de un estudio epidemiológico longitudinal prospectivo, con 14 controles sanos. Para el análisis de los datos de neuroimagen utilizamos métodos de análisis de permutación (XBAM).

Resultados

No se observaron diferencias durante la ejecución de la tarea entre los dos grupos. En la condición de atención sostenida, los adultos sanos mostraron una mayor activación en la corteza prefrontal inferior izquierda, y bilate-

ralmente en el cuerpo estriado, tálamo y corteza temporo-parietal, mientras que el grupo de pacientes mostró un incremento en la activación en las cortezas prefrontal dorsolateral / inferior izquierda, occipital y en el cerebelo. En la condición de recompensa, el grupo de pacientes mostró una reducción en la activación en la corteza ventromedial/ orbitofrontal.

Conclusiones

Los hallazgos muestran la persistencia del patrón de disfunción inferior fronto-estriada y parieto-temporal mostrado durante funciones atencionales, aunque muestran un patrón compensatorio en áreas medio-fronto-cerebelosas. Adicionalmente, los datos muestran una disfunción en la corteza ventromedial orbitofrontal en el contexto de la condición de recompensa, proporcionando así evidencia de la existencia de alteraciones en el sistema motivacional paralímbico en los adultos con TDAH.

NÚM: CO11

Cuestionario de actitudes hacia el tratamiento o CAT (Questionnaire on attitudes towards treatment o QATT) t adherencia a tratamiento TDAH

Maite Ferrín Erdozain¹; Miguel Ruiz Veguilla¹; María Soledad Centeno Collado¹; M^a Dolores Salcedo Marín¹; Josefa M^a Moreno Granados¹; Ana Isabel Ramírez González¹; María Luisa Barrigón Estévez¹; Maxine Sinclair²; Eric Taylor².

1: Unidad de Psiquiatría de Neurodesarrollo. Psiquiatría Infanto-Juvenil. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. 2: Instituto de Psiquiatría del Maudsley. Londres. Reino Unido.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que ha despertado mucha atención durante los últimos años, en concreto lo que se refiere a su tratamiento. Sin embargo menos se ha estudiado acerca de los factores que determinan la no adherencia a dicho tratamiento, y que determina las actitudes hacia el mismo. El objetivo de este estudio es desarrollar una escala que permita evaluar los factores asociados a la no adherencia a tratamiento y las actitudes hacia el mismo,

a la vez que se evalúan las propiedades psicometricas de la misma

Metodología

El Cuestionario de actitudes hacia el Tratamiento CAT-o QATT Questionnaire on Attitudes Towards Treatment (Ferrin & Taylor 2009) está formada por un total de 32 ítems que evalúan respuestas en escala Likert de 5 puntos. Incluye dimensiones tales como el conocimiento hacia la enfermedad y el tratamiento, insight hacia el trastorno y la necesidad de tratamiento, preocupaciones acerca de efectos secundarios del tratamiento, barreras hacia la medicación, o relación medico-paciente, entre otras. Este cuestionario se aplicó a un total de 122 niños y jóvenes de más de 12 años de edad, y pertenecientes al área sur-este de Londres (Reino Unido). Una versión paralela se aplicó a sus padres o representantes legales. Se realizó un análisis factorial para obtenerse las dimensiones que mayormente contribuían a la varianza de la escala, así como para la agrupación de ítems y la reducción del cuestionario. La fiabilidad (reliability) de la escala resultante se obtuvo mediante índice de consistencia Interna (alfa de Cronbach) para cada una de las dimensiones finales obtenidas. La validez (face validity) se obtuvo mediante el contraste con panel de expertos y la validez de constructo (construct validity) mediante los niveles de adherencia (media de valores referidos por el paciente, la familia, el clínico y lo recogido en la historia clínica), al carecerse de herramienta previa para utilizarse como gold-standard.

Resultados

El análisis factorial mediante extracción de ejes principales y utilizando rotación varimax (eigenvalues>1) arrojó 3 dimensiones finales que agrupaban un total de los 11 ítems iniciales. Estos factores explicaban el 37% de la varianza, preocupaciones acerca de los efectos del tratamiento, insight o conciencia de enfermedad, y auto-percepcion y percepcion de la relacion con el médico. El índice de consistencia interna para estas dimensiones se considero aceptable (Cronbach's alpha=0.68-0.72-0.76) 100.

Conclusiones

La escala CAT o QATT puede permitir la evaluación de actitudes hacia el tratamiento que podrían estar en relación con los niveles de adherencia hacia el mismo. Los primeros resultados muestran unos índices de validez y fiabilidad aceptables. El cuestionario podría ser de utilidad no solo en el ámbito de investigación, sino también en su aplicación clínica diaria.

8 NÚM: CO12

Disfunción fronto-estriada en adultos con diagnóstico de TDAH en la infancia durante tareas de inhibición motora y flexibilidad cognitiva

Ana Isabel Cubillo Fernandez; Rozmin Halari; Christine Ecker; Vicent Giampietro; Eric Taylor; Katya Rubia
Institute of Psychiatry, Londres

Introducción

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños ha sido asociado con alteraciones funcionales en áreas fronto-estriadas durante tareas de control inhibitorio. Sin embargo, en adultos con dicho trastorno no hay estudios de neuroimagen funcional que hayan estudiado el correlato funcional de las funciones cognitivas más comprometidas, como son la respuesta de inhibición motora o de flexibilidad cognitiva.

Metodología

Utilizamos resonancia magnética funcional combinada con la tarea de Stop de inhibición motora, así como con una tarea de cambio cognitivo (Switch) para comparar la función cerebral de 11 adultos nunca medicados (26-30 años) con conductas de inatención/hiperactividad persistentes y 14 adultos sanos. Los pacientes fueron reclutados de un estudio epidemiológico longitudinal prospectivo. Para el análisis de los datos de neuroimagen utilizamos métodos de análisis de permutación (XBAM). Se realizaron análisis de regresión cerebral global con el fin de correlacionar síntomas y activación cerebral. Finalmente, se utilizaron análisis de conectividad funcional para detectar diferencias entre los grupos en conectividad en estructuras fronto-estriadas.

Resultados

A pesar de la comparable ejecución de la tarea, los adultos con conductas de inatención/hiperactividad persistentes evidenciaron una menor actividad cerebral comparados con los controles en la corteza prefrontal inferior, caudado y tálamo durante ambas tareas, y de manera adicional en áreas parietales durante la tarea de flexibilidad cognitiva (Switch). Los análisis de regresión muestran la existencia de una correlación negativa entre síntomas y disfunción en la actividad de una red similar a la anterior, pero más extensa, implicando áreas fronto-estriadas, parietales así como el cerebelo.

Conclusiones

Los datos sugieren la estabilidad/ continuidad del

patrón de disfunción fronto-estriada, encontrado típicamente en niños con TDAH durante tareas de control cognitivo, desde la infancia a la edad adulta temprana.

NÚM: CO13

Estudio preliminar de la frecuencia de anticuerpos anti-ganglios basales y de infección estreptocócica en niños con TDAH

Sergio Aguilera¹; Rocío Sánchez-Carpintero²; Pablo Villoslada³; Nerea Crespo⁴; Juan Narbona⁴

1: Unidad de Neuropediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. 2: Unidad de Neuropediatría. Clínica Universitaria de Navarra. 3: Laboratorio de Neuroinmunología, Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA), Universidad de Navarra. 4: Unidad de Neuropediatría. Clínica Universitaria de Navarra

Introducción

El diagnóstico de TDAH se encuentra en el 40% de los pacientes con trastornos neuropsiquiátricos post-estreptocócicos como la corea de Sydenham y el PANDAS, en el cual la sintomatología de tics y/o trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) fluctúa en relación con infecciones estreptocócicas. En ambos trastornos cerebrales post-estreptocócicos se han encontrado anticuerpos anti-ganglios basales (ABGA) en el 100% y 64-94% de los casos, respectivamente. Nuestro estudio investiga la hipótesis de que la infección faríngea por *Streptococcus pyogenes* y los ABGA en suero son más frecuentes en niños con TDAH no comórbido a tics ni TOC (nc-TDAH) que en niños sanos.

Metodología

Comparamos 22 niños con nc-TDAH (DSM-IV-TR) y 22 controles sanos emparejados por edad, sexo y estación del año, y determinamos la frecuencia de infección estreptocócica en faringe y sangre y de ABGA en suero en ambos grupos.

Resultados

Once de 22 niños (50%) con nc-TDAH mostraron evidencia de infección estreptocócica comparados con 3/22 (14%) controles ($p=0.007$). Se encontraron ABGA positivos en un caso (4%) y en un control (4%).

Conclusiones

Este estudio preliminar indica que la frecuencia de

ABGA en niños con nc-TDAH no difiere de la encontrada en controles sanos, a pesar de que nuestros pacientes con TDAH hayan tenido más infecciones estreptocócicas que los controles. Esto sugiere que los ABGA no juegan un papel en la etiopatogenia del nc-TDAH. La relación del TDAH con una mayor frecuencia de infecciones estreptocócicas encontrada en nuestra muestra de nc-TDAH y en otros estudios previos está aún por dilucidar

NÚM: CO14

Ideación suicida auto y heteroinformada en población escolar

Carmen Hernández-Martínez¹; Josepa Canals¹; Sandra Cosi¹; Edelmira Doménech²

1: Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta, Departament de Psicologia, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
2: Departament de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción

La conducta suicida aumenta durante la adolescencia, está asociada a múltiples factores y conlleva más problemas de salud mental (Resch et al., 2008). La detección de la ideación suicida (IS) en población pre-adolescente es una labor preventiva importante si consideramos, dentro de la continuidad de la conducta suicida, que los intentos de suicidio llegan a alcanzar el 11% durante la adolescencia (Gmitrowicz et al., 2003). El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia y la persistencia de la IS en niños y niñas de 4º, 5º y 6º de primaria, el acuerdo de la información aportada por los padres y su relación con síntomas de trastornos psicopatológicos.

Metodología

Estudio epidemiológico en doble fase. Sujetos: 1513 estudiantes de 4º a 6º de primaria de escuelas públicas y concertadas representativas de la ciudad de Reus. En una segunda fase (curso siguiente), se evaluaron 523 alumnos con riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo, de los cuales 403 padres respondieron diferentes cuestionarios de psicopatología. Instrumentos: Los niños respondieron en la primera y en la segunda fase el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992), el Screen for Childhood Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher et al., 1999). Los padres respondieron en la segunda fase el Children Symptom

Inventory-4 (CSI-4) (Gadow y Sprafkin) y la versión para padres del Screen for Childhood Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED). La IS informada por el niño se ha obtenido del ítem 9 del CDI y la informada por los padres, del ítem 62 del CSI-4.

Resultados

La prevalencia de IS en la primera fase de estudio fue del 15.9% (0.72% manifestaron "quiero matarme") y la persistencia del 8.4% (47.8% de los que refirieron ideación suicida en 2ª fase). Los varones presentaron mayor persistencia (10.2%) que las chicas (6.9%). Existió un 1.48% de acuerdo entre padres e hijos. Los niños con IS presentaron significativamente más psicopatología interiorizada y exteriorizada, siendo más importante esta relación en los persistentes.

Conclusiones

La prevalencia de la ideación suicida es más alta que la hallada en otros países (Resch, 2008), pero no difiere de la hallada en la misma población hace dos décadas (Doménech et al., 1992). La persistencia fue más alta para los varones que para las niñas, apoyando las tendencias seculares descritas por Pompili et al (2009). La concordancia padres-hijos fue baja.

Estudio Financiado por el Ministerio de Sanidad FIS PI070839

NÚM: CO15

Evaluación e intervención psicológica cognitivo-conductual de la ideación suicida y tentativas autolíticas en adolescentes

Joaquim Puntí Vidal; Montserrat Pàmias Massana; Jordi Torralbas Ortega; Eloisa Arias Núñez; Rebeca Gracia Liso; Raisa Agustín Morras; Núria Espluga Frigola; Natàlia Fort Pelay; Laura García Couceiro

Hospital de Día de adolescentes. Centro de Salut Mental Parc Taulí. Sabadell

Introducción

El suicidio se encuentra entre la 2ª o 3ª causa de muerte entre los 15 y 24 años para la mayoría de países avanzados y su prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes ha sufrido un aumento progresivo desde la segunda mitad del siglo XX. La ideación suicida y los intentos autolíticos

10 cos son muy frecuentes en este grupo de edad y, por su factor predictivo de riesgo suicida, requieren de una respuesta urgente e inmediata y de una intervención eficaz.

Metodología

En primer lugar, se describe para una muestra $n=14$, el protocolo de evaluación interdisciplinar: a) evaluación clínica y diagnóstica de la patología psiquiátrica, b) evaluación clínica y psicométrica de la ideación y/o conducta autolítica, c) evaluación psicométrica de los rasgos de personalidad, d) evaluación de los factores psicosociales comórbidos. En segundo lugar, se describe el protocolo de intervención psicológica cognitivo-conductual, técnicas y procedimientos aplicados con los pacientes.

Resultados

Se muestran los principales resultados estadísticos de la muestra para las variables y escalas evaluadas, así como las técnicas y procedimientos cognitivoconductuales aplicados en el tratamiento. Para la muestra estudiada la ideación y las tentativas autolíticas estaría asociada a: a) presencia de trastornos adaptativos, b) rasgos de la personalidad del cluster b i c, c) dificultades interpersonales con iguales, d) discordancia familiar, e) baja competencia en habilidades de resolución de problemas.

Conclusiones

La intervención psicológica dirigida al entrenamiento en habilidades sociales y asertivas, el entrenamiento en resolución de problemas y el desarrollo de una percepción de autoeficacia y competencia, deberían ser componentes indispensables en adolescentes con ideación y intentos de autolíticos.

NÚM: CO16

Comorbilidad con abuso de sustancias en TDAH, estudio correlacional de una muestra de adolescentes

Mercedes Loro López¹; Natalia García Campos¹; Belén Jiménez Gómez²; Josefa Pérez-Templado³; Isabel Miernau López¹; Marina Aragón Yustas³; Fuencisla Pando Velasco³; Paloma Varela Casal³; Javier Quintero²

1: Clínica Doctor Quintero. Hospital Infanta Leonor. Madrid. 2: Hospital Infanta Leonor. Madrid. 3: Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción

El Trastorno por Déficit De atención e Hiperactividad es el problema psiquiátrico más importante epidemiológicamente,

de los que afectan en la edad escolar, con cifras de prevalencia que oscilan entre el 4 y el 8% (Coreas et al, 2006), es así mismo relevante por su afectación personal, familiar, social y escolar. En las últimas décadas se ha producido un nuevo enfoque de las investigaciones sobre TDAH, generándose numerosos estudios sobre la evolución de este trastorno a medida que los sujetos se van adentrando en la adolescencia y en la edad adulta, hasta observar al TDAH como un trastorno a lo largo de la vida, modificando la expresión de sus síntomas, pero no lo nuclear del trastorno. Es importante recalcar el papel de la comorbilidad, ya que la presencia de un TDAH condiciona un factor de riesgo para presentar otras patologías durante la infancia, adolescencia e incluso la edad adulta y entre ellas problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Metodología

Se realizó un estudio correlacional (ex postfacto) con una muestra de 128 pacientes de adultos jóvenes que habían sido diagnosticados de TDAH en la infancia, con objeto de estudiar su evolución clínica y social desde que consultaron por primera vez, con fechas del diagnóstico comprendidas entre 1980 y 2000 y con un rango de edad al diagnóstico entre 5 y 16 años. La muestra procede del registro informatizado de pacientes atendidos ambulatoriamente en una clínica de Madrid y el diagnóstico de TDAH se hizo de acuerdo a los criterios DSMIII, DSMIII-R y DSM-IV, vigentes según el año en el que se diagnosticó al paciente. La muestra inicial quedó reducida a un total de 108 pacientes, excluyendo a 20 al no querer colaborar en estudio. Se realizó una entrevista basada en un protocolo en el que se evaluaban diferentes datos (prospectivos y retrospectivos): sociodemográficos, comorbilidad psiquiátrica, antecedentes psiquiátricos, antecedentes familiares psiquiátricos, enfermedad actual, consumo de tóxicos y grado de satisfacción vital.

Resultados

El 83 % de los pacientes de la muestra final eran hombres y el 17% mujeres. De todos los datos obtenidos, en este trabajo presentamos, los relacionados con el consumo de sustancias y con la comorbilidad psiquiátrica. Encontramos que el 38.6% eran fumadores (siendo el consumo medio de 12.9 cigarrillos/día), y su edad media de inicio los 17 años. Los porcentajes de consumidores de alcohol eran más altos (62,5%), la mayoría con un patrón de consumo de fin de semana (37,5%), ocasionalmente 29,5% y a diario 1,1%. La edad media de inicio era de 16 años. De los otros tóxicos preguntados, sólo un 13,6% consumía otras sustancias. Entre ellos la más con-

sumida era el cannabis (41,5%) y a continuación la cocaína (25%) y las anfetaminas (25%), quedando un 8,1% consumidores de otros tóxicos (drogas de diseño, opiáceos). La edad media de inicio del consumo del consumo eran los 15 años.

Conclusiones

En nuestro estudio hemos encontrado un consumo de tabaco algo mayor (38,6%) del encontrado en población española sana (32%). El consumo de cigarrillos medio encontrado era similar (12,4 cig/d vs. 12,9 cig/d en nuestro estudio). La edad de inicio eran 17 años frente a los 14 años encontrados en población general. Los porcentajes de consumo de alcohol eran de 62,5% (la mayoría en fin de semana) frente al 80% en estudios de referencia entre los 14 y 18 años. La edad de inicio también era algo mayor en nuestro estudio 16 años frente a los 13 años de inicio del consumo de la población general. En el consumo de otros tóxicos el porcentaje (13,6%) también era menor frente al 22% encontrado en población general española. Sin embargo la edad de inicio era similar (15 años en nuestro estudio frente a 14 años en la población general). La principal sustancia consumida en ambos casos era el Cannabis. El TDAH es un factor de riesgo para el consumo de sustancias, a pesar de ello en nuestro medio no hemos encontrado en pacientes en tratamiento, que el riesgo sea significativamente superior a los datos publicados en población general. Nuevos estudios son necesarios para confirmar estos datos.

NÚM: CO17

Figura de Rey y consumo de cannabis en psicosis de inicio precoz

Josefa M^a Moreno Granados¹; M^a Dolores Salcedo Marin¹; Miguel Ruiz Veguilla¹; Maite Ferrin Erdozain¹; María Soledad Centeno Collado¹; Anabel Ramírez González¹; María Luisa Barrigón Estevez¹; Maxine Sinclair²; Eric Taylor²

1: Unidad de investigación de NeuroPsiquiatría del Desarrollo (NPD), Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. 2: Institute of Psychiatry at the Maudsley, London

Introducción

La figura compleja fue diseñada por el psicólogo suizo Rey en 1941, y estandarizada por Osterrieth en 1944. Se diseñó para evaluar la organización perceptual

y la memoria visual en individuos con lesión cerebral mediante la reproducción de la figura de memoria tras un periodo de interferencia. La prueba ha demostrado que es capaz de valorar la capacidad de organización y planificación de estrategias para la resolución de problemas, así como la capacidad visuo-constructiva. Objetivo: Evaluar la ejecución en la prueba de Figura de Rey diferenciando entre pacientes psicóticos que consumen cannabis y los que no consumen, y compararlos con controles consumidores y no consumidores de dicha sustancia.

Metodología

a) Variable dependiente: Se incluyeron los sujetos diagnosticados de psicosis funcional mediante la entrevista K-SAD, que fueron atendidos en las USMI-Granada y Jaén. Los criterios de inclusión eran: haber presentado el diagnóstico de psicosis funcional antes de los 18 años, y que la evolución fuese menor de 5 años. B) variable independiente: edad, sexo. Se tomaron como variables para evaluar la ejecución en la Figura de Rey, el tiempo en copia, puntuación directa en copia, tiempo en memoria y puntuación directa en memoria. Se incluyeron 51 pacientes con psicosis (15 consumen cannabis y 36 no consumen), y 32 controles (22 consumen cannabis y 10 no consumen).

Resultados

En cuanto al tiempo en la Copia de la Figura de Rey se encuentran diferencias significativas entre pacientes psicóticos y controles ($p=0,039$). Tomando la variable de puntuación directa en copia, encontramos diferencias significativas entre los pacientes psicóticos y los controles ($p=0,021$). Por otro lado, en cuanto al tiempo en la memoria de la Figura de Rey, observamos diferencias significativas entre los pacientes psicóticos y controles ($p=0,033$), y en la interacción entre ser psicótico y consumir cannabis, respecto a ser control y consumir cannabis ($p=0,018$). Por último, en cuanto a la ejecución en memoria entre los psicóticos y controles existen diferencias significativas ($p=0,002$).

Conclusiones

No se puede concluir que el hecho de que los pacientes psicóticos tengan una peor ejecución en la Figura de Rey se deba al consumo de cannabis, si no que puede deberse a otros factores asociados a la psicosis de inicio precoz, ya que en todas las 70 variables se observa una peor ejecución por parte de los pacientes respecto de los sujetos sanos.

12 NÚM: CO18

Jumping to conclusion (JTC), relación con el desarrollo de ideación delirante en psicosis

María Luisa Barrigón Estevez; Miguel Ruiz Veguilla; Jose Luis Rubio; María Soledad Centeno Collado; M^a Dolores Salcedo Marín; Josefa M^a Moreno Granados; Ana Isabel Ramírez González; Maite Ferrín Erdozain;

Unidad de Psiquiatría de Neurodesarrollo. Psiquiatría Infanto-Juvenil. Centro Hospitalario de Jaén. Jaén

Introducción

Las teorías cognitivas de la ideación delirante han propuesto diferentes mecanismos para explicar la formación de la misma (Garety y Freeman., 2004). Diferentes estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia muestran una tendencia errónea hacia el salto a la conclusión (o jumping to conclusions JTC), que se define como la tendencia a la toma de decisiones en base a una evidencia escasa. Se ha sugerido que los pacientes con ideación delirante activa utilizan menos información para llegar a tomar una decisión (Moritz y Woodward., 2005). Solo un estudio (Van Dael et al., 2006) ha demostrado una tendencia a presentar más tendencia al JTC en familiares de psicóticos no afectos. El objetivo del presente estudio es demostrar la relación entre el JTC y el riesgo de psicosis en una muestra de pacientes psicóticos, sus hermanos no afectos y un grupo control, intentando replicar los hallazgos encontrados en el estudio de Van Dael y cols.

Metodología

Una muestra de 42 pacientes con diagnóstico de Psicosis de Inicio Precoz y de menos de 5 años de evolución, pertenecientes al Complejo Hospitalario de Jaén. El diagnóstico se realizó de acuerdo con los criterios DSM IV (APA, 1994) mediante entrevista semiestructurada SCID (Spitzer et al., 1996). La muestra de hermanos se componía por 21 sujetos, los controles de 77 sujetos sanos. La presencia e intensidad de síntomas psicóticos se evaluó mediante la escala PANSS (Kay et al., 1987, Peralta and Cuesta, 1994). Nuestra tarea es una versión de la utilizada por Moritz y Woodward (2006) mediante el procedimiento denominado bias against disconfirmatory evidence (BADE), que ha sido propuesto como mecanismo etiopatológico para el desarrollo de los síntomas delirantes y en directa relación con el JTC.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas en edad, sexo o años de educación entre los grupos de pacientes psicóticos, hermanos o controles ($p > 0,05$). La media en la escala PANSS total fue 72,40 (rango 30- 220), con 20,43 puntos en la escala positiva (rango 7-49), 17,19 puntos en la negativa (7- 49), y 34,79 en psicopatología (rango 16 -112). En la muestra total, 19 (13,57 %) de los participantes mostraron JTC-1 (en al menos uno de los 6 ensayos necesitaron solo un paso para decidirse con total seguridad), 16 de los 42 en el grupo de psicosis (38,10 %), 0 de los 20 de los hermanos (0%) y 3 de los 77 participantes del grupo control (3,90 %). Se llevó a cabo un test de chi cuadrado para el contraste de estas variables, un análisis post hoc reveló diferencia estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre pacientes y hermanos y entre pacientes y controles, aunque no entre hermanos y controles.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que, en comparación con hermanos y controles, los pacientes con psicosis de inicio precoz muestran una mayor tendencia hacia el salto a la conclusión, caracterizada por la toma de decisiones con alto nivel de convicción y circunstancias más ambiguas, o con menos información. Esto podría explicar los errores a la hora de atribuir creencias de tipo delirante a circunstancias vitales, así como el mantenimiento de esas creencias (Woodward et al., 2008). Los resultados son también coherentes con el estudio de Van dael y cols (2006) que sugieren un gradiente JTC y el riesgo de psicosis entre pacientes, hermanos y controles.

NÚM: CO19

Percepción de desventaja social como mediador de elevada incidencia de trastornos psicóticos en población inmigrante

Mónica Ramirez Reinoso; Matthew Hodes; Thomas Barnes; Omola Brown; Dominique Warren
Imperial College. Londres



Introducción

Existe una elevada incidencia de trastornos psicóticos en la población inmigrante en Europa Occidental, no obstante este fenómeno no afecta proporcionalmente a los distintos grupos étnicos (Ej: mayor incidencia en Afro-Caribeños en Reino Unido). Hipótesis recientes apuntan al concepto de “percepción de desventaja social” como elemento mediador de este fenómeno. Objetivos: 1) Examinar si la proporción de experiencias psicóticas (EP) es mayor en los estudiantes Afro-Caribeños (AC) que en los Sur-Asiáticos(SA), 2) Medir los factores asociados a la “percepción de desventaja social” y analizar si hay diferencias entre los estudiantes AC que presentan y los que no presentan EP.

Metodología

Estudio transversal con 104 jóvenes (mediana= 18 años) de una Escuela Universitaria de origen AC y SA. Instrumentos de evaluación de “percepción de desventaja social”: Escala de Fracaso, Escala de Discriminación y la Escala de Orientación Vital. Evaluación de EP: Cuestionario de Screening de Psicosis. Exponemos a continuación los resultados preliminares y próximamente los del estudio ampliado a 200 estudiantes de origen AC, SA y blancos británicos.

Resultados

Los estudiantes AC presentaron más experiencias psicóticas que los SA. Los estudiantes AC que tenían EP presentaron una mayor percepción de desventaja social que aquellos AC que no tenían EP.

Conclusiones

Los resultados sugieren que la percepción de desventaja social está asociada a una mayor incidencia de EP, indicando además que a nivel individual los sujetos AC presentan diferencias en la interpretación de las experiencias de desventaja social y pueden por ello ser más vulnerables a los trastornos psicóticos.

NÚM: CO20

Psicosis de inicio precoz. ¿Existe más de un modelo de presentación inicial?

Montserrat Dolz Abadia¹; Ana Barajas Velez²; Marta Pardo Gallego¹; Susana Ochoa Güerre²; Bernardo Sanchez Fernández¹; Judith Usall Rodie²; Iris Baños³; Ana Torres Giménez¹; Daniel Muñoz Samons¹

1: Hospital De Sant Joan De Deu. Esplugues De Llobregat. 2: Fundació Sant joan de Deu. 3: Fundació Sant Joan de Deu. 4: Sant Joan De Deu-SSM

Introducción

El objetivo de este estudio es comparar como se relacionan los signos neurológicos menores (SNM) con el ajuste premórbido, el funcionamiento cognitivo y la psicopatología en una muestra de pacientes que presentan un primer episodio psicótico (PEP).

Metodología

Estudio transversal de 43 casos consecutivos de pacientes que presentan un primer episodio psicótico. Se evaluaron variables sociodemográficas y clínicas: gravedad de los síntomas psicóticos (CGI-SCH), funcionamiento global (GAF) y psicopatología (PANSS). También se les administró una batería neurocognitiva (CPT, Stroop, TMT, TAVEC, WISC/WAIS) y otra de marcadores de neurodesarrollo: signos neurológicos menores (NES), ajuste premórbido (PAS). Los criterios de inclusión para este estudio eran: dos o más síntomas psicóticos, edad entre los 7 y los 25 años, menos de 6 meses de evolución desde el primer contacto con los servicios médicos y menos de 1 año de evolución de los síntomas psicóticos. Los dos grupos se crearon en función de la puntuación media de la NES.

Resultados

La puntuación media de la escala NES en nuestra muestra fue 19,05 puntuando un 48,8 % de los pacientes (21) por debajo de esa media. Se hallaron diferencias significativas entre el grupo con más SNM (>19,05) respecto al grupo con menos SNM en la escala positiva de la ICG-SCH ($p=0,096$), en la puntuación total del ajuste premórbido ($p=0,019$) y en la subescala de ajuste académico premórbido ($p=0,006$). También se han hallado diferencias significativas entre los dos grupos en el funcionamiento ejecutivo ($p=0,023$) y en la memoria de trabajo ($p=0,028$) siendo el grupo de peor rendimiento el que tiene puntuaciones más altas en la NES.

Conclusiones

Podemos encontrar diferentes subtipos de pacientes que presentan una psicosis de inicio precoz; un subtipo con más SNM, peor ajuste premórbido, psicopatología más severa y peor rendimiento cognitivo y el otro con menos SNM y mejor funcionamiento premórbido, rendimiento cognitivo y presentación clínica menos grave.

14 NÚM: CO21

Trayectorias volumétricas de regiones en sustancia gris en primeros brotes psicóticos y su correlación clínica

Pilar de Castro Manglano¹; Andrea Mechelli²; César Soutullo¹; José Manuel Giménez-Amaya³; Felipe Ortuño¹; Phillip McGuire²

1: Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. 2: Neuroimaging Section. Division of Psychological Medicine. Institute of Psychiatry. Londres. Reino Unido. 3: Departamento de Anatomía, Histología y Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

Introducción

Tanto la esquizofrenia como el trastorno bipolar son enfermedades a las que se han asociado alteraciones volumétricas progresivos de sustancia gris cerebral. Estos cambios dinámicos cerebrales en los primeros estadios de la enfermedad pueden predecir la evolución en ambas patologías. Esperamos que los pacientes con primer brote psicótico de esquizofrenia y de psicosis afectiva se diferencien en la reducción volumétrica según el diagnóstico y desde el primer estadio de la enfermedad y sigan trayectorias diferentes entre sí y comparado con los controles.

Metodología

Realizamos una resonancia magnética cerebral a 26 adolescentes (media de edad de 18 años, rango (11-26 años) que presentaron un primer brote psicótico en su primera presentación y tras un periodo de 3 años de seguimiento. Lo mismo se realizó en un grupo de 17 voluntarios sanos de la misma edad. Examinamos los cambios en cada grupo y comparamos las trayectorias volumétricas entre los grupos mediante morfometría basada en vóxeles.

Resultados

Observamos una disminución longitudinal de volumen total de sustancia gris en los controles ($p=0.034$) pero no en los pacientes, aunque la interacción con el tiempo no resultó significativa. A nivel regional, observamos interacciones entre grupo y tiempo reflejando cambios volumétricos en el córtex frontal, temporal, parietal, cerebelo y tálamo, principalmente en controles pero no en pacientes. La subdivisión del grupo de pacientes según el diagnóstico mostró reducciones similares en pacientes con psicosis

afectivas y en controles pero no observamos cambios en esquizofrenia. Una reducción inicial en hipocampo izquierdo se asoció a mala evolución.

Conclusiones

La psicosis con inicio en la adolescencia o edad adulta joven puede estar asociada a un retraso o a una pérdida de reducciones de sustancia gris a lo largo del tiempo que ocurren normalmente en este periodo de desarrollo. Estos cambios pueden ser específicos de la esquizofrenia.

NÚM: CO22

Tratamiento antipsicótico en población infantojuvenil

Bernárdo Sánchez Fernández

Hospital Sant Joan de Deu

NÚM: CO23

Dos investigaciones comunitarias secuenciales 1997-2007 de prevalencia de trastornos alimentarios

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro; María González de la Iglesia; María Pilar Comet Cortés; Ana Isabel Calvo Sarnago; Maite Aranzazu Zapata Usábel; Marta Cebollada Usón; Antonio Lobo Satué; Jose Mariano Velilla Picazo;
Hospital Clínico-Universidad Zaragoza-I+CS. ZARAGOZA

Introducción

Epidemiología de Trastornos Alimentarios (TCA) en muestra comunitaria de adolescentes.

Metodología

Estudios prevalencia dos fases en muestra representativa estudiantes de 12 y 13 años en 1997 y 2007 en Zaragoza. Evaluación: criba con cuestionarios (EAT) y entrevista semiestructurada (SCAN). El estudio se financia con F.I.S. PI 05/2533.

Resultados

En 1997 se estudia 915 estudiantes de 12 a 13 años, 413 mujeres y 502 varones.

Conclusiones

La tasa prevalencia de población con riesgo (EAT-26 >20) es 82/915, el 9,0% (CI 95%: 7,3%-11,0%). La tasa

de prevalencia femenina fue 8/413, el 1,9% TCA (CI 95%: 1%-3,8%), 0,6% Bulimia nervosa F 50.2 y 1,8% TCANE F 50.9 12 años, 1,6% TCANE 13 años). En 2007 se estudia 701 estudiantes 1º E.S.O., 12 y 13 años, 340 chicas y 361 chicos, en 9 colegios públicos y privados en Zaragoza (30 aulas), 63/701, el 9% (CI 95%: 7,1%-11,3%) se clasifican con riesgo de TCA. En segunda fase 164 aceptan entrevista (63 con riesgo, 101 muestra seleccionada sin riesgo). La prevalencia de TCA (femenina) es 1,5% TCANE F 50.9 (CI 95%: 0,6%-3,4%). La diferencia entre las dos proporciones (1997- 2007) se estima 0,0. El IC 95% para la diferencia de población con riesgo va de -0,029 a 0,028. No es significativa. La diferencia entre proporciones de prevalencia TCA 1997-2007 se estima 0,005. El IC 95% para la diferencia va de -0,017 a 0,025. No es significativa.

NÚM: CO24

Diagnóstico y tratamiento temprano de trastornos alimentarios: Estudio comunitario multicéntrico

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro¹; María Pilar Comet Cortés¹; Jesús Pérez Hornero²; Jose Andrés Gómez del Barrio³; María Calado Otero⁴; Ana Isabel Calvo Sarnago¹; Maite Aranzazu Zapata Usábel¹; Marta Cebollada Usón¹; Alfredo Cebollada¹

1: Hospital Clínico-Universidad de Zaragoza-I+CS. Zaragoza. 2: Hospital Meixoeiro. Vigo. 3: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. 4: Hospital de Conxo. Santiago de Compostela

Introducción

Objetivos: prevención secundaria de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos.

Metodología

Material y método: estudio de corte en dos estadios de prevalencia en una muestra comunitaria representativa de estudiantes del Norte de España de 12 a 13 años en 2007 en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander. Evaluación: criba con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26) y entrevista individual semiestructurada (SCAN). Se estima prevalencia TCA con intervalos confianza 95% (CI) Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). Financiado F.I.S. PI 05/2533.

Resultados

En 2007 se estudia 1.831 alumnos 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, chicos y chicas, en centros secundaria públicos y privados (87 aulas) en 5 ciudades zona norte. Se clasifican con riesgo de TCA 173/1.831, 175/1.831, el 9,6% (IC 95%: 8,3%-11,0%). En la segunda fase 398 adolescentes aceptan proceder a la evaluación clínica mediante entrevista por psiquiatra o psicólogo clínico experto en TCA (163 con riesgo, 235 seleccionados sin riesgo). La prevalencia puntual de TCA es 13/1.831, el 0,7% de TCA no especificados (TCANE) F 50.9 (CI 95%: 0,4%-1,2%) que se derivan a tratamiento en unidad especializada.

Conclusiones

En la comunidad las tasas estimadas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos en los adolescentes tempranos es sustancialmente mayor que los síndromes completos. En nuestra muestra los adolescentes con TCA no seguían tratamiento en el momento de la encuesta. Sólo una minoría de pre-adolescentes con TCANE son vistos en salud mental de forma temprana.

NÚM: CO25

Prevención primaria de trastornos alimentarios: seguimiento de ensayo escolar aleatorizado controlado

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro; María Pilar Comet Cortés; Elisa Castellón Bello; Carmen De Miguel Ascaso; Luis Trebol Clavejas; Concepción Soro Abardia; Eva Villa Pérez; Silvia Mabry Paraiso; David Calvo Medel
Hospital Clínico-Universidad de Zaragoza-I+CS. Zaragoza

Introducción

Objetivos: prevención selectiva de trastornos de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos.

Metodología

Material y método: ensayo aleatorizado con grupo intervención con currículo ZARIMA y grupo control en muestra comunitaria estudiantes 1º Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en 2007 en Zaragoza, con seguimiento a doce meses. Evaluación: criba con EAT-26 y entrevista individual SCAN en 2007 y 2008. Financiado con F.I.S. PI 05/2533.

16 Resultados

En 2008, a los 12 meses de seguimiento, se estudia 643 alumnos 2º E.S.O (tasa respuesta: 91,7% seleccionados 2007): 307 en pública y 336 en privada concertada. Se encuentran 58 pérdidas: por absentismo o rechazo o por cambio de centro. Participan 353 alumnos intervención (160 mujeres y 193 varones) y 290 alumnos control (147 varones y 143 mujeres), 303 mujeres y 340 varones. En GI 17/353, el 4,8% se clasifican con riesgo TCA (IC 95% 0,03 a 0,076) y en control GC 21/290, el 7,2% (IC 95% 0,048 a 0,108). La diferencia entre proporciones se estima en 0,024. El IC 95% de diferencia entre proporciones es -0,013 a 0,064. Existe diferencia pero no significativa. En las mujeres en GI 13/160, el 8,1% se clasifican con riesgo y en GC 17/143, el 11,9%, (3,8% diferencia, no significativa), En los varones en GI 4/193, 2,1% y en GC 4/147, 2,7% (0,6% diferencia).

Conclusiones

A 12 meses de seguimiento el riesgo TCA disminuye en intervención (especialmente en chicas) más que en control pero la diferencia aunque relevante no es significativa. En varones no hay apenas diferencia. El programa parece influir más en las mujeres.

NÚM: CO26

Trastornos psiquiátricos en Centro de cumplimiento de Medidas Judiciales

Carlos Imaz Roncero

Hospital Clínico Universitario De Valladolid. Valladolid

Introducción

Intervención de Paidopsiquiatría para evaluar los problemas de salud mental de los menores susceptibles de intervención social y/o judicial en centro cerrado, y valorar el interés de pruebas de despistaje.

Metodología

Población: Menores con al menos un mes de estancia en el Centro (abril a octubre de 2008), entre 10 y 18 años. **Exclusión:** no hispanoparlantes y capacidad intelectual baja. **Metodología:** Cuestionarios autoinformados: Golberg-28, SCL-90R, YSR y SDQ. Educadores: TRF/6-18 y SDQ-M. Padres/tutores: CBCL y SDQ-P. Entrevista semiestructurada K-SADS por Paidopsiquiatra.

Resultados

N=128 (23 Mujeres, 18%, 105 Varones, 82%). **Exclusión:** edad, estancia menor de un mes, y retraso mental (N=44), fugas (N=6) y otras (N=11). **Negativa (N=2).** Finalmente N=66 (15 Mujeres, 23%, 51 Varones, 77%). La participación en entrevista fue 97% (N=65), y en cuestionarios por: los menores (37-40%), padres (18-20%) y educadores (11-13%). Prevalencia de punto de trastornos mentales 77% (N=51), prevalencia de vida 92% (N=61). Los diagnósticos principales más prevalentes son: Trastornos de conducta (N=17, 26%, inicio adolescente N=11, inicio infantil N=6), Trastornos adaptativos (N=13, 20%), Trastornos relacionados con abuso y dependencia sustancias (N=10, 15%) aunque su presencia total alcanza el 65% (N=43) siendo el cánnabis la más prevalente. Con menos frecuencia: TDAH (N=9, 14%), Cuadros ansiedad (N=5, 8%), Cuadros depresivos (N=5, 8%), y Trastornos psicóticos (N=1, 2%). De las 51 personas diagnosticadas el 20% son graves (EEAG<51), 25% moderados (EEAG entre 51 a 60) y leves el 55% (EEAG>60). Con tratamiento previo el 40%, 31% y 43 % respectivamente.

Conclusiones

Debe mejorarse la implicación de los educadores, la aplicación de los cuestionarios de forma tradicional no es útil. La alta prevalencia de diagnósticos sin tratamiento previo, evidencian la dificultad para su detección, siendo necesaria una mayor intervención de los Paidopsiquiatras en estas poblaciones.

NÚM: CO27

Impacto psicológico de la realización de un curso de urgencias en psiquiatría infantil y juvenil en los profesionales de un hospital infantil

Mª del Carmen Martínez Cantarero

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción

En el año 2007 se realizó en el Hospital Niño Jesús un Curso de Urgencias en Psiquiatría infantil y juvenil con el objetivo fundamental de formar a los profesionales sanitarios en el diagnóstico y manejo de situaciones críticas y síndromes clínicos psiquiátricos.

Metodología

Se comparan los datos de Urgencias del 2006 y 2008, y la valoración de los profesionales del Hospital Niño Jesús respecto a las Urgencias psiquiátricas.

Resultados

Las patologías más frecuentes (Trastornos de Conducta alimentaria, de Conducta, de Ansiedad, Afectivos, Adaptativos, Psicóticos, Agitación psico-motriz, Disociativos, TDAH y Autismo se mantienen en similares porcentajes en los años 2006 (25, 23,6, 21,2, 7,7, 5, 3, 2,6, 2, 0,16, 0,16) y 2008 (23,5, 24,4, 21,1, 10,2, 3,8, 2,9, 2,4, 3,3, 1,7, 0,86). Así mismo se mantiene similar el número de Urgencias, n° de Ingresos Urgentes, porcentaje de ingresos por urgencias psiquiátricas en 2006 (539, 140, 25,97 %) y en 2008 (535, 175, 32,71 %) La valoración es altamente satisfactoria tanto por parte de los psiquiatras como del resto de los profesionales del Hospital.

Conclusiones

Con similares datos estadísticos en las Urgencias psiquiátricas, se ha asistido a una mayor valoración por parte de todos los profesionales del Hospital tras la realización del Curso.

NÚM: CO28

Función Neurocognitiva en Niños tras un Ingreso en Cuidados Intensivos

Maria Dolores Picouto González¹; Lorraine Als²; Mehrengise Cooper³; Simon Nadel⁴; Christine Pierce⁵; Tami Kramer¹; Elena Garralda Huarte¹

1: Clinical Research Fellow (Koplowitz Fellowship). Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry. Imperial College London. Londres, Reino Unido. 2: Research Psychologist. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry. Imperial College London. Londres, Reino Unido. 3: Consultant in Paediatric Intensive Care. St Mary's Hospital. Londres, Reino Unido. 4: St. Mary Hospital. Londres. Reino Unido. 5: Great Ormond Street Hospital for Sick Children

Introducción

Existen pocos datos sobre función cognitiva en niños que han padecido una enfermedad severa. Un estudio piloto ha documentado déficits en memoria visual y verbal, especialmente tras sepsis y asociados con problemas emocionales y de conducta, cuatro meses después de un

ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) londinense. El presente estudio pretende replicar estos hallazgos en una muestra mayor y examinar sus implicaciones clínicas.

Metodología

Estudio prospectivo de casos y controles con 125 y 100 participantes de entre 4 y 16 años. La muestra se divide en cuatro grupos, pacientes que han precisado un ingreso en UCIP por sepsis severa, por meningococcal, por patologías no infecciosas y un grupo control con voluntarios sanos. La función neurocognitiva es evaluada al cabo de 3-6 meses del alta hospitalaria con la batería CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) y con el Children's Memory Scale. Se recogen también datos demográficos, psicológicos, de comportamiento y de actividad académica.

Resultados

Hasta el momento han sido reclutados 44 casos (26H, 18M, Media de edad de 10.05 años, DS 3.54) y 25 controles. Análisis preliminares no han detectado diferencias estadísticas en cociente intelectual entre casos y controles (Media: 101.60, DS: 13.76). El grupo de casos obtuvo peores resultados que los controles en los test de memoria visual de reconocimiento de patrones ($p=0.04$), memoria espacial de trabajo ($p=0.04$) y memoria verbal ($p=0.04$). Los peores resultados corresponden al grupo de niños que precisó ingreso en UCIP por sepsis.

Conclusiones

Nuestros resultados preliminares sugieren la existencia de déficits de memoria visual y verbal en niños que han sufrido una enfermedad aguda y severa, particularmente tras cuadros de sepsis.

NÚM: CO29

PedsQL, valoración de la calidad de vida en TDAH tras un programa psicoeducativo

Maria Soledad Centeno Collado¹; Maite Ferrín Erdozain¹; Miguel Ruiz Veguilla¹; Josefa M^a Moreno Granados¹; M^a Dolores Salcedo Marín¹; Anabel Ramírez González¹; Maria Luisa Barrigón Estevez¹; Aranzazu¹; Eric Taylor²

1: Unidad de investigación de NeuroPsiquiatría del Desarrollo (NPD) del Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. 2: Institute of Psychiatry, London

18 Introducción

La calidad de vida pediátrica se ha convertido en una importante medida para evaluar el efecto de diferentes intervenciones, sin embargo instrumentos que midan la calidad de vida pediátrica no están disponibles en todos los idiomas, ni se han estudiado para todas las condiciones médicas. El deterioro físico y emocional que el Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) ocasiona en los pacientes y familiares es una cuestión que se ha considerado de alta importancia en los últimos años. Existen diferentes cuestionarios que evalúan la calidad de vida (QL) en los diferentes trastornos médicos. Uno de ellos, el Pediatric Quality of Life Inventory PedsQL (Varni 2001) es un instrumento que evalúa de manera multidimensional la calidad de vida de condiciones médicas crónicas en niños/adolescentes y sus padres. Este instrumento ha sido validado previamente en diferentes idiomas y para diferentes condiciones médicas. Objetivo: El objetivo de este estudio es doble. Por un lado, evaluar las propiedades psicométricas del PedsQL en su versión de 15 ítems en español y para su uso en población infanto-juvenil con TDAH. Como objetivo secundario, estudiar la variación en la calidad de vida en las familias con niños con TDAH tras la aplicación de un programa de intervención psicoeducativa.

Metodología

El PedsQL en su versión corta de 15 ítems (PedsQL-15) fue traducido al español y aplicado a una muestra de 60 niños y adolescentes con TDAH de 4 a 18 años de edad, además de a sus respectivos padres. Los pacientes se reclutaron de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la provincia de Jaén. Para su diagnóstico se utilizaron criterios de la DSM-IV, obtenidos mediante entrevista semiestructurada (K-SADS). La muestra se agrupó en diferentes grupos de edad (2-4 años, 5-7 años, 8-12 años y 13-18 años). Para medir la evolución de los pacientes se utilizó el índice de impresión clínica global (CGI), medida que habitualmente se utiliza en la evaluación de poblaciones con TDAH. Una versión paralela se aplicó a los respectivos padres. Ambas versiones se aplicaron al inicio y tras finalizar una intervención psicoeducativa de 12 sesiones de 90 minutos de duración cada una, en la que se explicó a las familias acerca del trastorno, sus abordajes de tratamiento y las pautas de manejo esenciales para el mismo.

Resultados

La fiabilidad mediante test-retest mostró unos índices de correlación que variaron del 0.81 al 0.96 en todas las subescalas. Los índices de consistencia interna fueron adecuados (0.89, para la escala total).

Conclusiones

La validez de constructor demostró 94 que el PedsQL era capaz de distinguir entre aquellas familias cuyos niños/adolescentes evolucionaban bien en su tratamiento de aquellos que no evolucionaban adecuadamente, medido esto por la impresión clínica global. Al analizar el efecto de la intervención psicoeducativa en relación a la modificación en la calidad de vida de las familias, encontramos diferencias significativas ($p < 0.05$) en puntuaciones totales, así como en 3 de las 5 dimensiones incluidas en la escala, y que se refieren a funcionamiento emocional, escolar y cognitivo

NÚM: CO30

Psicopatología asociada a las altas capacidades

Isabel Mirnau¹; Marina Aragon²; Natalia García Campos¹; Liliana Amador¹; Reyes Barragan³; Mercedes Loro¹; Paloma Varela¹; Javier Quintero⁴

1: Clínica Doctor Quintero. Madrid. 2: Instituto Neuroconductual de Madrid. 3: Instituto Madrileño de Alta Capacidades. 4: Hospital Infanta Leonor

Introducción

El Ministerio de Educación y Ciencia (2000) estima que hay alrededor de un 5% de alumnos en etapas educativas obligatorias con Altas Capacidades (AC). Dentro de este grupo encontramos a los alumnos superdotados, a aquellos con precocidad intelectual y a los que tienen talentos tanto simples o compuestos. En España hay un 2% de alumnos superdotados (Acereda, 2000) de los cuales sólo se ha identificado el 0,6%. El 70% tienen bajo rendimiento escolar y entre el 35 y 50% fracaso escolar (MEC, 2000). Uno de los modelos de la superdotación fue planteado por Renzulli (1986) y se basaba en la interacción de tres factores: una elevada habilidad intelectual, una gran implicación hacia la tarea y una elevada creatividad. En la precocidad intelectual se produce un ritmo de desarrollo más rápido en el que se manifiestan de forma temprana algunas aptitudes. Sin embargo, cuando finaliza ese proceso de maduración sus aptitudes intelectuales se equiparan a las del resto de sus compañeros. (Castelló y Martínez, 1998). El alumno con talento simple o compuesto presenta un elevado rendimiento en

un área específica de conocimiento, independientemente del rendimiento que podría mostrar en otras. *Objetivo:* evaluar la presencia de factores psicopatológicos comórbidos en sujetos con Altas Capacidades y como pueden influir en el desarrollo psicológico.

Metodología

Se revisaron las historias de los pacientes atendidos en la Unidad de Psiquiatría y Psicología del Niño y de Adolescente de la Clínica Doctor Quintero de Madrid durante los años 2006 al 2008. Mediante archivo informatizado se seleccionaron solo aquellos que habían recibido una evaluación completa, incluyendo la psicometría. En primer lugar del total de los pacientes se analizaron aquellos que obtuvieron un Cociente Intelectual superior o igual a 130 a través de la Escala de Inteligencia de Weshler (WISC-IV o WISC-R). En segundo lugar se estudió la diferencia entre hombres y mujeres con Alta Capacidad En tercer lugar a través de DSM-IV se analizó el porcentaje de pacientes con un trastorno asociado y por último se clasificaron dichos trastornos.

Resultados

Durante los años 2006-2008 ingresaron en la clínica 2.260 pacientes de los cuales 55, niños de 4 a 18 años, obtuvieron un Cociente Intelectual superior o igual a 130. En el 2006 y en el 2007 se hallaron 17 pacientes, es decir un 2,31 %, respectivamente. En el 2008 se hallaron 21 pacientes, un 2,90%, obteniendo una incidencia media de 2,43%. El motivo de consulta de los casos analizados nunca fue la detección de la alta capacidad sino que estuvo relacionado con otras dificultades del paciente. En cuanto a la diferencia entre sexos encontramos una proporción mayor en el caso de los varones: un 74,54% de varones con un CI mayor o igual a 130 frente a un 25,46% de mujeres. Encontramos que el 90,9% de los pacientes que fueron evaluados, presentaban además de su AC, algún diagnóstico adicional según el DSM-IVTR, tal y como se detallará

Conclusiones

Si comparamos los datos del Ministerio de Educación y Ciencia con los datos que hemos obtenido en la muestra de nuestra clínica encontramos cierto desfase. De un 5% estimado nosotros hemos contabilizado un 2,32%, lo cual es explicable ya que estamos hablando de una muestra clínica. En nuestra población el diagnóstico de AVC es más frecuente en varones (74,54%) que en mujeres (25,46). Más del 90% de los pacientes con AC presentan algún trastorno comórbido. Los trastornos más frecuentes son: los Trastornos de Ansiedad (21,81%), el

TDAH (16,36%), los Trastornos del Aprendizaje (10,91) y los Trastornos Adaptativos (7,27%). Lo que debe orientar sobre el riesgo, posiblemente menor, pero aún así muy alto de que los pacientes con AC presenten otros trastornos comórbidos. Para una futura investigación sería interesante ahondar en los diferentes tipos de AC y ver en qué casos se daría mayor proporción de desajustes tanto personales, sociales como escolares.

NÚM: C031

Intervención interdisciplinar en retraining social en adolescentes ingresados en una unidad de hospitalización parcial

Jordi Torralbas Ortega; Eloisa Arias Nuñez; Joaquim Puntí Vidal; Mari Carmen Naranjo Díaz; Jezabel Palomino Escrivá; Montserrat Pámias Massana; Alberto Granero Lázaro; Diego Palao Vidal; Igor Merodio Ruiz
Hospital de Día de adolescentes. Centre de Salut Mental Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Introducción

En los años 30 se reconoció la importancia de la interacción social en el desarrollo del individuo y, posteriormente, se estableció una relación directa entre la competencia social y el proceso de rehabilitación. Esto tiene mayor interés en la adolescencia, en que las relaciones con los iguales son cruciales para el aprendizaje social del joven y contribuyen al desarrollo de su personalidad.

Metodología

Se seleccionaron los adolescentes de 12 a 18 años ingresados en Hospital de Día durante 2008, con un nivel de interacción social pobre. Se administró la Escala de Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) y la Escala de Inteligencia de Weshler WISC-IV o WAIS-III. Se recogió el diagnóstico al alta, número de días de ingreso, resultado de la ACIS, QI del WISC-IV/WAIS-III, y si existía absentismo escolar/laboral previo.

Resultados

De los pacientes ingresados en 2008, un 43,4% presentaba una interacción social muy pobre. La edad media para éstos fue de 15,2 años (sd=2,18) y la estancia media de 74 días, frente a los 45 del resto de pacientes. El resul-

20 tado total en la ACIS fue de media 42 (sd=4,87), no superando ninguno de ellos los 50 puntos. La media de QI para el grupo estudiado fue de 81,2 (sd=16,1) y el 50% obtuvo un QI ≤, 80. El 85% de la muestra presentaba absentismo escolar/laboral. Los principales diagnósticos fueron: Trastornos psicóticos (30,3%), Trastornos del estado de ánimo (15,1%) y Trastornos del espectro autista (15,1%).

Conclusiones

Los resultados muestran que el retraimiento social acompaña a un amplio porcentaje de pacientes y se asocia a mayor tiempo de recuperación de la enfermedad. Es necesario implementar un programa de intervención interdisciplinar específico, que desde un modelo biopsicosocial, mejore la cantidad y calidad de la relación social. Este equipo de investigación se dispone, con estos resultados, a realizar un estudio prospectivo de la eficacia de un programa interdisciplinar que incluya la psicoterapia cognitivo-conductual, la psicoeducación familiar y la terapia ocupacional.

NÚM: CO32

Diferencias en la estructura y funcionamiento familiar entre niños sanos y enfermos

Laura Baras Pastor; Adrian Cano Prous; Raquel Martín Lanas; Enrique Aubá Guedea; Maribel Beunza Nuin
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción

Ha crecido el interés por el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones psicopatológicas de niños. Las alteraciones en el funcionamiento familiar pueden tener un impacto negativo en la adaptación psicológica del niño. (1) 1. Comparar la estructura y el funcionamiento familiar entre familias con un hijo con una alteración psicopatológica y familias con un hijo sano.

Metodología

Los padres que acudían con su hijo por primera vez a la Unidad de Psiquiatría Infantil, o a la de Pediatría General, completaban un cuestionario sociodemográfico, el Instrumento de Funcionamiento Familiar (FAD) (2) y la Escala de evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) (3). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0

Resultados

Analizamos 110 matrimonios con un hijo con una alteración psicopatológica y 34 matrimonios cuyo hijo está sano. El 63% de los niños enfermos son varones y el 57% de los niños sanos también. En ambos grupos de matrimonios no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al funcionamiento familiar entre los esposos. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los padres de ambos grupos en la subescala del FAD "roles" ($p < 0.05$) y "control del comportamiento" ($p < 0.05$). Entre las madres se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la subescala de cohesión ($p < 0.05$) del FACES III.

Conclusiones

1. Las familias de hijos enfermos controlan peor su comportamiento y asignan inadecuadamente los roles. 2. Las madres de las familias de hijos enfermos consideran que existe en sus familias un menor índice de cohesión intrafamiliar.

NÚM: 1

Estudios de citogenética y citogenética molecular para detectar alteraciones cromosómicas en genes involucrados en el desarrollo de trastornos generalizados del desarrollo

María Zabaleta Beloqui¹; Rosa Narvaiza Martínez¹; María José Aibar Luis²; María Antonia Ramos Arroyo²; Josefa Iribarren Cía²; Antonio Quetglas Pont²

1: Departamento De Genética. Hospital Virgen Del Camino. Servicio Navarro De Salud. Pamplona. 2: Hospital De Día Infanto-Juvenil Natividad Zubieta. Servicio Navarro De Salud

Introducción

La numerosa bibliografía sobre las alteraciones cromosómicas asociadas a los trastornos del espectro autistas no ha logrado identificar las regiones específicas donde se localizan los genes susceptibles a padecer un TGD. Hasta el momento se han asociado el cromosoma 15 (deleciones de novo, duplicaciones invertidas, duplicaciones intersticiales o recíprocas en la región 15q11-q13 y duplicación en la región 15q11-q15) el cromosoma 7 (traslocaciones de la región 7q22-q33), así como el cromosoma X (especialmente Xq28). 127 El objetivo del trabajo será el definir las posibles regiones genómicas que pudieran contener genes de susceptibilidad para padecer TGD, en una muestra de 94 casos diagnosticados de cualquier subtipo de TGD.

Metodología

Muestra: 94 casos diagnosticados de cualquier subtipo de TGD, nacidos a partir de 1990. Se aplicarán las siguientes técnicas de análisis genético: - Cariotipo convencional - Estudio de X-Frágil, mediante PCR. - Múltiple Ligation-dependent Probe Amplification (MLPA) - Fluorescente In Situ Hibridation (FISH) - Comparative Genomic Hybridisation (CGH-arrays).

Resultados

Se ofrecen los resultados positivos de las técnicas aplicadas, así como la descripción de las alteraciones halladas. Los resultados preliminares indican la existencia de anomalías genéticas heterogéneas e un mínimo porcentaje de casos (N=9). De las cuales se han encontrado 7 alteraciones mediante MLPA, 1 con X Frágil, 1 mediante el método FISH.

Conclusiones

Se han identificado anomalías genéticas en un pequeño porcentaje de casos. Dichos hallazgos no puede establecerse como base etiología de los trastornos del espectro autista, ni relacionarse con sintomatología específica.

NÚM: 2

Incidencia y prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo en Navarra identificados por la red asistencial del Servicio Navarro de Salud a partir de 1990

María José Aibar Luis¹; María Zabaleta Beloqui²; Natalia García Moneo¹; Josefa Iribarren Cía¹; Antonio Quetglas Pont¹; María Antonia Ramos Arroyo²

1: Hospital De Día Infanto Juvenil "Natividad Zubieta" Servicio Navarro De Salud. Pamplona. 2: Servicio De Genética Del Hospital Virgen Del Camino.

Introducción

Los trastornos generalizados del desarrollo constituyen un motivo de preocupación ya que constituyen una patología grave del neurodesarrollo de etiología desconocida, cuya evolución depende, además de otros factores, de su diagnóstico precoz. El objetivo general consiste en identificar los casos con TGD en la población de nuestra comunidad autónoma de los niños nacidos a partir de 1990, además de estimar las tasas de incidencia y prevalencia, así como analizar la eficacia de la red pública en la detección de los casos.

Metodología

Definición de caso: Niños que presentan alteraciones cualitativas características de la interacción social, alteraciones en el lenguaje comunicación y juego, intereses rígidos y estereotipados. Identificación de los casos y recogida de información. Casos posibles detectados desde genética, neuropediatría, y centros de salud mental.

Confirmación diagnóstica: diagnóstico realizado desde el servicio específico.

Cálculo de las tasas de prevalencia e incidencia. Tasa de incidencia: Está definida como "el número de personas que contrae una determinada enfermedad como proporción de la población expuesta, por unidad cronológica".

- 2 119 oTasa de prevalencia: “Número de personas que tienen una enfermedad específica en un momento determinado, por 1.000 habitantes expuestos. Comprende todos los casos existentes con anterioridad, así como los casos nuevos que se presenten durante el periodo especificado”.

Resultados

Los resultados preliminares obtenidos muestran que de los niños con posible TGD se han confirmado 94 diagnósticos. Se ofrecerán las tasas de incidencia y prevalencia de los diferentes subtipos de trastorno generalizados del desarrollo.

Conclusiones

Se comparará nuestros hallazgos con las tasas de incidencia clásicas en la bibliografía a fin de valorar la eficacia de la detección de los TGDs en Navarra.

NÚM: 3

Programa de apoyo de salud mental a centros de educación especial con pacientes diagnosticados de TGD

Valèria Laporte Breyse; Rebeca Gracia Liso; Martínez Giménez; Heredia Trucharte; Montserrat Pamias Massana
CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

Introducción

Los pacientes con diagnóstico clínico de autismo necesitan de atención especializada en diversas áreas de la medicina dado que este diagnóstico suele estar asociado a otras patologías médicas. Por este motivo, son pacientes que deben acudir frecuentemente a servicios sanitarios y requieren la valoración e intervención de diferentes profesionales en diferentes momentos del desarrollo (Croen L.A. y col., 2006). Según estudios recientes con pacientes diagnosticados de Autismo, la colaboración eficaz entre sistemas referentes del entorno del paciente (familia, terapeutas, escuela), enfatiza la implementación de estrategias terapéuticas (Swiezy N. y col., 2008). Esto nos lleva a describir el siguiente programa de apoyo e intervención terapéutica del Centro de Salud mental infanto-juvenil a un grupo de pacientes diagnosticados de TGD, pertenecientes al ámbito de educación especial. Con el fin de presentar métodos y técnicas psicoterapéuticas dirigidas al paciente y a sus referentes próximos (familia, escuela, otros).

Metodología

Los últimos estudios epidemiológicos en EEUU muestran una prevalencia TEA de 1 /162 en niños de 8 años. La estimación de la prevalencia de TGD en el Valles Occidental (comarca a la que pertenece nuestra población de referencia) es de 1/150 siendo detectados y atendidos solo en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz en el año 2007, 47 nuevos casos de TGD en menores de 5 años. En el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del mismo hospital se han registrado 62 pacientes con el diagnóstico de autismo, atendidos durante los 2 primeros trimestres del año 2008. Se han seleccionado 30 pacientes, alumnos de dos centros de educación especial de la zona de referencia de nuestro hospital. Se describe el marco del programa bajo las directrices de actuación del Programa TMG (trastorno mental grave) y su plan de intervención. Se presentan los profesionales que participan en él, sus funciones y técnicas psicoterapéuticas durante el período de su implantación, desde enero hasta diciembre 2008. Los datos en relación a la intervención de los profesionales del centro de salud mental se han obtenido a través de los registros de asistencia proporcionados por el personal administrativo del centro.

Resultados

El 86,66% de la muestra son varones, siendo la ratio por sexo de 1,3 mujeres de cada 10 pacientes. La media de edad es de 12,03 años, con un rango que va de 8 a 16 años. Se propone un plan de intervención terapéutica integral, basado en intervenciones interdisciplinarias: clínicas, sociales y psicoeducativas. La actuación terapéutica va dirigida a los pacientes y sus familias. Paralelamente se realiza la formación y asesoramiento de sus maestros referentes.

Conclusiones

Valoramos positiva la creación de este programa de apoyo e intervención en diferentes ámbitos del paciente (clínico, educativo y social). Por una parte, se obtiene 23 una actualización del diagnóstico psiquiátrico, psicológico, social y de enfermería de cada paciente. Con el fin de establecer un plan terapéutico individualizado (PTI) consensuado durante el trabajo multidisciplinar. Por otra parte, a través de la colaboración con los maestros referentes de los centros de educación especial, se diseña un plan de asistencia individualizado del paciente en el ámbito clínico, escolar y social, que permite evaluar objetivos terapéuticos de forma continuada e interdisciplinaria. Referencias bibliográficas: Croen, L. A., Najjar, D. V., Ray, G. T., Lotspeich, I., & Bernal, P. (2006). A compari-

son of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in a large group-model health plan. *Pediatrics*, 118, e 1203-e1211. - Swiezy N., Stuart M., Korzekwa P. (2008). Bridging for success in autism: training and collaboration across medical, educational, and community systems. *Child Adolesc. Psychiatric Clin N Am*. Oct, 17 (4): 907-22, xi.

NÚM: 4

Utilización de recursos sanitarios especializados en pacientes con diagnóstico clínico de autismo

Raquel Martínez Giménez; Maria José Miñano Valero; Natalia Fort Pelai; Montserrat Pamias Massana

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Introducción

Introducción: Han sido varios los autores que han estudiado la utilización de los recursos sanitarios en pacientes con autismo así como el impacto económico que supone para el sistema sanitario (Shimabukuro, T.T., 2008, Järbrink, K., 2007). Objetivos: describir las variables sociodemográficas y de utilización de los distintos servicios sanitarios especializados en un grupo de pacientes diagnosticados de Autismo (299.00, CIE- 9-MC).

Metodología

Se han seleccionado 62 pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Consorci Sanitari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona) por presentar Autismo. Los datos en relación a la utilización de los distintos servicios se han obtenido a través de los registros de asistencia del período de Enero a Octubre de 2008* proporcionados por el personal administrativo del centro. Para la obtención de los resultados se han utilizado estadísticos descriptivos.

Resultados

El 80,65% de la muestra son varones, siendo la ratio por sexo de 2 mujeres por cada 10 pacientes. La media de edad es de 10,04 con un rango que va de 5 a 18 años. Cada paciente ha realizado una media de 13,11 asistencias en este período de las cuales el 97,7% han sido en régimen ambulatorio. Estos pacientes han utilizado 25 servicios sanitarios especializados diferentes, perteneciendo el 75,64% de las consultas realizadas al área de

psiquiatría infanto-juvenil.

Conclusiones

En relación a datos previos publicados por grupos de investigación europeos y americanos destaca la similitud de los perfiles sociodemográficos y aparecen diferencias llamativas entre la utilización de los distintos recursos sanitarios.

NÚM: 5

Patología infantojuvenil e inmigración en el sur de la isla de Tenerife

Jorge Sánchez Bravo¹; Dácil Hernández García²; Julia Hernández Alvarado²; Jose Luis Melián de León²; Isidoro Fernández Márquez²; Juan De La Fuente Portero³

1: USMC ARONA Y USMC ADEJE. H.U.N.S. De La Candelaria. Arona-Tenerife. 2: USMC ARONA. H.U.N.S. De La Candelaria. Tenerife. 3: Hospital Universitario De La Candelaria. Tenerife

Introducción

Los trastornos mentales en la población infanto-juvenil tienen una prevalencia estimada del 20% según indica la investigación realizada en numerosos países, aunque es posible que esa cifra infravalore el alcance real del problema. Aproximadamente un 50% de los niños y adolescentes tienen trastornos comórbidos. La población inmigrante presenta un doble riesgo respecto a su salud mental. Por un lado, el proceso de inmigración es un cambio vital, enmascarado por la pérdida de los lazos familiares, culturales, de lenguaje, de costumbres y de estatus entre otros. Por otro lado, el emigrante pertenece a un colectivo en riesgo de exclusión social, lo que significa problemas a la hora de insertarse socialmente y a nivel escolar. Se espera que esta población tenga más posibilidades de tener trastornos ansiosos, del humor, psicóticos, de adaptación y del comportamiento por su situación social y de desarraigo. OBJETIVO: Analizar las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes menores de 18 años y no naturales de España valorados por el Psiquiatra Infantojuvenil de la USMC de Arona-Adeje durante el primer semestre de 2008.

Metodología

Se analizaron los pacientes atendidos por el Psiquiatra infantil de la USMC de Arona (previa derivación por

- 4 parte de los psicólogos clínicos) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2008. La USMC Arona-Adeje, centro de referencia para 24 Centros de Salud en la zona sur de la isla de Tenerife, cubre un número de tarjetas sanitarias de 0 a 17 años de 36725 sujetos y cuenta con un Psiquiatra Infanto-juvenil (lunes y viernes en USMC de Adeje y martes miércoles y jueves en USMC de Arona). Variables analizadas: socio-demográficas (edad, sexo, nacionalidad, tiempo de residencia en Tenerife, estructura familiar, absentismo escolar) y clínicas (diagnóstico según criterios genéricos CIE-10). Paquetes estadísticos utilizados: SPSS 14.0

Resultados

De los 25 pacientes inmigrantes que acudieron en el primer semestre del 2008 a la USMC de Arona-Adeje se observó un perfil de usuario varón, de 10-14 años de edad, procedente en un 60% de Latinoamérica y residente en Tenerife desde hace 2-5 años. A destacar un 40 % de absentismo escolar y un 60% de familias desestructuradas. Los trastornos mentales más frecuentes son los Trastornos Generalizados del Desarrollo, seguidos de los Trastornos disociales y Episodios depresivos.

Conclusiones

A parte del Retraso Mental y Autismo definidos por factores biológicos, los factores psicológicos de la salud mental en los niños está más sujeto al impacto sociocultural que en el adulto. Es fundamental comprender la importancia del conocimiento de la realidad cultural y educacional y considerar la historia de migración, sus causas y expectativas así como su situación actual. Es necesario una formación adecuada por parte de Profesionales de la Salud, Profesionales de la Educación y Servicios Sociales para detectar los trastornos mentales más específicos de esta población, así como facilitar su acceso a la red de Salud Mental, para realizar un abordaje multidisciplinar bio-psicosocial y una integración lo más adecuada posible de esta población.

NÚM: 6

Síndrome de Asperger y trastorno de aprendizaje no verbal: ¿una o dos entidades diagnósticas? Reflexiones a propósito de un caso

Maria José Aibar Luis; Matilde Martínez Moneo; Cristina Rubio Ortega; Maria Victoria Esparza Paternain; Maria Angeles Mutuberría Galzagorri; Maria Del Carmen Gortari Fraile; María Angeles Vergara Aguirre

Hospital De Día Infanto Juvenil "Natividad Zubieta". Pamplona

Introducción

El Trastorno de Aprendizaje no verbal (TANV) es un subtipo de trastorno de aprendizaje no incluido en el DSM IV-TR de etiología no específica. Las primeras descripciones datan de 1971, Jonson y Mylebust: niños con problemas visoespaciales e incapacidad para comprender el significado del contexto social y de la comunicación no verbal. Rourke estableció primer modelo etiológico basado en diferencias funcionales entre el HD y el HI, relacionado con anomalías o disfunción en la sustancia blanca, especialmente en fibras de conexión interhemisférica. Los puntos en común entre el TANV y el S. Asperger (ambos son muy verbales pero con dificultades sociales, bajas habilidades visoespaciales, prosodia característica y dificultades motoras, dificultades en la percepción social e interpretar las emociones propias y ajenas) hacen pensar que forman parte de un continuo o que el TANV. En el trabajo se expone el caso de un varón de 13 años con una amplia historia de diagnósticos tratamientos, hasta llegar a nuestro servicio. Reflexionar a cerca ambas entidades diagnósticas a propósito de un caso.

Metodología

Se realiza el análisis de las siguientes fuentes de información 1.Historia clínica 2.Evaluación A)Cuestionarios a los padres: CBC Achembach Escala de Connors Escala de autocontrol Cuestionario de Situaciones en Casa Revisado B)Exploración al niño: Entrevistas Test HTP Test de la familia WISC-R Test de STROOP Figura compleja de Rey CPT de Connors C) Información aportada por el centro escolar. 56

Resultados

Se valoran las distintas posibilidades diagnósticas, y se establece el diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje no verbal.

Conclusiones

Se plantea la hipótesis de la existencia de un continuo en todos los trastornos del espectro autista, siendo el TANV una forma menos severa.

NÚM: 7

Evaluación de la función ejecutiva (FFEE) y teoría de la mente (ToM) en una muestra de pacientes diagnosticados de trastorno del espectro autista

Mireia Querol Gonzalez; Cristina Brunel Montaner; Laura García Couceiro; Lali Piera Pinto; Montserrat Pamias Massana

Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona

Introducción

La disfunción ejecutiva juega un papel importante en los déficits sociales y cognitivos en pacientes con autismo. Las medidas en fluencias semánticas, atención auditiva dividida, y regulación conductual correlacionan significativamente con síntomas de autismo (Kenworthy et al, 2009). Las funciones ejecutivas que se han estudiado en este campo son: memoria de trabajo, planificación, flexibilidad cognitiva, inhibición y generatividad.

Metodología

La muestra se compone de 9 pacientes (7 niños y 2 niñas) de entre 10 y 12 años de edad que cumplan criterios DSM-IV para Trastorno de Asperger y/o Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado e iban a formar parte de un grupo de intervención en habilidades sociales específicas y Teoría de la Mente. Previamente a su inclusión en el grupo, se les administra una amplia batería de pruebas. En este estudio presentamos las utilizadas para evaluar Funciones Ejecutivas y Teoría de la Mente. Las FFEE se midieron mediante la tarea de Fluencias Verbales, las pruebas de Dígitos y Búsqueda de Símbolos del WISC-IV y la Figura Compleja de Rey. Para evaluar Teoría de la Mente se administraron dos pruebas de Falsas Creencias, de primer y segundo orden (Sally y Ann y John y Mary), la prueba de Meteduras de Pata (versión Infantil) y el Test de la Mirada para niños.

Resultados

En las pruebas que evaluaban Función Ejecutiva las puntuaciones obtenidas en Dígitos, Búsqueda de Símbolos y Figura de Rey fueron significativamente inferiores. En la prueba de fluencias fonológicas obtuvieron puntuaciones ligeramente inferiores a la normalidad pero en la prueba de fluencias semánticas obtuvieron resultados más elevados. En las pruebas que evaluaban Teoría de la Mente, la mayoría de pacientes superaban las creencias de primer y segundo orden así como el Test de Meteduras de Pata.

Conclusiones

Los resultados de las pruebas neuropsicológicas muestran resultados similares a estudios previos pero los resultados en teoría de la mente nos indican que la mayoría de pacientes pueden resolver correctamente las creencias de primer y segundo orden así como identificar las meteduras de pata en dicha prueba.

NÚM: 8

Comorbilidad síndrome de Asperger con trastorno esquizoafectivo

Soraya Geijo Uribe

Hospital Clínico Universitario De Valladolid. Valladolid

Introducción

Hay pocos estudios sobre la comorbilidad del síndrome de Asperger, siendo los diagnósticos más prevalentes el TDAH y los trastornos depresivos (Ghaziuddin y cols., 1998). Se han comunicado algunos casos de Trastorno Bipolar (Frazier y cols., 2003) e incluso se ha propuesto que se reconozca como subtipo diagnóstico el obsesivo-compulsivo (Bejerot, 2007), pero no se han encontrado datos sobre la comorbilidad entre el Síndrome de Asperger y el Trastorno Esquizoafectivo.

Metodología

Se presentan los dos casos ingresados en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto Juvenil del HCU de Valladolid.

Resultados

El primero, varón de 14 años de edad, que en su primer ingreso fue diagnosticado de Psicosis no especificada que en un posterior ingreso se modifica a Trastorno esquizoafectivo tipo maniaco asociado a síndrome de Asperger. Como antecedentes familiares: hermana con

- 6 Trastorno bipolar tipo I y padre con Trastorno Psicótico no especificado. La respuesta terapéutica se obtuvo al añadir valproato al tratamiento con risperidona. El segundo, varón de 14 años de edad, diagnosticado desde el inicio como Trastorno esquizoafectivo tipo maniaco comórbido a Síndrome de Asperger. Sin antecedentes psiquiátricos reconocidos, aunque el padre apela a una posesión demoníaca como causa de su enfermedad. La respuesta terapéutica se obtuvo al añadir valproato al tratamiento con quetiapina.

Conclusiones

El diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo es difícil, especialmente si se sobreañade a la psicopatología del Síndrome de Asperger. El desarrollo de Unidades específicas de ingreso Infanto-juveniles permite una observación que favorece su diagnóstico.

NÚM: 9

A propósito de un caso: autismo secundario a otitis

Kazuhiro Tajima Pozo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción

La otitis consiste en una inflamación del oído medio, entre sus causas puede estar desde infecciones repetidas a una obstrucción mecánica de las trompas de Eustaquio, como es nuestro caso. Presentamos el caso de un niño de 5 años, diagnosticado de trastorno generalizado del desarrollo, que ha presentado conductas de tipo autista, retraso en el lenguaje, estereotipias y manierismos, ya durante la primera infancia. El paciente presentaba una exacerbación de sus estereotipias coincidiendo con episodios de otalgia y con la primera dentición, en alguna ocasión llegaba a autolesionarse, dándose golpes en la cabeza y mordiéndose el brazo. Hace un año es intervenido quirúrgicamente de los oídos, al presentar otitis de repetición refractarias al tratamiento sintomático y antibiótico. Durante la operación se constata la presencia de vegetaciones que obstruyen el oído medio, que son extirpadas.

Metodología

Revisión de un caso clínico. video grabado del paciente con conductas estereotipadas y autolesiones, donde quedan patentes las conductas de tipo autístico.

Resultados

Mejoría sintomática de las estereotipias, manierismos y autolesiones después de la cirugía otorrinolaringoscópica de vegetaciones. Persistencia de cierto contacto autístico, aunque con marcada reactividad a los estímulos verbales y ambientales. Mejoría en la adquisición del lenguaje y en las relaciones sociales con otros niños.

Conclusiones

Las pruebas auditivas están indicadas en aquellos niños con cualquier tipo de retraso del lenguaje. Se trata de medir los potenciales evocados (respuestas evocadas auditorias del tallo cerebral, BAER) para evaluación auditiva. Mientras el niño está en reposo (con sedación o dormido) se presenta un estímulo acústico en cada oído mediante auriculares normales o insertados.

NÚM: 10

Rendimiento cognitivo en enfermedades del neurodesarrollo: psicosis y TDAH. Estudio Rimbaud

Miguel Ruiz Veguilla¹; Maite Ferrín Erdozaín¹; Josefa M^a Moreno Granados¹; M^a Dolores Salcedo Marín¹; Vicente Sánchez²; Anselmo Cañabate²; Teresa Guijarro²; Francisco Díaz Atienza³; Marisa Barrigón Estevez¹

1: Unidad de investigación de NeuroPsiquiatría del Desarrollo (NPD) del Complejo Hospitalario de Jaén. JAÉN. 2: Unidad de Salud Mental Infantil de Córdoba. 3: Unidad de Salud Mental de Granada

Introducción

Evaluar el CI de dos enfermedades del Neurodesarrollo (TDAH y psicosis) y compararlos con controles sanos.

Metodología

a) Variable dependiente: Se incluyeron los sujetos con diagnóstico de Trastorno de Hiperactividad y déficit de atención (TDAH) y psicosis funcional (K-SAD) atendidos en las USMI-Granada y Jaén. Los criterios de inclusión eran: haber presentado el diagnóstico de TDAH o psicosis funcional antes de los 18 años, y que la evolución fuese menor de 5 años. b) variable independiente: edad, sexo. El CI se estimó a través de WAIS-III (17 y 22 años), y la escala de WISC-IV (15 -17 años). La estimación del CI se obtuvo a través de los test de vocabulario, semejanzas, dígitos, información, figuras incompletas, clave

de números, cubos y matrices. A partir de los datos obtenidos con estas subescalas se pudo estimar una medida del CI Total, del CI en Comprensión Verbal y del CI en Organización Perceptiva. Se incluyeron 73 pacientes con psicosis, 32 con TDAH, 16 hermanos y 32 controles.

Resultados

En cuanto al CI total se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Psicosis y TDAH ($p = 0,000$) y entre Psicosis y Control ($p = 0,000$). Por otro lado, también se encuentran diferencias significativas en el CI Comprensión Verbal entre Psicosis y TDAH ($p = 0,004$). Por último, en la variable CI Organización Perceptiva se observan diferencias entre Psicosis y TDAH ($p = 0,000$) y entre Psicosis y Control ($p = 0,000$).

Conclusiones

Existe un gradiente en el rendimiento cognitivo entre dos enfermedades del neurodesarrollo, como son psicosis y TDAH. Los hermanos sanos de pacientes con psicosis de inicio temprano, van a presentar un CI significativamente mejor que sus hermanos.

NÚM: 11

Presentación de un instrumento para la evaluación de la insatisfacción de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

Natalia Solano Pinto¹; Antonio Cano Vindel²

1: Centro de Estudios Universitarios Talavera de la Reina- Universidad Castilla La Mancha. Departamento Psicología. Toledo. 2: Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Introducción

La insatisfacción de la imagen corporal hace referencia al malestar y la insatisfacción que una persona siente con su propio cuerpo. Actualmente, la mayoría de los autores afirman que tener insatisfacción de la imagen corporal, correlaciona positivamente con el riesgo a sufrir una alteración alimentaria (Chinchilla, 1996, Toro y Ártigas, 2000, Calvo, 2002, Vartanian, 2009). Se presenta el cuestionario CEIC como un instrumento para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal, en sus diferentes componentes, obteniendo puntuaciones en tres factores, cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental, así como una puntuación total.

Metodología

Los estudios se llevaron a cabo en dos fases: Fase I: Creación del instrumento utilizando diferentes métodos y realización de un estudio piloto con muestra de ambos sexos y grupos control y clínico, Fase II: Desarrollo del cuestionario definitivo y realización de estudios psicométricos con muestra de sexo femenino y grupos control, clínico y puntuación de riesgo.

Resultados

En la fase II con una muestra de 538 jóvenes de sexo femenino se investigó la validez discriminante, analizando las diferencias existentes entre tres grupos diferentes de jóvenes: 406 jóvenes sin desórdenes de alimentación, ni riesgo conocido, un subgrupo de 88 jóvenes con puntuaciones de riesgo en el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria Eating Disorder Inventory (EDI-2, Garner, 1998) y otro subgrupo de 44 pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria. En el análisis factorial exploratorio de esta versión definitiva del CEIC, con el método de factorización Alfa y rotación PROMAX, se encontró una solución de tres factores que explica el 55% de la varianza, agrupando correctamente a todos los ítems. El primer factor reunió a los 21 ítems que miden el componente cognitivo-emocional, el segundo agrupó los 10 ítems que evalúan el componente perceptivo y el tercero quedó definido por los 7 ítems que definen la subescala comportamental. Se obtuvo una consistencia interna para el total de la prueba de 0,96 y valores similares a éste en las tres subescalas. La validez convergente encontrada al correlacionar las puntuaciones de este nuevo cuestionario con las del EDI-2 es alta, con un valor de 0,85 entre el CEIC total y la subescala de Obsesión por Adelgazar del EDI-2, y 0,78 entre el CEIC total y la subescala de Insatisfacción de la Imagen Corporal del EDI-2. El análisis de la validez discriminante del CEIC indica que presenta una adecuada capacidad para encontrar diferencias significativas entre el grupo control y el grupo clínico. 38

Conclusiones

El CEIC es un instrumento de evaluación tipo autoinforme de fácil y rápida aplicación que ofrece puntuaciones en tres escalas que son clínicamente relevantes como componentes de la insatisfacción de la imagen corporal. Tanto la prueba total como cada una de sus subescalas presentan unas propiedades psicométricas adecuadas para considerar que se trata de un instrumento fiable y válido. Fundamentalmente se recomienda su utilización en el ámbito clínico, pudiendo evaluar de forma sencilla y rápida la insatisfacción de la imagen corporal a lo largo de un tratamiento y en el área de la prevención y detección precoz.

8 NÚM: 12

Los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de 11 adolescentes varones

Ayats Audrey; Santiago Peruzzi; Montserrat Dolz; Anna Torres; Eduard Serrano; Marta Pardo; Daniel Muñoz; Bernardo Sánchez

Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria presentan una marcada distribución por géneros, afectando a 10 mujeres por cada hombre. Existe poca literatura sobre el TCA en varones. La mayoría de los estudios se ponen de acuerdo sobre el hecho que las mujeres y los varones con TCA presentan más similitudes que diferencias (Hautala et al., 2008). Objetivo: Describir y comparar la presentación clínica de 11 casos varones con TCA.

Metodología

Estudio de caso múltiple sobre TCA en varones adolescentes. Se evaluaron 10 casos que cumplían criterios de anorexia nerviosa según DSM-IV-TR y 1 caso de bulimia nerviosa según los criterios DSM-IV-TR, que recibieron tratamiento psicológico en Hospitalización y/o Consultas Externas de un Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Resultados

La edad media de los pacientes era 15,2 con una edad de inicio del TCA de 13, 1 años. El 27% presentaba mal rendimiento escolar. El 55% presentaba obesidad previa, el 33% antecedentes de situación traumática o abuso, y el 33% una historia de actividad deportiva intensiva. El 82% de los pacientes identificaba un desencadenante claro del TCA: el 28% refería el sobrepeso, el 18% insultos/burlas, el 18% abuso y otro 18% insatisfacción con la imagen corporal. El 45% de los pacientes presentaba rasgos desadaptativos de la personalidad (histriónicos u obsesivos).

Conclusiones

La presentación clínica de nuestra muestra se halla en consonancia con la literatura previa sobre la presentación del TCA en varones (Fichter & Krenn, 2003).

NÚM: 13

Proyecto de unidad funcional para detección precoz y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria

Raisa Agustín Morrás; Joaquim Puntí Vidal; Raquel Martínez Jiménez; Jordi Torralbas Ortega; Carmen Díaz Naranjo; Rebeca Gracia Liso; Natalia Fort Pelay; Núria Esguga Frigola; Montserrat Pamias Massana

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

Introducción

Los Trastornos de Conducta Alimentaria constituyen un importante problema de salud pública por su prevalencia (4'1- 4'69% T.C.A. en total), la elevada comorbilidad psiquiátrica, la tendencia a la cronicidad y la necesidad de un tratamiento específico. A pesar de la instauración de un tratamiento correcto, hasta el 15% presentan una mala evolución, de ahí la importancia de poder realizar una detección precoz. A partir de estos datos, hemos propuesto crear una Unidad Funcional para el diagnóstico y tratamiento del T.C.A. de carácter multidisciplinar, con el objetivo de realizar una detección precoz, unificando los criterios de actuación y elaborando planes de tratamiento específicos.

Metodología

Nivel 1. Detección: En el ámbito de Atención Primaria. Inclusión de algoritmos de actuación, cuestionarios de screening y entrevistas dirigidas de sospecha. Nivel 2. Diagnóstico: En los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. A través de entrevistas estructuradas, exploraciones psicométricas, de patología médica asociada y comorbilidades psiquiátricas. Nivel 3. Tratamiento: A nivel ambulatorio, de Hospital de Día y Hospitalización, abarcando 4 áreas: A) Recuperación nutricional. B) Tratamiento psicoterapéutico cognitivoconductual, individual y grupal. C) Intervención a nivel familiar. D) Tratamiento farmacológico.

Resultados

Unificación de criterios de detección, diagnóstico y actuación en los distintos niveles de intervención multidisciplinar (Pediatría, Atención Primaria, Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Endocrinología, Dietética y Nutrición).

Conclusiones

A partir de protocolos consensuados y la creación de Guías Clínicas y Unidades Específicas, se puede mejorar el diagnóstico y tratamiento precoces y con ello la calidad de vida de los pacientes con T.C.A.

NÚM: 14

Episodios maniformes tras inicio de tratamiento con ISRS en escolares a propósito de dos casos

Francisco De Sande Díaz¹; Cristina León Quintana²; Ana Villares Rouco¹; Sofía Gómez Pérez³; Sabrina González²; Jose Ramón Gutiérrez Casares⁴

1: Unidad de Salud Mental Niños y Adolescentes Lanzarote. Arrecife. 2: Hospital General de Lanzarote. 3: Hospital de Día infanto juvenil Gran Canaria. 4: USM Niños y Adolescentes Badajoz

Introducción

La forma de presentación clínica de los síntomas maníacos en escolares plantea importantes dificultades, especialmente la diferenciación con síntomas de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Presentamos dos casos de episodios maniformes en escolares.

Metodología

Ambos casos diagnosticados de TDAH y tratados con metilfenidato. Ambos episodios aparecen tras inicio de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). El primero, varón de 8 años, inicia tratamiento con fluoxetina por episodio depresivo sin respuesta a psicoterapia. Tras 10 días con dosis de 20 mg/día comienzan a aparecer, taquialia, conductas autolesivas, desinhibición conductual con tocamientos íntimos a compañeros y verbal incluyendo lenguaje sexual referido a la profesora, mayor inquietud motora con episodios de agitación, disforia e insomnio de terminación. El segundo caso, mujer de 9 años, inicia tratamiento con sertralina por sintomatología obsesiva con compulsiones de orden. Tras 10 días de tratamiento a dosis máxima de 30mg/día requiere ingreso hospitalario por taquialia, agitación psicomotora, conducta autolesivas, hiperactividad motora exagerada, dibujo de forma compulsiva, disminución de la necesidad de sueño, fuga del centro escolar

Resultados

Ambos fueron tratados con risperidona (1mg/día y 1,5mg/día respectivamente) retirándose el ISRS. No podemos concretar si se trata de episodios maniformes secundarios al fármaco o el primer episodio de un trastorno bipolar de inicio temprano

Conclusiones

La manía en escolares se presenta similar a los adultos. Frecuentemente la duración de los episodios es más breve. La clínica puede confundirse con una exacerbación del TDAH previo, debiéndonos plantear el diagnóstico diferencial con trastorno bipolar

NÚM: 15

Psicopatología emocional y sobrepeso en población escolar

Josefa Canals Sans

Universidad Rovira i Virgili. Tarragona

Introducción

Aunque el sobrepeso es mayoritariamente referido como una condición médica, una proporción importante de adolescentes sufren problemas psicopatológicos (Van Vlierberghe et al., 2008). Objetivo: Estudiar la relación existente entre sintomatología interiorizada y variables antropométricas en población escolar.

Metodología

Diseño: Estudio epidemiológico en doble fase. Para los resultados expuestos en este trabajo se han utilizado datos de la primera fase. Sujetos: 1513 estudiantes de 4º, 5º y 6º de primaria de escuelas públicas y concertadas representativas de la ciudad de Reus. Instrumentos: Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992), el Screen for Childhood Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher et al., 1999). Los datos antropométricos fueron recogidos por una báscula TANITA®.

Resultados

El Índice de Masa Corporal (IMC) y el porcentaje de masa grasa del niño/a se relacionaron positiva y significativamente con el total de sintomatología depresiva. Existen diferencias entre sexos: las niñas con mayor IMC y masa grasa tienen peor puntuación en el factor de autoestima del CDI y en algunos factores de ansiedad. En los niños, sólo el mayor porcentaje de masa grasa se relaciona con más sintomatología ansiosa en general y más síntomas de fobia social.

Conclusiones

El sobrepeso en edad escolar se relaciona con sintomatología interiorizada. En sexo masculino se relaciona con sintomatología ansiosa, y en el sexo femenino se relaciona con sintomatología depresiva y ansiosa. Se recomienda realizar una valoración psicológica en los niños remitidos a consultas de obesidad.

10 NÚM: 16

Relaciones entre la impulsividad y la depresión infantil

Sandra Cosi Muñoz; Andreu Vigil Colet; Josepa Canals Sans; Carmen Hernández Martínez

Universidad Rovira i Virgili. Tarragona

Introducción

El presente estudio tiene como objetivo evaluar las relaciones entre impulsividad y depresión en población infantil.

Metodología

La muestra consta de 560 niños de edades comprendidas entre 9 y 13 años a los que se aplicaron las versiones españolas del Children Depression Inventory, la versión infantil del Barratt Impulsivity Scale-11 y la entrevista estructurada The Mini- International Neuropsychiatric Interview for Children. El rendimiento académico fue informado por el tutor de cada alumno evaluado.

Resultados

La impulsividad motora muestra correlaciones moderadas con todas las escalas de depresión, mientras que la impulsividad cognitiva presenta una relación inversa con las mismas. En cuanto a las relaciones con el criterio externo, la entrevista M.I.N.I. Kid, la impulsividad motora presenta una correlación baja con los trastornos del estado de ánimo, mientras que la impulsividad cognitiva muestra una relación inversa baja con los síntomas de depresión mayor y con la distimia. El segundo criterio externo, el rendimiento académico, muestra una relación inversa baja con todas las escalas de depresión e impulsividad, a excepción de la impulsividad cognitiva, la cual muestra una relación positiva moderada, siendo el mejor predictor del rendimiento, seguido de la escala de inefectividad del CDI y de la impulsividad motora.

Conclusiones

La impulsividad parece ser un importante factor a tener en cuenta en los trastornos del estado de ánimo. Asimismo, la impulsividad cognitiva confirma su naturaleza funcional, mientras que la impulsividad motora es la que presenta una mayor relación con la depresión.

NÚM: 17

Protocolo de estudio de trastorno depresivo en pacientes adolescentes en tratamiento con isotretinoína

Rebeca Gracia Liso; Rosa Mas Lacarra; Joaquim Puntí Vidal; Eulalia Piera Pinto; Montserrat Pamias Massana; Elena Pujals Altes

Hospital Parc Tauli. Sabadell

Introducción

La Isotretinoína es un fármaco para tratamiento del acné nodulo-quístico moderado y severo. En los últimos años, se han documentado numerosos casos de trastornos afectivos (fundamentalmente trastorno depresivos) en relación con la toma de isotretinoína. Los estudios de neuroimagen revelan un detrimento del metabolismo del córtex orbitofrontal y una inhibición de la neurogénesis del hipocampo en relación con el tratamiento con isotretinoína. Los estudios realizados hasta ahora son contradictorios, no quedando clara la relación entre toma de isotretinoína y trastorno afectivos. OBJETIVOS: Verificar o no la hipótesis que establece una relación entre la toma de isotretinoína y el aumento de riesgo de padecer un trastorno depresivo en la población de 12 a 18 años de nuestro área de referencia

Metodología

Se describirá el diseño del estudio: Realizaremos un estudio prospectivo descriptivo. (duración 2 años). Describiremos población diana, (pacientes entre 12 y 18 años) criterios de inclusión y exclusión del estudio. Cuestionarios a utilizar. CDI, BDI, K-SADS (entrevista semiestructurada), Metodología de trabajo (evaluación pre-estudio, 1ª fase (mes 1), 2ª fase (mes 6), 3ª fase (mes 9)).

Resultados

En el póster se desarrollará el diseño del estudio. Se expondrán resultados preliminares por encontrarse el estudio en desarrollo.

Conclusiones

A través de los resultados obtenidos concluiremos si la toma de retinoides es un factor de riesgo para padecer un trastorno depresivo, y por tanto si sería necesario realizar protocolos de forma conjunta con dermatología para realizar una detección precoz de dichos trastornos y tratamiento, realizando así un abordaje integral del paciente.

NÚM: 18

Gilles de la Tourette tratado con Aripiprazol. A propósito de un caso

Casto Bonilla Reyes

Centro De Especialidades Médicas Francisco Díaz. Centro De Salud Mental Alcalá De Henares.. Alcalá De Henares

Introducción

La intervención farmacológica en el Síndrome de Gilles de la Tourette es oportuna cuando los tics interfieren sobre la funcionalidad cotidiana del paciente. Los fármacos más estudiados para dicho tratamiento han sido el Haloperidol, Pimozide y Risperidona. En los últimos años, se ha optado como tratamiento de primera elección a los neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, ziprasidona, aripiprazol). En ocasiones este síndrome se presenta asociado comórbilidad y en cuyo caso requerirá un tratamiento asociado.

Metodología.

Caso clínico

Resultados

Varón de 9 años, en seguimiento por desatención, impulsividad e inquietud. Presenta tics motores y guturales. En su evolución su tratamiento es modificado en repetidas ocasiones a causa de falta de eficacia o aparición de efectos adversos. (metilfenidato, risperidona, pimozida, ziprasidona, sertralina). Con la instauración progresiva de aripiprazol se observa una paulatina mejoría en los tics, hasta su desaparición. También se observa una disminución de la sintomatología obsesiva asociada. Debido a la presencia de dificultad en la concentración se decide iniciar tratamiento con atomoxetina siendo su rendimiento aceptable académico pasados cinco meses con ambos fármacos.

Conclusiones

1. En el síndrome de Tourette es oportuno la valoración del riesgo- beneficio de la instauración de un tratamiento farmacológico. 2. Es necesario la realización de un abordaje general e integral del caso. 2. Los neurolépticos atípicos están considerados de primera elección en el Síndrome de Tourette pero no están exentos de efectos secundarios, siendo el aripiprazol una alternativa considerable.

NÚM: 19

Perfiles MMPI-A con alta y baja conducta antisocial en adolescentes con trastorno por uso de sustancias

Ernesto Mijail Magallón Neri¹; Rosa María Díaz Hurtado²; Gloria Canalda Salhi²; María Fornés Santacana³; Javier Gotí⁴; Josefina Castro Fourniels⁴

1: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona y Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. 2: Servicio de Psiquiatría y Psicología clínica Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. 3: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Barcelona. 4: Servicio de Psiquiatría y Psicología clínica Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona y Centro de Investigación Biomédica en Red y Salud Mental.

Introducción

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son especialmente peligrosos en adolescentes con trastornos psiquiátricos comorbidos. Comúnmente se encuentran asociados a trastornos de conducta disruptiva, empeorando la adherencia y el pronóstico del tratamiento. En este estudio se analizan perfiles de sintomatología clínica y de consumo de sustancias en una muestra de adolescentes que cumplen criterios para TUS, clasificados en alto y bajo riesgo de conducta antisocial, sobre la puntuación de la subescala Harris-Lingoes de Problemas con la Autoridad (Pd2) del MMPI-A.

Metodología

Sujetos: 52 sujetos (16 varones, 36 mujeres) con edad media de 15.9 ± 1.2 años (rango: 13-18). Material: Historia clínica y cuestionarios (MMPI-A, niveles de consumo y Teen-ASI). Procedimiento: Aplicación de evaluaciones y categorización de perfiles (Bajo Pd2 $T < 60$ y Alto Pd2 $T \geq 65$). Análisis: Pruebas no paramétricas de U-Mann Withney y χ^2 .

Resultados

Los sujetos del perfil de Alto Pd2, en el MMPI-A muestran diferencias significativas en la escala de consumo PRO ($p < 0.001$), se asocian a diagnósticos como el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta (TC) ($p < 0.001$), muestran un mayor consumo de cocaína y anfetaminas ($p = 0.028$), y presentan un mayor índice de problemática legal ($p = 0.073$).

Conclusiones

Los adolescentes consumidores de esta muestra con

- 12 perfil de Alto Pd2, tienen mayor propensión a tener problemas con las drogas, consumen a mayor nivel cocaína y anfetaminas, se encuentran asociados a diagnósticos comorbidos como el TND o el TC y tienen tendencia a desarrollar mayor problemática legal.

NÚM: 20

Relación entre medidas fisiológicas y psicopatología en población escolar

Carmen Hernández-Martínez¹; Mercè Saez; Sandra Cosi¹; Edelmira Doménech¹; Josepa Canals²

1: Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta, Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. 2: Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona

Introducción

En niños, diferencias individuales en los índices de tono vagal y reactivación vagal, reflejan expresiones emocionales (Stifter et al., 1989), comportamiento de inhibición (Kagan & Snidman, 1991) y agresión (Suess et al., 1994). Los trastornos de tipo interiorizado como la depresión y la ansiedad, muestran un patrón de actividad cardíaca distintivo y definido (Stampfer, 1998), la elevada frecuencia cardíaca (FC) se asocia a la ansiedad, temperamento miedoso (Farrington, 1997, Raine & Mednik, 1989, Scarpa & Raine, 1997) y la conducta inhibida (Kagan, 1994). En una población no clínica de mujeres bajo una situación de evaluación, Light et al., (1998) encontraron una relación entre la sintomatología depresiva y un incremento de la presión arterial (TA). OBJETIVOS: 1) Investigar la relación existente entre FC y TA con sintomatología interiorizada y exteriorizada en una situación de estrés. 2) Analizar las diferencias entre sexos

Metodología

Diseño: Estudio epidemiológico en doble fase. Sujetos: En la 1ª fase, participaron 1514 niños y niñas de 4º, 5º y 6º de Primaria, de escuelas públicas y concertadas representativas de la ciudad de Reus. En una segunda fase, participaron una muestra de alumnos (riesgo de problemas emocionales y controles sin riesgo), que fueron examinados individualmente y sus padres. Instrumentos: Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992), el Screen for Childhood Anxiety and Related Emotional Disor-

ders (Birmaher et al., 1999), medición de la TA y FC en el inicio (TA1, FC1) y el final (TA2, FC2) de la valoración psicológica individual en niños. Los padres respondieron el Children Symptom Inventory-4 (Gadow y Sprafkin, 1998).

Resultados

No se ha hallado relación significativa entre FC y variabilidad de la FC (FC1-FC2) y los síntomas interiorizados autoinformados. Existe una asociación significativa entre los síntomas de ansiedad de separación referidos por los padres y un aumento de FC. No existe asociación con psicopatología exteriorizada heteroinformada. La TA no ha mostrado diferencias en relación a las manifestaciones psicopatológicas.

Conclusiones

En el grupo de edad estudiada, los datos no apoyan la relación entre la reactividad del Sistema Nervioso Autónomo y psicopatología subclínica informada por los niños. No obstante, las diferencias halladas en el grupo con síntomas de ansiedad de separación referidos por los padres, podría indicarnos una reacción frente un evento estresante (aceleración de FC).

NÚM: 21

Pacientes atendidos en un hospital de día de adolescentes en un período de 2 años; estudio descriptivo de diagnóstico, tratamiento y comorbilidad

Ester Ventura Mallofré; Sílvia Montaña Ponsa; Pilar Solé Vigil; Maria Martí Castañé; Pol Palau Puig; Amaia Hervás Zúñiga

Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

Introducción

Realizar un estudio descriptivo de los pacientes dados de alta en un Hospital de Día de Adolescentes (HDA) de Terrassa desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008.

Metodología

Se han reclutado un total de 51 pacientes de edades comprendidas entre 12 y 17 años (en el momento del ingreso) con diagnósticos psiquiátricos que requirieron tratamiento multimodal e intensivo de HDA. A través de la revisión de historias se describe la muestra según las

variables clínicas y sociodemográficas. El diagnóstico se basa en la evaluación psiquiátrica, entrevista semiestructurada Kiddie-Sads y batería neuropsicológica.

Resultados

Se objetiva una importante comorbilidad psiquiátrica, la estancia media requerida es de 6 meses como mínimo, los diagnósticos de psicosis, TOC severo, trastorno bipolar y trastornos del espectro autista superan el 50% de los casos. Un elevado porcentaje ha requerido más de un psicofármaco. Pendiente de valoración de los resultados.

Conclusiones

A pesar de la gravedad de los síntomas y del elevado número de pacientes con diagnóstico TMS, el entorno terapéutico del HDA ha permitido objetivar la eficacia del tratamiento y una excelente adherencia al mismo, se ha requerido un bajo porcentaje de ingresos en Unidad de Agudos y Subagudos, sólo 2 pacientes reingresaron en el HDA y otros 2 abandonaron el tratamiento en HDA. La mayoría sigue en control ambulatorio.

NÚM: 22

Temperamento, carácter y psicopatología

Antonio Pelaz Antolin¹; M^a Fernanda Valdivia Martín¹;
Francisco Ruiz Sanz²; Olvido Granada Jiménez³; Clara
Herraez de Valmaseda⁴

1: CSM Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. 2: Servicio Psiquiatría. Complejo Asistencial de Palencia. 3: Hospital Virgen de la Salud. Toledo. 4: CSM Chamartin. Madrid

Introducción

En el modelo biopsicosocial de personalidad que postula Cloninger es importante distinguir entre temperamento y carácter. El temperamento está en relación con los hábitos, emociones y respuestas automáticas e incluye cuatro dimensiones: búsqueda de novedades (BN), evitación del daño (ED), dependencia de la recompensa (DR) y persistencia (P). El carácter se refiere a los procesos cognitivos que influyen en nuestras intenciones y actitudes e incluye tres dimensiones: autodirección (AD), cooperación (C) y transcendencia (fantasía (F) y espiritualidad (E)). El Cuestionario Infante Juvenil de Temperamento y Carácter (Junior Temperament and Character Inventory-JTCI) evalúa el temperamento y carácter según este modelo en niños entre los 9 y los 13 años. Se ha empleado en distintos estudios correlacionando las

dimensiones de temperamento y carácter con psicopatología. De forma general una búsqueda de novedades elevada se ha relacionado con trastornos externalizantes, una elevada evitación del daño con trastornos internalizantes y una baja autodirección con cualquier trastorno psicopatológico. OBJETIVOS Comparar las dimensiones de temperamento y carácter en una muestra de casos atendidos en salud mental con una muestra de controles procedente de atención primaria.

Metodología

Casos: 31 niños con edad media de 10,8 años, 77,4% varones, diagnóstico más frecuente Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (15 niños). Controles: 32 niños con edad media de 10,8 años, 65,6% niñas. Pruebas aplicadas: Diagnóstico clínico, Cuestionario Infante Juvenil de Temperamento y Carácter. Análisis estadístico: t de Student para comparar medias con el programa SPSS.

Resultados

La muestra de casos presentó las siguientes puntuaciones medias en las dimensiones del temperamento: BN 6.61, ED 10.23, DR 4.65, P 3.52. Y en las dimensiones del carácter: AD 11.74, C 15.94, F 1.39, E 2.42. La muestra de controles presentó las siguientes puntuaciones medias en las dimensiones del temperamento: BN 5.44, ED 8.75, DR 5.06, P 4.44. Y en las dimensiones del carácter: AD 14.78, C 17.28, F 1.00, E 2.66. Presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) los valores medios de las dimensiones P, AD y C.

Conclusiones

Los resultados en AD concuerdan con los aportados por otros estudios. Sería conveniente realizar un estudio comparativo por patologías para establecer si existen diferencias en el temperamento que ayuden al diagnóstico concreto.

NÚM: 23

Influencia de la edad parental en la psicopatología

Jorge López Castromán; Hilario Blasco Fontecilla; Juan José Carballo Belloso; Rocío Navarro Jiménez; Enrique Baca García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Introducción

Mientras el síndrome de Down se asocia con la edad materna avanzada, el autismo y la esquizofrenia lo hacen

- 14 con la edad paterna avanzada. Intentamos establecer si las categorías diagnósticas F2 (trastornos psicóticos) y F7 (retraso mental) de la CIE-10 se asocian con mayor edad de los padres.

Metodología

Utilizamos información sobre el seguimiento de 30965 pacientes en centros de salud mental de Madrid entre 1980 y 2008. Todos eran menores de 18 años en su primera visita. Utilizando el último diagnóstico de cada episodio de seguimiento comparamos las edades de los padres entre las categorías diagnósticas mediante un ANOVA de comparaciones múltiples tras ajuste de Bonferroni. Un modelo de regresión logística nos permitió estimar el riesgo asociado con el aumento de edad.

Resultados

Del total de episodios de seguimiento (94969), 1696 (1,78%) terminó con diagnóstico de trastorno psicótico (F2) y 1841 (1,93%) de retraso mental (F7). Tanto la edad materna como la paterna estaban elevadas entre los pacientes diagnosticados de retraso mental (F7) pero no entre los diagnosticados de trastornos psicóticos (F2) comparados con el resto de pacientes. Encontramos mayor riesgo de retraso mental entre los pacientes cuyas madres tenían 35-40 años (OR = 1.64, $p < 0.0001$) o cuyos padres tenían 35-40 (OR = 1.60, $p = 0.0014$) o 40-45 años (OR = 1.75; $p = 0.0035$) cuando nacieron.

Conclusiones

Aunque limitado por la falta de grupo control, los resultados sugieren que la edad avanzada de los padres puede contribuir a la aparición de diversa psicopatología. Nuevos estudios son necesarios.

NÚM: 24

El vínculo afectivo y el déficit de atención

Josep Cornellà i Canals

Centre Mèdic i Psicopedagògic Vèrtex. Girona

Introducción

Se ha evidenciado que en muchos niños adoptados existen síntomas que se asocian frecuentemente al TDAH. La presencia de sintomatología no supone la categoría del diagnóstico. Objetivos: incidir en el diagnóstico entre TDAH y otros trastornos asociados a la falta de vinculación afectiva temprana.

Metodología

Revisión de 22 historias clínicas de nuestro centro. Se trata de niños que han sido adoptados y que acuden a consulta para descartar un supuesto TDAH durante los 5 últimos años. Se han valorado los datos anamnésticos y la exploración psicológica, con especial énfasis en el Test de Pata Negra. La edad de los pacientes se sitúa entre 6 y 15 años, con una media de 9,5 años. La edad de adopción se sitúa entre los pocos meses de vida y los 6 años de edad.

Resultados

Los motivos de consulta estaban vinculados con el TDAH y sus comorbilidades. En la revisión de los casos, solamente se pudo diagnosticar, clínicamente, un caso de TDAH. El déficit de atención como síntoma aparecía en 10 casos, y la patología del vínculo afectivo en 13 casos. En 20 casos se utilizó tratamiento farmacológico (siempre asociado a la orientación familiar y, cuando era posible, a la psicoterapia). Entre los fármacos más utilizados está el metilfenidato (como tratamiento sintomático) y la risperidona. La evolución ha sido positiva en la mitad de los casos tratados.

Conclusiones

Los trastornos de la vinculación afectiva pueden mostrar una sintomatología que coincide, en muchos ítems, con el TDAH. Hay que profundizar más en el conocimiento de esta patología e informar a padres y profesores sobre las características de la misma. Es importante no confundir ambos trastornos, con el fin de no crear falsas expectativas con el tratamiento farmacológico. La orientación a los padres es una herramienta fundamental para asegurar una integración y adaptación familiar plenas. El retraso en la edad de la adopción supone un mayor riesgo de patología.

NÚM: 25

Consecuencias psiquiátricas de los abusos sexuales en la infancia

Jose Luis Jiménez Hernández¹; Mercedes López Rico²

1: CSM Arganzuela. Hospital Doce De Octubre. Madrid. 2: Facultad De Medicina. Universidad De Salamanca

Introducción

El abuso sexual ocurrido durante las primeras etapas de la vida deja secuelas permanentes que podrían ser prevenidas o al menos minimizadas si se pudiese realizar

una intervención temprana. La necesidad de un diagnóstico precoz es algo que resulta obvio y el objetivo de nuestro trabajo es proponer basarnos en la psicopatología que presente la víctima como uno de los principales métodos de detección del abuso previo.

Metodología

Se estudian los motivos de consulta y sintomatología presentada por cinco pacientes abusados sexualmente, un varón y cuatro niñas, comprendidos entre los 9 y los 15 años de edad.

Resultados

Los motivos de consulta y síntomas que presentaban los cinco pacientes no parecían tener relación, en principio, con abusos sexuales aunque una cuidadosa anamnesis y exploración clínica detectó que se habían producido. Cuatro de los pacientes fueron diagnosticados de Trastorno por Estrés Postraumático como consecuencia del abuso sexual y a una quinta se le diagnosticaron Crisis Disociativas relacionadas con repetidas violaciones sufridas previamente.

Conclusiones

1º.- Es necesario tener en cuenta la posibilidad de victimización sexual en pacientes pediátricos con síntomas y signos de estrés postraumático o episodios disociativos si no se encuentra otra explicación somática o psiquiátrica de los mismos. 2º.- Ante la constatación de abusos sexuales, es preciso denunciar el caso a los Servicios Sociales de Protección al Menor con objeto de parar el abuso además de tratar adecuadamente, a corto y a largo plazo, sus consecuencias psiquiátricas.

NÚM: 26

Síndrome de Edwards parcial en un caso de trastorno negativista desafiante

Francisco de Sande Díaz¹; Cristina León Quintana²; Sofía Gómez Pérez¹; Sabrina González³; Jose Ramón Gutiérrez Casares⁴

1: USM Niños y Adolescentes Lanzarote. Arrecife. 2: Hospital General de Lanzarote. 3: Hospital de Día Infante Juvenil Gran Canaria. 4: USM Niños y Adolescentes Badajoz

Introducción

El Síndrome de Edwards parcial es extremadamente raro, no encontrando una asociación con el trastorno de

conducta en los casos revisados en la literatura publicada hasta el momento.

Metodología

Presentamos el caso clínico de un varón de 14 años de edad que acude a consulta por trastornos de conducta (TC) en el medio familiar y escolar. Como antecedentes personales destacan: ingreso en unidad de psiquiatría en su país de origen por TC, tratado con carbamazepina, sin éxito, otitis de repetición y miopía. No antecedentes familiares de interés. Desestructuración familiar marcada. A la exploración física destaca: facies dismórfica (orejas de implantación baja y malformadas, micrognatia) y pectus excavatum. Resto sin hallazgos. Exploración mental: parcialmente colaborador, trastorno de lenguaje expresivo, rigidez cognitiva, dificultades para la abstracción, problemas de conducta tanto en el medio escolar como familiar, con marcada desinhibición, oposicionismo y desorganización conductual. No sintomatología psicótica o afectiva. Retraso mental (no evaluado mediante pruebas psicométricas).

Resultados

Se solicitaron estudios complementarios de imagen y cariotipo detectando una duplicación directa del brazo largo de uno de los cromosomas del par 18 (46, XY dup18 q11.2q12.2). No se pudo realizar estudio genético de progenitores por vivir en otro país.

Conclusiones

Consideramos importante el estudio genético de casos en los que los trastornos de conducta vayan asociados con rasgos dismórficos y/o retraso mental.

NÚM: 27

Psicoprofilaxis en la infancia y adolescencia de las conductas adictivas adultas

Jose Luis Jiménez Hernández; Mercedes López Rico

1: CSM Arganzuela. Hospital Doce De Octubre. Madrid. 2: Dpto. Fisiología Y Farmacología. Facultad De Medicina. Universidad De Salamanca

Introducción

Las conductas compulsivas observadas en la infancia y adolescencia respecto de la alimentación y/o consumo de sustancias, así como las recientes descripciones de conductas de abuso a los juegos cibernéticos o incluso a

16 las redes de contacto en Internet, están con toda probabilidad en la base del riesgo futuro de una enfermedad adictiva en el adulto. En el presente trabajo se trata de definir los aspectos que se muestran comunes en este tipo de comportamientos para intentar aproximar un diagnóstico y con objeto de planificar un abordaje psicoterapéutico apropiado que prevenga la consolidación futura de estas conductas en una verdadera adicción.

Metodología

Se estudian y comparan las características y evolución de un varón de 14 años de edad que presentaba conductas compulsivas de video-juego sin otra psicopatología asociada y una adolescente de 16 años que había desarrollado un uso abusivo de Internet, comorbido con un Trastorno de la conducta alimentaria.

Resultados

Ambos pacientes cumplían criterios de riesgo para los comportamientos compulsivos descritos. Mientras que el primero evolucionó sin más problemas con una buena respuesta al tratamiento psicoterapéutico individual y terapia cognitivo-conductual de breve duración, la segunda precisó para resolverse la utilización de psicofármacos, terapia de grupo y una intervención mucho más activa con su grupo familiar.

Conclusiones

Dada la dificultad de predecir a priori la evolución de las conductas compulsivas objeto del estudio, resulta fundamental el tratamiento para evitar en lo posible su consolidación futura

NÚM: 28

Protocolo de prevención de comportamientos agresivos en una muestra de adolescentes con trastorno mental severo ingresados en un hospital de día de adolescentes

Pilar Solé Vigil

Hospital de día de adolescentes - Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

Introducción

Presentación del protocolo de prevención de comportamientos agresivos en adolescentes atendidos en un Hospital de Día de Adolescentes(HDA).

Metodología

Se analizan cualitativamente 42 episodios agresivos, aparecidos durante los dos años de funcionamiento del HDA, en 51 pacientes, de edades comprendidas entre 12 y 17 años. A partir del análisis funcional de estos casos (antecedentes y consecuencias de la conducta) se elabora un protocolo de prevención y manejo del comportamiento agresivo.

Resultados

Los casos que han presentado comportamientos agresivos se describen como varones, con trastorno mental severo (TMS, comorbilidad psiquiátrica y que han presentado signos previos de la conducta agresiva (incumplimiento de órdenes y normas, inquietud motriz, referencia de estresores)

Conclusiones

El análisis funcional de los comportamientos agresivos ha permitido desarrollar un protocolo de prevención y manejo de conflictos (detección inicial de signos e iniciación inmediata de la intervención psicosocial: control de estímulos, manejo de contingencias y de emociones) que ha disminuido la incidencia de episodios de descontrol conductual.

NÚM: 29

Time out

Jordi Muntané Ruiz

HPU Pere Mata. Reus

Introducción

Consiste en lograr que el paciente no emita determinadas conductas, para lo cual debe asegurarse que no obtenga ningún tipo de reforzamiento ante la emisión de las mismas. Para ello, o bien se retiran las condiciones del medio que permiten la obtención de refuerzos o bien se retira a la persona del medio. Como objetivos tendríamos: Disminuir conductas inadecuadas y controlar situaciones de pataletas importantes, rabietas, estados de agitación, agresividad, insultos o comportamientos en los que el adolescente corre el riesgo de hacerse o hacer daño.

Metodología

estudio realizado con 66 pacientes ingresados durante el 2008 en nuestra unidad, en él, se diferencian el tipo de pacientes entre psicóticos y conductuales y se muestra la efectividad de nuestra experiencia con el time out.

Resultados

de 66 pacientes, el 62,1% son conductuales y el 37,9% son psicóticos. Al 63,4% de los conductuales se les ha aplicado el time out y ha sido efectivo en un 30,8%. Del 32% de los psicóticos que se les ha aplicado, ha sido efectivo en un 75%.

Conclusiones

En pacientes conductuales es una técnica habitual, pero es preciso utilizar otras técnicas de refuerzo para conseguir nuestros objetivos, en psicóticos es una técnica más efectiva, pero menos precisa.

NÚM: 30

Terapia ocupacional en el hospital de día infantojuvenil de salud mental: una revisión bibliográfica de los enfoques de intervención

Cristina Rubio Ortega; María José Aibar Luis; Matilde Martínez Moneo; María Angeles Vergara Aguirre; María Victoria Esparza Paternain; María Del Carmen Gortari Fraile

Hospital De Día Infanto-Juvenil "Natividad Zubieta". Pamplona

Introducción

La premisa básica de la Terapia Ocupacional(TO) es que la "Ocupación" es el núcleo fundamental de la intervención. Desde esta perspectiva, se hace especial hincapié en la importancia que tiene la actividad como medio en el desarrollo y la existencia del ser humano. La esencia del tratamiento de la TO es el análisis y evaluación del impacto de la disfunción en la ocupación y en el uso de la ocupación (actividades, tareas, y/o desarrollo de roles) como herramientas para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función. Muchos de los niños o adolescentes con trastorno mental grave, pueden presentar problemas en su desempeño ocupacional (conductas disruptivas, bajo rendimiento escolar, falta de intereses, déficit en habilidades, etc..) que pueden dificultar considerablemente su adaptación al medio sociofamiliar, así como su adecuada integración al mundo escolar o laboral. El objetivo de este trabajo es describir las funciones y medios de intervención del Terapeuta Ocupacional en el tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia dentro de un recurso de hospitalización parcial.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la documentación actual disponible sobre este tema, mediante una búsqueda en diferentes bases de datos (Medline, etc,) en los que fundamentar las intervenciones.

Resultados

Se describe las funciones y medios de intervención del Terapeuta Ocupacional en el proceso de tratamiento del Hospital de Día infanto-juvenil de Salud Mental. Se describe la metodología de evaluación y las técnicas de intervención en las siguientes áreas: Actividades de la vida diaria, aspectos lúdicos, ocupacionales, etc..

Conclusiones

Se valora necesario establecer y protocolizar líneas de evaluación e intervención eficaces para mejorar la adaptación ocupacional a todos los niveles de los niños y adolescentes con trastorno mental grave.

NÚM: 31

Entrenamiento autorregulación emocional y habilidades sociales: intervención grupal paralela en pre-adolescentes y sus padres

Isabel Martínez Díaz; Marta Simó Guerrero; Lorena Blasco Claros; Leonor Montoliu Tamarit; Teresa Olivert Clement; Lucia Ferrer Ferrer

USMIA. Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia.. Alzira, Valencia

Introducción

La pre-adolescencia es una etapa en la que se preparan cambios importantes para el desarrollo corporal y psicológico del menor. Realizando grupos con ellos y sus padres, hemos pretendido que las fortalezas y debilidades de cada uno puedan de ser trabajadas antes de que la adolescencia las ponga a prueba, fomentando el autoconocimiento gracias al contexto de grupo en que uno se observa a sí mismo, y observa al mismo tiempo a los demás, produciéndose así una retroalimentación mutua entre el mundo y sí mismos.

Metodología

Los grupos realizados de octubre a diciembre del 2008 tenían el objetivo de adquirir las habilidades para mejorar las relaciones intrafamiliares y extrafamiliares, implicando paralelamente a padres e hijos, desde la corres-

18 ponsabilidad familiar, en el proceso de individuación propio de la adolescencia.

Resultados

Agrupamos a pre-adolescentes de diferentes estilos relacionales (perfil más externalizador extrovertido-impulsivo, estilo más introvertido y ansioso) y propusimos actividades de grupo que fomentaran la observación del otro y de sí mismos. Paralelamente, y conscientes de la necesidad de la preparación del sistema donde se mueve, realizamos un grupo terapéutico con los padres titulado "Comunicación parento-filial: como fomentar la autorregulación emocional en los hijos". En ambos grupos se realizaron simultáneamente 5 sesiones de periodicidad quincenal, con metodología y contenidos ajustados a cada uno de ellos, describiéndose de forma detallada en el póster.

Conclusiones

Ambos grupos expresaron una alta satisfacción terapéutica, solicitando la continuidad de los mismos, y consiguiéndose cierto equilibrio objetivo en los estilos relacionales descritos, moderándose ambos perfiles.

NÚM: 32

Eficacia de una terapia de grupo ambulatoria de pacientes adolescentes

Maria Rosario Pérez Moreno; Mata Iturralde; García López; Sánchez Picazo; Otero Pérez

CSM Collado-Villalba. Collado Villalba

Introducción

La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento que puede ayudar a los niños y adolescentes a mejorar la psicopatología propia de esta edad. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia subjetiva de la terapia grupal en pacientes adolescentes en tratamiento ambulatorio.

Metodología

Se elabora ficha de recogida de datos para cada paciente que participó en terapia grupal entre los años 2006 y 2008. el número total de pacientes ascendió a 30, todos entre 14 y 18 años. Se registran tanto datos socio-demográficos como variables en relación al tratamiento: tiempo en terapia; tiempo total en Salud Mental; nivel de motivación. Tras la finalización de la terapia grupal los

pacientes y sus familias rellenaron cuestionario de satisfacción elaborado por los investigadores.

Resultados

A pesar de encontrarnos actualmente a la mitad del proceso, la sensación general subjetiva es de mejoría, aunque estamos a la expectativa de finalizar la recogida total y análisis de los datos para poder evaluarlo.

Conclusiones

La psicoterapia grupal es un proceso complejo y rico que puede reducir los síntomas, proveer intuición y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida del niño o adolescente. Esta terapia puede ser especialmente muy útil en ámbito ambulatorio.

NÚM: 33

Intervenciones en el síndrome alcohólico fetal

Josué Monzón Díaz'; Óscar Herreros Rodríguez'; Francisco Sánchez García'; Belén Rubio Morell'; Myriam Monzón Díaz'; Elisa García Parra'; Francisco Trujillo Carrillo'; Laura Ruiz Quintanal'; Ramón Gracia Marco'

1: Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. (Tenerife). 2: C.E.O. Andrés Orozco. Tenerife. 3: S.M.E.B. Osakidetza

Introducción

El SAF afecta a un tercio de hijos de madres alcohólicas. Se caracteriza por retraso del crecimiento prenatal, anomalías menores, y signos relacionados con el SNC. La incidencia del síndrome de alcoholismo fetal es aproximadamente 0,5 por cada 1000 nacidos vivos.

Metodología

Pretendemos realizar una revisión bibliográfica sobre las intervenciones en niños y adolescentes con SAF y trastornos del neurodesarrollo.

Resultados

Marcus Institute: se centra en el programa de Capacitación según Normas Conductuales. University of Washington: explora dos modelos de intervenciones: individualizada y de comunicación social. University of Oklahoma: Terapia de Interacción con los Padres University of California: Capacitación en área de destrezas sociales con la ayuda de los padres, con particular atención al desarrollo de relaciones. 152 Children's Research Triangle: programa de habilitación neurocognoscitiva como parte de estrategia de intervención sistemática para niños expuestos al alcohol. En la actualidad, las intervenciones

en los niños con SAF/ARND son a menudo no específicas, no sistemáticas y a veces carecen de evaluación y validación científicas.

Conclusiones

Diseñar un sistema con una metodología de vigilancia, con múltiples fuentes, que permita determinar la prevalencia del SAF. Mejorar la capacidad de verificación de casos de SAF y generar datos a partir de la vigilancia. Establecer relaciones con instituciones o programas que atiendan a niños con SAF. Evaluar la integridad de la metodología del sistema de vigilancia, habilidad para generar una tasa de prevalencia del SAF y potencial para monitorizar las tendencias, Poner en práctica programas de capacitación y educación sobre el SAF para profesionales de la salud.

NÚM: 34

Jóvenes usuarios frecuentes de centros de asistencia primaria; asociaciones con variables médicas, psicológicas y socio-demográficas en una muestra comunitaria de adolescentes británicos

Mar Vila Grifoll; Tami Kramer; Elena Garralda

Research Fellow. Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College. Londres. Reino Unido

Introducción

El uso frecuente de los Centros de Asistencia Primaria (CAP), tanto en población adulta como en población infantil, se ha visto relacionado con problemas médicos, pero también con variables psicológicas y sociales. Hay pocos estudios en población adolescente. Objetivo: identificar aquellos factores que están asociados con el uso frecuente de CAP en una muestra comunitaria de adolescentes británicos.

Metodología

Este es un estudio transversal en una muestra de estudiantes (11-16 años) de una escuela de Secundaria en el Sur de Londres. Se obtuvieron datos sociodemográficos, médicos, de uso de otros servicios de salud y de síntomas físicos y psiquiátricos mediante cuestionarios auto administrados. Se compararon aquellos adolescentes que en el

año anterior habían visitado el médico de cabecera 4 ó más veces (usuarios frecuentes), con los que lo habían hecho de 0 a 3 veces.

Resultados

1116 estudiantes completaron los cuestionarios, 334 (30%) eran usuarios frecuentes. Cuando se compararon con el resto de la muestra, éstos eran más jóvenes, provenían de clases socioeconómicas inferiores, tenían más enfermedades y habían faltado más días al colegio. Habían visitado con más frecuencia otros centros de salud y tenían más síntomas psicológicos en los cuestionarios auto administrados. Se realizó una Regresión Logística para ver que variables predecían de forma independiente el uso frecuente de CAP.

Conclusiones

Factores médicos, pero también la asistencia al colegio y variables psiquiátricas, están ligados al uso frecuente de los CAP, y requieren mayor atención en adolescentes que visitan frecuentemente el médico de cabecera.

NÚM: 35

Metodología y práctica psiquiátrica infanto-juvenil en un centro de salud mental

Jose Luis Jimenez Hernandez¹; Pilar Pérez Diaz¹; Lorena Herrero Herrero¹; Gregoria Arias Herance¹; Mercedes López Rico²

1: CSM Arganzuela. Hospital Doce De Octubre. Madrid. 2: Dpto. Fisiología Y Farmacología. Facultad De Medicina. Universidad De Salamanca

Introducción

La intervención psiquiátrica en la población infantil es una necesidad que cada día se comprueba más importante para mejorar su protección y cuidado. Desde un servicio ambulatorio de Salud Mental infanto-juvenil, se muestra el trabajo clínico, diagnóstico y terapéutico que habitualmente se desarrolla, las intervenciones psico-educativas y las coordinaciones practicadas con los agentes que actúan en el proceso.

Metodología

Se han estudiado las características de los pacientes atendidos por primera vez en consulta ambulatoria durante el periodo comprendido entre Noviembre del 2007 y

20 Abril del 2008. Se ha revisado la metodología y práctica de coordinación, realizada desde nuestro Centro con los equipos pediátricos, educativos y sociales de zona, durante los últimos cuatro años.

Resultados

En los seis meses referidos se atendieron 147 pacientes nuevos. En apoyo de la intervención terapéutica se realizó trabajo de coordinación con Centros Educativos y Servicios Sociales en 144 de los casos (98%), extendiéndose durante los últimos cuatro años a 1176 pacientes en total.

Conclusiones

1ª.- La atención psiquiátrica es una necesidad comprobada que se refuerza desde la primera consulta con la práctica de una cobertura de coordinación con los agentes de salud, los Centros Educativos y los Servicios Sociales implicados en la atención de nuestros pacientes.
2ª.- Se plantea un modelo de coordinación que sirva para desarrollar en el futuro un sistema global y multidisciplinario de prevención, protección y tratamiento para los niños y adolescentes que cuidamos habitualmente.

NÚM: 36

Abordaje terapéutico multimodal en el hospital de día de adolescentes de Mútua de Terrassa: un trabajo en equipo

M. Rodó Amat; M. Parera Turull; L. Moral Navarro; L. Martínez Fresneda; I. Roquero Rodríguez; S. Montaña Ponsa; A. Hervás Zúñiga

Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

Introducción

El Hospital de Día ofrece un espacio de acogida en el cual los adolescentes reciben diversos tipos de terapias y actividades orientadas a dar una cobertura sanitaria, familiar, educativa y social. El Equipo Multidisciplinar acompaña a los usuarios dándoles apoyo durante su ingreso, y está formado por Psiquiatras, Psicólogas, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermera, Educadora Social, Maestro y Pedagogo Terapéutico. El póster describe detalladamente las tres áreas básicas (clínica, social y educativa) que trabajamos con los adolescentes.

Metodología

Tras el ingreso se procede a evaluación psiquiátrica, entrevista diagnóstica semiestructurada (Kiddie-Sads) y batería neuropsicológica, valoración de enfermería, psicosocial y educativa, y en reunión conjunta del equipo se elabora el PTI (Plan Terapéutico Individual). A través del PTI el equipo consensúa unos objetivos comunes clínicos, sociales y educativos. Esto permite que cada profesional pueda trabajar de una forma más eficiente y operativa según el área a la que pertenece, pero siempre coordinado con el resto del equipo. Este trabajo conjunto se extiende también a la red comunitaria, facilitando así la inserción del adolescente en su entorno social. Durante el ingreso se realiza una evaluación continuada e individual, adaptando y flexibilizando las intervenciones según las necesidades clínicas del paciente. Una vez finalizado cada ingreso se realiza un seguimiento post-alta.

Resultados

Se describe el funcionamiento del dispositivo.

Conclusiones

El abordaje multimodal e intensivo a tiempo parcial de pacientes psiquiátricos favorece la adaptación psicosocial y educativa.

NÚM: 37

Pacientes atendidos en un hospital de día de adolescentes en un período de 2 años

Sílvia Montaña Ponsa; Ester Ventura Mallofré; Amaia Hervás Zúñiga

Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

Introducción

Realizar un estudio descriptivo de los pacientes dados de alta en un Hospital de Día de Adolescentes (HDA) de Terrassa desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2008.

Metodología

Se han reclutado un total de 51 pacientes de edades comprendidas entre 12 y 17 años con diagnósticos psiquiátricos que requirieron tratamiento multimodal e intensivo de HDA. En un trabajo adjunto se describe las características clínicas y sociodemográficas de esta muestra. Se estudian las variables de EEAG, escolariza-

ción y curso escolar, adaptación familiar y socialización valorados al ingreso y al alta a través de registros y cuestionarios, CI y presencia o no de seguimiento posterior.

Resultados

Se objetiva un notable incremento en la puntuación en la escala EEAG, la mayoría ha podido volver a la escuela o integrarse en dispositivos laborales o prelaborales, han mejorado sus relaciones sociales, han disminuido los conflictos familiares, y un elevado porcentaje de ellos sigue adecuadamente vinculado a algún Servicio de Salud Mental. Pendiente de valoración de los resultados.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes se ha beneficiado del tratamiento rehabilitador psicosocial y presenta cambios positivos en las medidas analizadas de adaptación. La mayoría de ellos siguen control psiquiátrico tras el alta.

NÚM: 38

Taller de intervención familiar: aplicación de la Terapia Familiar Sistémica en una Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Marta Simó Guerrero; Lorena Blasco Claros; Isabel Martínez Díaz; Leonor Montoliu Tamarit; Teresa Oliver Clement; Lucía Ferrer Ferrer.

USMIA. Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia. Alzira, Valencia

Introducción

Desde nuestra Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA), consideramos necesario integrar en nuestra práctica clínica la Terapia Familiar Sistémica. Este interés surge por una formación común de las profesionales y por la experiencia compartida de lo insuficiente de abordajes más centrados en un miembro de la familia, especialmente con niños y adolescentes. Ello nos ha llevado a iniciar un proyecto denominado Taller de Intervención Familiar, con el cual perseguimos un doble objetivo, uno de tipo asistencial y otro de tipo formativo-práctico para todos los profesionales del área y residentes.

Metodología

Para la realización de este proyecto contamos con un recurso material básico, una sala con espejo unidireccio-

nal y con un equipo responsable con formación específica. Se llevarán a cabo intervenciones limitadas de 4-5 sesiones, de orientación, 150 desde un marco estructurado y formal de Terapia Familiar Sistémica. Los casos serán derivados inicialmente desde la USMIA, y posteriormente a demanda de todo el Servicio.

Resultados

Este proyecto que iniciamos esperamos que implique una mejoría en la evolución de los casos y una mayor satisfacción y preparación de los profesionales participantes.

Conclusiones

La práctica formal de la Terapia Familiar no es habitual en el Sistema Público de Salud, pero cada vez más profesionales muestran su interés en este tipo de abordaje y van integrando en su práctica esta perspectiva. Desde nuestra USMIA consideramos que el proyecto iniciado supondrá una mejora en la calidad de nuestra asistencia y proporcionará a su vez un espacio formativo-práctico de especial utilidad.

NÚM: 39

Análisi descriptivo de los pacientes de una unidad de salud mental infantojuvenil

Maria Purificación Carrjcajo Lobato; Milagros Fuentes Albero; Ana Belen Martí Martínez; Francisco Miguel Fenollar Iváñez

Hospital General Universitario De Elche. Elche (Alicante)

Introducción

Analizar el perfil de pacientes atendidos en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, es un tema que ha ido adquiriendo importancia, debido al incremento de la demanda de tratamiento para niños y adolescentes con problemas mentales y a que es un parámetro esencial en la evaluación de la calidad de la asistencia. Presentamos un estudio descriptivo de los pacientes atendidos durante un año en una Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil.

Metodología

Revisión de las historias clínicas de los pacientes que han sido atendidos en la Unidad durante 1 año.(124 pacientes) Se han evaluado distintas variables como edad, sexo, diagnóstico y opción terapéutica, diferenciando entre pauta farmacológica o psicoterapia.

Resultados

Las edades comprendidas entre 14 y 17 años acumulan la mayoría de las consultas con un 33% de las mismas, disminuyendo progresivamente conforme disminuye la edad. El TDAH fue el diagnóstico más frecuente, seguido por los trastornos de conducta, el trastorno depresivo, la ansiedad y el retraso mental. En cuanto a la opción terapéutica empleada el 66% de los pacientes recibieron tratamiento farmacológico en la primera entrevista.

Conclusiones

Estos datos nos aportan las claves del perfil de paciente que es derivado para valoración a una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, destacando como patología principal el TDAH. Es importante valorar que el porcentaje mayor de pacientes, dos tercios, reciben tratamiento con psicofármacos, dato que correspondería en mayor medida a que el tratamiento de elección en la patología más prevalente en nuestra unidad (el TDAH) es el farmacológico.

NÚM: 40

TDAH: tratamiento farmacológico y respuesta terapéutica

Inés García Martín¹; César Soutullo Esperón¹; Juan J. Marín Méndez²; Ana Figueroa Quintana¹; Pilar Gamazo Garrán²; Inmaculada Escamilla Canales²; Laura Baras Pastor

1: Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. 2: Clínica Universidad de Navarra en Madrid

Introducción

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia. La prevalencia en la población general es del 2 al 5 %. Es más frecuente en varones (ratio niño:niña de 4:1 para el tipo hiperactivoimpulsivo y de 2:1 para el tipo inatento) El coeficiente de heredabilidad es de 0,76. El tratamiento incluye medicación, psicoeducación/entrenamiento a los padres y apoyo escolar. La comorbilidad asociada se sitúa en torno al 75%. El trastorno más frecuentemente asociado es el TND.

Metodología

Se reclutaron progresivamente hasta 44 pacientes diagnosticados de TDAH (DSM-IV) procedentes de consultas externas de la unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra, para

incluirlos en un estudio genético. El periodo de evolución de los síntomas era mayor a 2 años y la edad en el momento del diagnóstico mayor o igual a 7 años . Después de dar su consentimiento informado y firmarlo, se les pidió una muestra de saliva y rellenar unos cuestionarios Rating Scale- IV.

Resultados

Incluimos 44 pacientes: 33 (77,3%) niñas y 10 (22,7%) niños. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 10 años. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la inclusión en el estudio fue de 4 años. 22 (50%) fueron diagnosticados de subtipo combinado 20 (47,5%) de subtipo inatento, y 2 (2,5%) de subtipo hiperactivo-impulsivo. 13 (29,5%) tenían antecedentes psiquiátricos familiares de los cuales 3 (23%) eran antecedentes familiares de TDAH. Todos recibieron tratamiento farmacológico. 33 (75%) presentaron una buena respuesta y 11 (25%) una mala respuesta al tratamiento. 25 (56,8%) obtuvieron una normalización de los síntomas y 19 (43,2%) no obtuvieron una normalización de los síntomas. 6 (13,6%) respondieron con un solo tratamiento, 20 (45%) precisaron 2 tratamientos (el actual y otro previo), 9 (20,5%) precisaron 3 tratamientos (el actual y dos previos) y 9 (20,5%) precisaron 4 tratamientos (el actual y tres previos) .16 (33,4%) tenían comorbilidad asociada, de los cuales 6 (37,5%) tenían TND, 3 (18,75%) Trastorno de ansiedad, 1 (6,25%) Trastorno del aprendizaje y 6 (37,5%) otros diagnósticos.

Conclusiones

1- Tras un periodo de seguimiento medio de 4 años, el 75% de los pacientes presentaron una buena respuesta al tratamiento y el 56,8% obtuvieron normalización de los síntomas 2- Esta buena respuesta se obtuvo en el primer intento terapéutico, sólo en el 13,6% de los pacientes. El 45% precisó dos pruebas terapéuticas, el 20,45% tres pruebas y el 20,45% cuatro pruebas.

NÚM: 41

Enuresis y TDAH en una muestra ambulatoria de salud mental infanto-juvenil

Carmen Naranjo Diaz

Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

Introducción

La enuresis representa un trastorno común en la población infantil. Entre el 15-20% de los niños de 5 años presentan enuresis, pudiendo dar lugar a consecuencias negativas como ansiedad, disminución de la autoestima e interferencia en las relaciones sociales, si no se realiza una intervención adecuada. Dada la alta comorbilidad entre enuresis y TDAH observada en la práctica clínica, hemos encontrado de interés realizar un estudio observacional descriptivo. El objetivo principal es determinar la prevalencia de TDAH en los usuarios diagnosticados de enuresis. Los objetivos específicos son describir las principales variables que configuran el perfil de la muestra, enumerar la incidencia de los distintos tipos de enuresis y describir la influencia del tratamiento farmacológico del TDAH en la remisión de la sintomatología de enuresis.

Metodología

Estamos realizando un estudio observacional descriptivo retrospectivo en una muestra de 90 niños con enuresis, con edades entre 5 y 18 años, visitados en consultas externas de Salud Mental Infanto-Juvenil, en el periodo de 1 año.

Resultados

Se recogerán y valorarán de forma descriptiva y cuantitativa las diferentes variables: tipo de enuresis, antecedentes familiares de enuresis, comorbilidad con TDAH y su tratamiento farmacológico, mejoría de enuresis tras inicio de tratamiento del TDAH en casos comórbidos.

Conclusiones

Se espera encontrar una alta prevalencia de enuresis asociada a TDAH, coherente con la etiopatogenia común (inmadurez cerebral), con una mejoría de los síntomas de enuresis tras iniciar el tratamiento farmacológico del TDAH, posiblemente por una mejora del nivel de alerta.

NÚM: 42

Patrón de comorbilidad y factores que influyen en el seguimiento de adultos del TDAH

Enrique Baca-García¹; Hilario Blasco Fontecilla²; Juan Jose Carballo-Belloso²; Jorge López-Castroman²; Ignacio Basurte-Villamor²; Juncal Sevilla²; Carmen Morant³; Miguel Angel Jiménez-Arriero⁴; Jerónimo Saiz-Ruiz⁵

1: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Molecular imaging and Neuropathology Division, NYS Psychiatric Institute and Comumbia Univesity. New York. USA. 2: Fundación Jimenez Diaz. Universidad Autónoma de Madrid. 3: Departamento De Salud Mental, Consejería Madrid. 4: Departamento De Psiquiatría, Hospital Doce De Octubre De Madrid. 5: Departamento De Psiquiatría, Hospital Ramón Y Cajal, Madrid

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) persiste en la edad adulta, pero menos del 20% de los adultos son diagnosticados o tratados. El principal objetivo es estudiar el patrón de comorbilidad y que factores están relacionados con el seguimiento de adultos en niños o adolescentes con TDAH.

Metodología

En este estudio se usan los datos del registro de casos psiquiátricos de Madrid. Se incluyen todos los pacientes que han llegado a la edad adulta y que tienen más de tres visitas psiquiátricas desde 1992 con diagnóstico CIE-10. Usamos el método de Kaplan-Meier para valorar los datos de supervivencia y el X2 para analizar la significación. Se realizó una regresión logística para ver los efectos de la edad, género, y comorbilidad psiquiátrica en la persistencia del seguimiento en la edad adulta.

Resultados

Nuestros hallazgos se ciñen a los 32183 pacientes que cumplían nuestros criterios de inclusión. 2274 niños (6 niños menores de 2 años, 262 pre-escolares, 1365 niños de 6-12 años, y 641 adolescentes) fueron diagnosticados de TDAH. Tenían un menor riesgo de “Esquizofrenia, trastornos esquizotípico y trastornos delirantes” (OR=0.585, 95% CI=0.458-0.747), “Trastornos afectivos” (OR=0.449, 95% CI=0.376-0.536), “Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos” (OR=0.508, 95% CI=0.464-0.555), y “Trastornos del comportamiento asociados a perturbaciones fisiológicas y factores físicos” (OR=0.594, 95% CI=0.517-0.682) comparado con pacientes sin TDAH. A la inversa, tenían un riesgo mayor de “retraso mental”(OR=2.228, 95%

24 CI=1.898-2.615), y de “trastornos del desarrollo” (OR=2.587, 95% CI=2.319-2.887). Los factores que predecían el seguimiento en los servicios de salud mental de adultos eran ser mayor de 12 años en la primera evaluación psiquiátrica (OR=3.888, 95% CI=2.386-6.335) y presentar comorbilidad con varias categorías diagnósticas de la CIE-10.

Conclusiones

El diagnóstico del TDAH se asocia al retraso mental y a los trastornos del desarrollo. La comorbilidad y una mayor edad se asocian a un riesgo incrementado de seguimiento de adultos.

NÚM: 43

Diferencias de género en el TDAH infantil en un estudio naturalista europeo durante 2 años: resultados del estudio Adore

Amaia Hervás; Schacht; Lorenzo

1: Unidad de Salud Mental Infantil y juvenil. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa.Barcelona. 2: Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg, Germany. 3: Eli Lilly and Company, Lilly Research Centre, Windlesham, Surrey, UK

Introducción

Examinar las posibles diferencias en género a lo largo de dos años en la sintomatología principal del TDAH y en calidad de vida de los niños que participaban en el estudio «ADHD Observational Research in Europe (ADORE)».

ADORE es un estudio prospectivo, longitudinal, observacional durante dos años que incluye 1478 niños (edad 6-18). Los pacientes se incluyeron si en opinión del investigador mostraban síntomas de hiperactividad, inatención, impulsividad. La evaluación se realizó utilizando una variedad de escalas entre las que se incluyen ADHD-Rating Scale-IV (ADHD-RS), Clinical Global Impression-ADHD severity scale (CGI-S), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Child Health and Illness Profile-Child edition (CHIP-CE) entre otras. El efecto del género al de dos años de seguimiento se examinó utilizando modelos para medidas repetidas

Resultados

Al inicio del estudio, información del género estaba disponible para 231 niñas y 1222 niños con una retención

del 51.1% y 54.3% respectivamente al de dos años. Todas las variables de seguimiento mejoraron para los dos géneros. Algunas de las diferencias significativas entre género observadas fueron: las niñas tuvieron puntuaciones más altas que los niños para el SDQ dimensión de conducta prosocial ($p<0.05$ para todas las visitas excepto la visita 5), como para la dimensión de evitación del riesgo del CHIP-CE ($p<0.05$ para todas las visitas). Los niños puntuaron más alto que las niñas en la dimensión de confort del CHIP-CE. Cuando se controló por el número de comorbilidades, las niñas mostraban mayor severidad de síntomas reflejado por puntuaciones más altas totales y de inatención en el ADHD-RS comparadas con los niños para la mayoría de las visitas.

Conclusiones

En el estudio ADORE se observaron muy pocas diferencias en género en los resultados al de dos años

NÚM: 44

Disfunción específica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad comparado con el trastorno obsesivo compulsivo en niños en la corteza prefrontal inferior durante la ejecución de dos tareas de control inhinatorio

Katya Rubia; Ana Isabel Cubillo Fernández; Rozmin Halari; James Woolley; Anna Smith; Mick Brammer
Institute of Psychiatry. Londres

Introducción

La presencia de una disfunción inhibitoria es el elemento fenotípico esencial tanto a nivel cognitivo como a nivel conductual en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), así como en el Trastorno obsesivo Compulsivo (TOC). Ambos han mostrado déficits en tareas de inhibición motora y de flexibilidad cognitiva, y alteraciones en áreas fronto-estriadas durante su ejecución. Este estudio investiga los aspectos comunes y diferenciales en las redes funcionales neurales en adolescentes con TDAH y adolescentes con TOC, con el fin de identificar marcadores biológicos neurofuncionales específicos para cada trastorno.

Metodología

Se utilizó resonancia magnética funcional para comparar la activación cerebral en 18/12 adolescentes (Stop/Switch) con diagnóstico clínico de TDAH, 10 adolescentes con TOC y 20 controles sanos durante la ejecución de una tarea de Stop de inhibición motora, y una tarea de cambio (Switch), que mide flexibilidad cognitiva. Para el análisis de los datos de neuroimagen utilizamos métodos de análisis de permutación (XBAM).

Resultados

El grupo diagnosticado de TDAH muestra durante ambas tareas y de manera específica una reducción significativa de la activación en el córtex prefrontal inferior derecho, además de en el núcleo caudado izquierdo y en el córtex cingulado anterior durante la tarea de flexibilidad cognitiva. Ambos grupos de pacientes muestran además una disfunción compartida al ser comparados con el grupo control, con una menor activación en las cortezas orbitofrontal derecha y dorsolateral izquierda durante la tarea de inhibición motora.

Conclusiones

Los pacientes con TDAH comparados con aquellos con TOC muestran tanto disfunciones específicas como compartidas. La disminuida activación en el córtex prefrontal inferior derecho durante tareas de control inhibitorio es la alteración más típica de TDAH, que además se encontró específica para TDAH al ser comparados con trastornos de conducta. El hecho que esta alteración neurofuncional se muestra igualmente específica para TDAH al ser comparados con pacientes con TOC, podría indicar que la anomalía en la corteza frontal inferior es un marcador biológico neurofuncional específico del TDAH.

NÚM: 45

Propiedades psicométricas del rest de Cloninger en la detección de los trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Francisco Carlos Ruiz Sanz¹; Clara Herráez de Valmaseda²; Olvido Granada Jiménez³; Antonio Pelaz Antolín⁴

1: Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. 2: CSM Chamartin. Madrid. 3: Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. 4: CSM Alcalá de Henares. Madrid

Introducción

Los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador engloban un grupo diagnóstico de gran prevalencia. La detección de estos trastornos implica evaluar a grandes grupos, por lo que se requieren instrumentos rápidos, sencillos, cómodos y fiables. Las pruebas autoaplicadas en muchos casos reúnen estas características pero lamentablemente no se usan con frecuencia para menores con esta problemática. OBJETIVOS Evaluar la capacidad de una prueba autoaplicada como es el Inventario Infanto-Juvenil de Temperamento y Carácter de Cloninger (Junior Temperament and Carácter Inventory-JTCI) para discriminar la presencia de trastorno de conducta.

Metodología

Se recogen los datos de 93 menores entre 9 y 13 años que acudieron por primera vez a 3 unidades de salud mental infanto juvenil de Madrid, Toledo y Palencia. A todos ellos se les pidió que cumplimentaran el test de Cloninger en la primera consulta. Los pacientes fueron diagnosticados según los criterios DSM IV y distribuidos en los siguientes grupos G 1. Trastorno de conducta sin clínica de TDAH. G2 TDAH subtipo combinado + hiperactivo impulsivo. G3 TDAH sub tipo inatento, G4 Otros trastornos psiquiátricos y G5 menores sin diagnóstico psiquiátrico. Se analizaron la totalidad de subescalas del test de cloninger seleccionándose: BN (búsqueda de novedad), ED (evitación del daño), DR (dependencia a la recompensa), C (cooperación), y P (persistencia). Mediante un análisis de probabilidad se establecieron puntos de corte para cada sub escala y procedimiento. La sensibilidad y la especificidad se determinaron mediante el programa de evaluación de pruebas diagnósticas v 1.0.2 de Javier Zamora y Víctor Abaira.

26 Resultados

Con el algoritmo propuesto $BN > 10$, $ED < 12$, $DR < 7$ y $C < 17$ $P < 6$ el test de Cloninger mostró una sensibilidad del 83,33% y una especificidad del 94,95% para detectar trastorno de conducta sin TDAH asociado. Con el algoritmo $BN > 3$ $DR < 9$ $ED < 15$ $C < 19$ y $P < 6$ el test mostró una sensibilidad del 81,58% y una especificidad del 45,45% para diferenciar TDAH y no TDAH con y sin diagnósticos asociados. Con el algoritmo $BN > 4$, $DR < 8$ $ED < 15$ $C < 18$ y $P < 6$ el test mostró una sensibilidad del 77,27% y una especificidad del 73,47% para discriminar trastorno de conducta y TDAH de otros trastornos psiquiátricos y de los sujetos controles. Por último, con el algoritmo $BN > 4$, $ED < 14$ $DR < 8$ y $C < 19$ y $P < 6$ el test mostró una sensibilidad del 85,71% y una especificidad del 56,92% para diferenciar 201 trastornos de conducta y TDAH combinado vs TDAH inatento, otros trastornos psiquiátricos y controles

Conclusiones

Aunque serían deseables nuevos estudios que repliquen nuestros hallazgos, los resultados de este trabajo indican que con los algoritmos propuestos el test de cloninger podría ser un instrumento auto aplicado en la detección de trastorno de conducta asociados o no a TDAH.

NÚM: 46

Respuesta al tratamiento farmacológico tras un seguimiento medio de 26 meses en 302 niños y adolescentes con TDAH

Ana Figueroa Quintana¹; Azucena Díez Suárez²; César Soutullo Esperón¹; Carolina Machiñena Gracia¹; Inmaculada Escamilla Canales³

1: Clínica Universidad de Navarra. Pamplona / Navarra. 2: Hospital Virgen del Camino (Servicio Navarro de Salud). 3: Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción

El tratamiento farmacológico del TDAH es efectivo en 70-80% de los pacientes. En torno al 60-80% de los pacientes presenta comorbilidad psiquiátrica por la que puede necesitar medicación. Objetivos: Evaluar la efectividad y tolerabilidad de la medicación en niños y adolescentes con TDAH.

Metodología

Incluimos todos los pacientes <19 años con TDAH (DSM-IV-TR) valorados en Consultas Externas (2000-2007) en la Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra. Nota: comercialización de los fármacos en España, metilfenidato liberación inmediata (MLI): previo al inicio del estudio, metilfenidato liberación prolongada (MLP): 2004, atomoxetina (ATX): 2007, antes disponible como medicación extranjera, metilfenidato liberación sostenida: 2007.

Resultados

248 (82,1%) varones, edad media 11,3 (3,2) años. TDAH Combinado: 201 (66,5%), Inatento 98 (32,5%), Hiperactivo-Impulsivo 3 (1%). 208 (68,9%) presentaban comorbilidad. El psiquiatra clasificó 278 (92%) como "Moderada o Marcadamente enfermo" (CGI-S) (Descriptiva presentada en otro póster). Tiempo de seguimiento (meses): 26 (15,1,42,6). En algún momento siguieron tratamiento con MLI (n=175), MLP (n=217) y ATX (n=69). Dosis (mg/kg/día) MLI: 0,95 (0,35), MLP: 1,24 (0,41), ATX: 1,24 (0,26). Duración (meses) de tratamiento MLI: 14,83 (6,30, 28,17), MLP: 19,37 (8,95, 28,24), ATX: 8,13 (2,89, 16,40). Efectos secundarios (ES) más frecuentes en los 3 fármacos: hiporexia, insomnio. Se suspendió tratamiento por ES en MLI 34 (19,4%), MLP: 22 (10,1%), ATX: 5 (7,8%). Siguieron tratamiento con benzodiazepinas: 44 (14,6%), ISRS: 36 (11,9%), estabilizador del humor: 33 (10,9%), antipsicótico atípico: 31 (10,3%), reboxetina: 15 (5%), venlafaxina: 10 (3,3%), bupropion: 5 (1,7%). En la última revisión: 209 (69,2%) estaban "mucho mejor" o "bastante mejor", y 64 (21,2%) mínimamente mejor (CGI-I). Diferencias entre primera y última consulta ($p=0,0001$): CGI-S: 4,35 (0,62) y 2,66 (0,96), RS padres-Inatención: 18,03 (5,01) y 10,95 (5,72), RS padres- Hiperactividad-impulsividad: 12,95 (6,84) y 7,02 (4,93), RS padres-Total: 30,95 (9,69) y 17,95 (9,31). Medicación con la que consigue estabilidad clínica: No consigue: 19 (6,3%), Sin medicación: 4 (1,3%), metilfenidato: 196 (64,9%), atomoxetina: 26 (8,6%), metilfenidato + antidepresivo y/o estabilizador y/o antipsicótico: 32 (10,6%), metilfenidato + fármaco 2ª línea para TDAH: 14 (4,63%), Otro(s): 11 (3,67%).

Conclusiones

La medicación de primera línea (metilfenidato y atomoxetina) es efectiva y bien tolerada por los niños y adolescentes con TDAH. Aproximadamente 15% necesitan medicación coadyuvante.

NÚM: 47

Disfunción cerebral fronto-estriada en adultos con diagnóstico infantil de TDAH y conductas de hiperactividad/inatención persistentes durante una tarea de inhibición de la interferencia y asignación atencional

Ana Isabel Cubillo Fernandez; Rozmin Halari; Vicent Giampietro; Eric Taylor; Katya Rubia
Institute of Psychiatry. Londres

Introducción

Estudios de resonancia magnética funcional en niños con TDAH han mostrado la existencia de alteraciones funcionales en áreas fronto-estriadas y temporo-parietales durante tareas de inhibición cognitiva y control atencional. Sin embargo, poco se sabe de los correlatos neurofuncionales de dichas funciones en adultos con TDAH.

Metodología

Combinamos resonancia magnética funcional con una variante de la tarea Simon, la cual evalúa la capacidad de inhibición de la interferencia y la asignación atencional. La muestra de pacientes esta compuesta por 11 (26-30 años) adultos nunca medicados, con diagnóstico de TDAH en la infancia, reclutados de un estudio epidemiológico longitudinal prospectivo. El grupo control esta formado por 15 adultos sanos. Para el análisis de los datos de neuroimagen utilizamos métodos de análisis de permutación (XBAM). En el grupo de pacientes se realizaron análisis de regresión cerebral global con el fin de correlacionar síntomas y activación cerebral.

Resultados

No se observaron diferencias en la ejecución de la tarea. Durante la inhibición de la interferencia, el grupo de adultos con TDAH en la infancia muestran una reducción en la activación en el córtex medial y orbitofrontal izquierdo, putamen y caudado, y durante la asignación de la atención, en áreas de la corteza inferior/ dorsolateral prefrontal izquierda, y en el parietal derecho. Los análisis de correlación cerebral global muestran una correlación negativa entre áreas frontoestriadas, temporo-parietales y cerebelosas y síntomas de hiperactividad/inatención en el grupo de adultos con TDAH infantil.

Conclusiones

Incluso cuando existe una relativa mejora conductual a nivel de los síntomas mostrados por el grupo de pacientes adultos comparado con los que se observan típicamente en niños, los datos muestran la persistencia del patrón de disfunción frontoestriada y parietal implicado en tareas de inhibición de la interferencia y asignación de atención en adultos con diagnóstico de TDAH en la infancia.

NÚM: 48

Valoración de la emoción expresada (EE) en familias de niños y adolescentes con TDAH

Aranzazu Altuna López¹; María Soledad Centeno Collado¹; Maite Ferrín Erdozain¹; Miguel Ruiz Veguilla¹; M^a Dolores Salcedo Marín¹; Josefa M^a Moreno Granados¹; Ana Isabel Ramírez González¹; M^a Luisa Barrigon Estevez¹; Maxine Sinclair²

1: Unidad de Psiquiatría de Neurodesarrollo. Psiquiatría Infanto Juvenil. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. 2: Instituto de Psiquiatría del Maudsley. Londres. Reino Unido

Introducción

La Emoción Expresada (EE) es una medida del ambiente familiar que refleja la cantidad y calidad de las actitudes hacia el paciente por parte de sus familiares, es un reflejo de la atmósfera emocional que vive el paciente en su casa. En el Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) la emoción expresada, en particular los altos niveles de criticismo y la falta de afecto, se ha asociado al pronóstico y la evolución del trastorno (Caspi y cols 2004, Taylor y cols 1996). Una medida para valorar la EE es mediante la aplicación de la escala LEE (Cole & Kazarian, 1988), esta escala evalúa los siguientes parámetros: falta de apoyo, intrusividad, irritabilidad, criticismo y criticismo positivo. El objetivo de este estudio es evaluar la EE en un grupo de padres de niños y adolescentes con TDAH, comparando los resultados obtenidos antes y después de la aplicación de un programa de psicoeducación en este grupo.

Metodología

Se obtuvo una muestra de 18 familias de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH, y pertenecientes al Complejo Hospitalario de Jaén. El diagnóstico se realizó

28 de acuerdo con los criterios DSM IV (APA, 1994) mediante entrevista semiestructurada K-SADS. Las familias estaban incluidas dentro de un estudio clínico randomizado en el que se comparaba la eficacia de un programa de psicoeducación (N=9) (12 sesiones semanales de 90 min, con su psiquiatra, siguiendo un programa estructurado) frente a un grupo control, (N=9) que recibía un número exacto de sesiones en grupos de apoyo. Los niveles de EE se evaluaron mediante la escala LEE, antes y después de dichas intervenciones.

Resultados

En general en ambos grupos encontramos diferencias en los niveles de EE total, así como en las subescalas de falta de apoyo, criticismo, y criticismo positivo, aunque estas diferencias no fueron significativas desde el punto de vista estadístico. Con respecto al grupo control, encontramos una tendencia hacia la significancia ($p=0.056$) para la disminución en la subescala de criticismo, algo que no se observó en el grupo de psicoeducación estructurada.

Conclusiones

La falta de resultados significativos pueden deberse al escaso tamaño de la muestra. Sin embargo, podríamos decir que los programas de intervención psicoeducativa y los grupos de apoyo podrían ayudar en la disminución de la EE que se observa en las familias de niños y adolescentes con TDAH, para extraer conclusiones necesitamos reclutar más familias en nuestro estudio. Conviene destacar que ciertos programas en grupos de apoyo podrían resultar más efectivos que los psicoeducativos a este respecto.

NÚM: 49

Escritura y trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Gemma Ochando Perales
Hospital Infantil La Fe. Valencia

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurocognitivo más frecuente en la infancia. La comorbilidad con trastornos motores ha recibido menor atención por parte de los investigadores que otros problemas que coexisten con el TDAH. La escritura en estos niños está a menudo afectada en comparación con los niños sin TDAH, aunque existen pocos estudios publicados

sobre el rendimiento de la escritura en estos niños, siendo su prevalencia desconocida. OBJETIVOS: Revisar la bibliografía actual sobre escritura en niños con TDAH, su respuesta al tratamiento farmacológico con metilfenidato y presentar imágenes recogidas de tareas escolares en estos niños con y sin tratamiento farmacológico.

Metodología

Revisión bibliográfica en Medline (1999-2009) en niños y adolescentes.

Resultados

Encontramos que 33% presentan trastornos en la coordinación motora, tanto gruesa como fina que se caracteriza por posiciones anómalas de la mano para la escritura. Presentan peor destreza manual, peor calidad en la escritura, son más rápidos y fluidos pero tienen menor precisión que los controles sanos. Presentan más errores de ortografía que puede explicarse por el deterioro de la atención necesaria para la planificación motora. El tratamiento con metilfenidato mejoró la destreza y calidad, la escritura fue menos fluida pero de mayor precisión.

Conclusiones

Los síntomas relacionados con las dificultades de coordinación están relacionados con la inatención, no con la hiperactividad-impulsividad. Se necesitan estudios con mayor número de muestra y medidas estandarizadas de evaluación para conocer la prevalencia. Debemos prestar atención a los problemas de coordinación comórbidos en el TDAH y conocer su impacto negativo en la vida cotidiana.

NÚM: 50

Aceptación del tratamiento en el TDAH y su relación con la adherencia en niños con TDAH. Experiencia del cuestionario CAT-Q

Javier Quintero¹; Marina Aragón²; Natalia García-Campos³; Isabel Miernau⁴; Liliana Amador; Mercedes Loro¹; M.J. Pérez-Templado¹; Fuencisla Pando Velasco¹

1: Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. 2: Hospital Infanta Leonor. Madrid. 3: Clínica Doctor Quintero. Madrid. 4: Instituto Neuroconductual. Madrid

Introducción

En la actualidad, podemos afirmar que no existe una definición consensuada de lo que es adherencia al trata-

miento. Es habitual encontrar en la literatura conceptos como: cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia. Entre otras, una de las definiciones más aceptadas es la de Di Mateo y Di Nicola (1985), los cuales conceptualizan la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Esta adherencia viene determinada, no solo por una conducta, sino por un conjunto de ellas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de una manera continua las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo y por supuesto incorporar conductas saludables. El TDAH es un trastorno de la conducta con una base neurobiológica (Biederman, 2005), que se caracteriza por un desarrollo crónico inapropiado en diferentes grados de inatención, impulsividad y en algunas ocasiones de hiperactividad (Biederman & Faraone, 2005). En su tratamiento la aceptación y adherencia es fundamental para el correcto desarrollo del mismo (aunque no sea una de las áreas más estudiadas), tanto por parte de los padres, que juegan un papel importantísimo para el buen funcionamiento del tratamiento, como por parte de los niños, que en muchas ocasiones son la clave a la hora de desarrollar con éxito o no el tratamiento propuesto.

Metodología

El objetivo de la investigación ha sido evaluar el grado de adherencia, cumplimiento y las actitudes hacia el tratamiento en niños diagnosticados de TDAH basados en los criterios diagnósticos del DSM IV-TR. Para ello se utilizó el cuestionario de Actitudes hacia el Tratamiento (CAT-Q) versión niños, creado para recoger información tanto objetiva como subjetiva sobre los efectos del tratamiento en TDAH. Se evaluaron 231 pacientes repartidos en 4 modalidades de tratamiento: Los que recibían tratamiento con metilfenidato de acción sostenida (MTF-AS) Los que recibían tratamiento con metilfenidato de acción inmediata (MTF-LI) Los que recibían 6 tratamiento con metilfenidato de acción intermedia. (MTF-AI) Y Los que recibían tratamiento con Atomoxetina (ATX)

Resultados

Los resultados obtenidos en el CAT-Q versión niños, nos muestran que con respecto a la adherencia al tratamiento el 67,86% presentan un grado de cumplimiento entre el 90 y el 100% con MTF-LI y mientras que mismo grado de cumplimiento aparecía en el 81,52% de los

pacientes en tratamiento con MTF-AS. Por otro lado se evalúa la percepción que tienen los niños de los efectos del tratamiento farmacológico. Un 64% de los pacientes con MTF-LI esta de acuerdo o muy de acuerdo en que “rinde mejor en el colegio desde que toma la medicación” frente a un 71% de los pacientes con MTF-AS. En el tratamiento de MTF-LI aparece un 72% que responde como falso o muy falso ante la afirmación de que la medicación le hace estar más nervioso vs un 75% que presenta el grupo de MTF-AS. El resto pormenorizado de los datos se presentan en el congreso.

Conclusiones

Son escasos los trabajos que han evaluado actitudes hacia el tratamiento y se han acercado a los principales objetos del mismo, los pacientes. En nuestro trabajo los resultados muestran que en general hay una buena aceptación del tratamiento y correlaciona con una buena adherencia. Ante pacientes diagnosticados de TDAH, los profesionales tenemos la importante misión de informar y dirigir, tanto a los pacientes como en este caso a los padres para el correcto cumplimiento del tratamiento, teniendo siempre muy en cuenta, la retroalimentación que obtenemos de ellos. Es habitual que en esta población sean los padres los que nos dan el feedback, ya que en pocas ocasiones se les pregunta directamente a los niños con TDAH, muchas veces por el simple hecho de ser niños. Los resultados obtenidos en esta investigación, sugieren que su percepción es también importante y en general es buena hacia el tratamiento, y esta puede influir a la hora de adherirse y colaborar con el mismo.

NÚM: 51

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad y ansiedad

M.J. Güerre Lobera¹; Moreno Menguiano¹; A. De Cós Milas²; B. Poza Cano³

1: Centro de Salud Mental de Navalcarnero (Área 8). Madrid. 2: CSM de Mostoles (Área 8). Madrid. 3: USMIJ Ciudad Real

Introducción

Objetivos: Comprobar si existe alguna relación entre puntuaciones elevadas en la escala Conners para padres con puntuaciones altas en la escala de valoración de ansiedad para niños STAIC.

Metodología

Muestra multicéntrica recogida a lo largo de 2 meses

30 continuados de atención ambulatoria. Se incluirán todos aquellos pacientes diagnosticados de Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se proporcionará a los padres la escala Conners para padres y a los pacientes se les administrará la escala STAIC

Resultados

Encontramos una correlación positiva entre resultados obtenidos en el Conners para padres y el STAIC lo cual sugiere que la ansiedad más que una entidad comórbida podría ser una manifestación más del trastorno, que mejoraría con un tratamiento global óptimo.

Conclusiones

Serían necesarios más estudios a largo plazo para comprobar si una estabilización de la mejoría en el tiempo del TDAH permite que los síntomas ansiosos disminuyan o desaparezcan

NÚM: 52

Efectos secundarios psiquiátricos en pacientes en tratamiento farmacológico por un TDAH

Loreto Brotons Sanchez
USMI Cabo Huertas. Alicante

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es uno de diagnósticos más frecuentes en las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil. El tratamiento psicofarmacológico con metilfenidato y atomoxetina es la primera elección en gran número de los casos diagnosticados. Se describe con frecuencia la presencia de efectos secundarios físicos como insomnio, cefaleas y anorexia. Poco se comenta de los trastornos conductuales graves asociados a la prescripción. En esta comunicación se describen la aparición de cuadros maniformes y psicóticos en niños con estos tratamientos en esta USMI a lo largo del último año. Se analizan factores de riesgo para el desarrollo de estos cuadros graves y la literatura existente al respecto.

Metodología

Descripción y enumeración de los casos que cumplirán los criterios de inclusión: trastornos conductuales graves, trastornos afectivos y psicóticos, de nueva aparición en pacientes con diagnóstico de tdah y que no llevarán otros tratamientos farmacológicos que pudiesen provocar los mismos síntomas.

Resultados

Tanto el metilfenidato como la atomoxetina desencadenan cuadros psicóticos y maníacos, generalmente de duración limitada, aunque en ocasiones no desaparecen en las primeras 48 horas, pudiendo persistir durante semanas y necesitando un abordaje farmacológico del cuadro psiquiátrico mayor.

Conclusiones

Se plantea la necesidad de notificar la presencia de estos cuadros, que posiblemente no estén siendo comunicados y la incidencia de estos efectos sea mayor que la descrita en los prospectos de los fármacos y en la literatura médica.

NÚM: 53

Aripiprazol en el tratamiento del TDAH; resultados iniciales en cuatro casos

Oscar Herreros Rodríguez; Belén Rubio; Josué Monzón; Francisco J. Trujillo; Francisco G. Sánchez
Hospital Universitario de Canarias. Radazul

Introducción

Aunque los psicoestimulantes se han demostrado seguros y eficaces en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), aproximadamente un 30% de los pacientes no responden a ellos o no toleran sus efectos secundarios. Esto ha generado un gran interés por la búsqueda de otros tratamientos seguros y eficaces, especialmente para aquellos pacientes con trastornos comórbidos y/o resistentes a tratamientos convencionales.

Metodología

Se presentan los resultados, tras su seguimiento prospectivo durante más de tres meses, de 4 casos de niños diagnosticados de TDAH (criterios DSM-IV-TR) en tratamiento con aripiprazol por fracaso o retirada por efectos secundarios de tratamientos previos (metilfenidato, atomoxetina). El criterio de respuesta se definió como una disminución mayor del 30% en la puntuación basal obtenida por el paciente con la ADHD Rating Scale IV de DuPaul et al. (ADHD-RS-IV) para padres.

Resultados

Tras el inicio y mantenimiento del tratamiento con aripiprazol, la evaluación pasados al menos tres meses de

seguimiento demostró una disminución estadísticamente significativa en la puntuación obtenida en la escala ADHD-RS-IV, tanto en sus dos subescalas (inatención e hiperactividad-impulsividad) como en su puntuación total, sin aparentes efectos cognitivos negativos. Los cuatro pacientes cumplieron criterios de “respondedores”. Los efectos secundarios destacables fueron somnolencia y náuseas, leves y no determinantes de abandono del tratamiento.

Conclusiones

Estos datos apuntan a la seguridad y tolerabilidad del aripiprazol, así como su posible eficacia, en niños afectos de TDAH y resistentes al tratamiento convencional, debido quizás a un efecto agonista parcial dopaminérgico en la corteza prefrontal.

NÚM: 54

Evaluación del déficit de atención e hiperactividad mediante el cuestionario de Vanderbilt para padres y profesores en una muestra que acude a salud mental

Olvido Granada Jiménez¹; Clara Herraiz de Valmaseda²; Francisco Ruiz Sanz³; Antonio Pelaz Antolín⁴

1: Hospital Virgen De La Salud. Toledo. 2: CSM Chamartin. Madrid. 3: Complejo Asistencial de Palencia. 4: CSM Alcalá de Henares. Madrid

Introducción

En clínica en ocasiones se aprecian discrepancias entre las evaluaciones sobre atención y conducta de padres y profesores. Nos planteamos si estas diferencias son debidas al azar o bien existe un sesgo que puede atribuirse bien a la conducta evaluada (diferencia de conducta del menor en distintos ambientes) o al observador (percepción diferente de conductas similares por parte de los evaluadores).

Metodología

Hemos recogido datos de una muestra de 63 menores entre 9 y 13 años que acudieron a uno de los 3 centros de Salud infanto juveniles de 3 áreas en las que se realizó el estudio. En todos los casos se realizó un diagnóstico clínico según criterios DSM IV. Posteriormente se solicitó cumplimentar el cuestionario de Vanderbilt para padres y

profesores como parte de un protocolo mas amplio. La hipótesis nula establecida fue que no habría diferencias significativas entre las puntuaciones de padres y profesores en cada sujeto respecto a las subescalas atención e hiperactividad del Vanderbilt. Para evaluar los resultados se realizó la prueba T para muestras relacionadas con un intervalo de confianza del 95% comparando puntuaciones totales de ambas subescalas de déficit de atención e hiperactividad-impulsividad.

Resultados

En la subescala déficit de atención, la puntuación media de los padres fue 15,76 y la de los profesores 15,38 (diferencia no significativa). En el caso de la subescala hiperactividad la puntuación media de los padres y profesores fue 11,11 vs 9,22 respectivamente ($p < 0,04$) Para averiguar si la diferencia entre las puntuaciones de padres y profesores se daba en algún trastorno tipo, subdividimos la muestra en 3 grupos 1. TDAH sin trastorno de conducta $n=6$, 2. TDAH con o sin diagnóstico asociado $n=37$, 3. Otros diagnósticos $n=20$. Con la prueba T para muestras relacionadas no se encontró diferencias significativas entre los dos primeros grupos. Por el contrario los padres puntuaron significativamente mas alto en hiperactividad 6,79 vs 3,21 ($p < 0,02$) en el grupo de trastorno psiquiátrico en ausencia de TDAH o trastorno de conducta.

Conclusiones

La diferencia encontrada dentro del Cuestionario de Vanderbilt de padres y profesores en el grupo sin trastorno de conducta o TDAH parece deberse más a un efecto del evaluador (observador) que a la conducta evaluada.

NÚM: 55

Validación española de la Young Mania Rating Scale en niños y adolescentes con TDAH

Eduardo Serrano Troncoso¹; Lourdes Ezepeleta Ascaso²; Jose Angel Alda Diez¹; Josep Lluís Matalí Costa¹

1: Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues del Llobregat (Barcelona). 2: Universidad Autónoma de Barcelona

Introducción

Estudiar la utilidad de la Young Mania Rating Scale (YMRS) para discriminar manía en población española infantil y juvenil con TDAH.

32 Metodología

Se evaluaron a 80 niños y adolescentes con TDAH entre 8-17 años con entrevista diagnóstica estructurada (DICA-IV), la YMRS, el Parent-Young Mania Rating Scale (P-YMRS) y la Child Mania Rating Scale-P.

Resultados

El YMRS demostró una aceptable consistencia interna ($\alpha=0.79$) y excelente fiabilidad test-retest ($r = 0.96$; $p < 0.001$). La validez concurrente del YMRS se demostró con la asociación significativa con el P-YMRS ($r=0.49$; $p < 0.001$) y el CMRS-P ($r = 0.37$; $p < 0.001$). El análisis de la regresión logística discriminó entre TDAH con y sin manía. La validez de criterio se estudió con el análisis de las curvas ROC, mostrando una buena eficiencia diagnóstica en diferenciar manía en el TDAH (área bajo la curva de 0.87).

Conclusiones

Los resultados sugieren que la versión en español de la YMRS es un instrumento válido y fiable para la detección y cuantificación de la sintomatología maníaca en niños y adolescentes con TDA-H.

NÚM: 56

Aceptación de los padres de los padres del tratamiento en el TDAH y su relación con la adherencia

Marina Aragon Yustas¹; Natalia García Campos²; Isabel Miernau López¹; Liliana Amador Barban¹; Mercedes Loro López¹; Paloma Varela Casal¹; M.J. Pérez-Templado Ladrón de Guevara¹; Fuencisla Pando Velasco¹; Javier Quintero Gutiérrez del Álamo³

1: Clínica Doctor Quintero. Madrid. 2: Instituto Neuroconductual. Madrid. 3: Hospital Infanta Leonor. Madrid

Introducción

El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Es una de las alteraciones comportamentales de mayor impacto en el desarrollo educativo y social del niño, si dejamos de lado todo lo que es el campo de las discapacidades. (Barkley, 1998). Las evidencias apoyan el uso del tratamiento multimodal, como mejor manera de abordar el problema, haciendo un uso racional y personalizado de la combinación de los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos. Uno de

los factores más importantes en el tratamiento del TDAH, es la aceptación del mismo tanto de los padres/tutores, como de los propios pacientes. Las escasas referencias han evaluado la aceptación de los padres, pero son muy escasos los trabajos que han evaluado la influencia en los pacientes y como esta afecta a su adherencia al tratamiento.

Metodología

El objetivo principal ha sido valorar tanto cuantitativa como cualitativamente el grado de aceptación y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados de TDAH según criterios del DSM-IVtr y en tratamiento activo. Se paso el Cuestionario de Actitudes hacia el Tratamiento (CAT-Q), en sus versiones para los padres con la finalidad de evaluar los efectos subjetivos que produce el tratamiento farmacológico, el grado de cumplimiento y los factores relacionados con la adherencia. El tratamiento elegido fue el metilfenidato de acción sostenida (MTF- AS), el metilfenidato de liberación inmediata (MTF-LI), metilfenidato de acción intermedia (MTF-AI) y la Atomoxetina (ATMX).

Resultados

Se pasaron un total de 488 cuestionarios, divididos en: Padres e hijos en tratamiento de metilfenidato de acción sostenida (MTF-AS) con un $n=200$, padres e hijos en tratamiento de metilfenidato de acción inmediata (MTF-LI) con $n=142$, padres e hijos en tratamiento con atomoxetina (ATMX), $n= 79$ y padres e hijos en tratamiento con metilfenidato de acción intermedia (MTF-AI), con un $n=67$. Todos los casos fueron analizables. 8 Los resultados obtenidos en el CAT-Q versión padres, nos muestran que el 80% presentan un grado de cumplimiento entre el 90 y el 100% con metilfenidato de acción inmediata y el 100% cumple entre el 90 y el 100% del tratamiento con metilfenidato de acción prolongada. Al preguntar a los padres sobre el cociente riesgo/beneficio del tratamiento (lo bueno de la medicación supera lo malo) el 75% del MTF-AS vs el 57% de los pacientes con MTF-AI están de acuerdo o muy de acuerdo con esta idea. Ante la posibilidad de observar conductas inusuales en sus hijos, (mi hijo esta raro con esta medicación), el 71% del MTF-AS vs el 60% de los pacientes con MTF-AI se muestran en desacuerdo, con lo que no perciben cambios indeseables en la conducta de sus hijos. Las preguntas directas sobre el efecto positivo, (mi hijo se encuentra mejor con este tratamiento), el 75% del MTF-AS vs el 74% de los pacientes con MTF-AI están de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación. De la misma manera solo para el 8% de los padres evaluados se sabe suficiente sobre el TDAH. El resto de los datos se comentan en la presentación final en el congreso, por limitación de espacio.

Conclusiones

Dentro de los programas de tratamiento, la psicoeducación a los padres/tutores debe ser un pilar fundamental, dado que va a ser una buena medida para canalizar la ansiedad/angustia, conocer mejor la enfermedad, ajustar las expectativas del tratamiento y conocer mejor el qué y por qué del tratamiento, entre otros. En este sentido encontramos unas cifras de cumplimiento terapéuticos alta, lo cual entendemos deriva de la necesaria explicación de los tratamientos, al iniciar el plan terapéutico con cada paciente. Al no evaluar todos los pacientes, y solo los que están bajo tratamiento farmacológico, se pueda producir un sesgo. Entre los tratamientos disponibles también se encuentran diferencias, unas subjetivas como el cociente riesgo/beneficio, pero también otras objetivas, como los cambios no previstos e indeseables en la conducta que parecen estar más presentes en los pacientes bajo tratamiento con MTF-AI, lo que puede estar relacionado con los picos plasmáticos y el peor cumplimiento.

NÚM: 57

Trastorno por déficit de atención como único síntoma asociado a lesión isquémicohemorrágica talámica y hemisférica derecha de probable origen perinatal no detectada

Sergio Aguilera Albesa¹; Idoia Martínez Fernández de Pinedo²; Intzane Ocio Ocio²; M^a Pilar Botella Astorqui²

1: Hospital Virgen del Camino. Pamplona. 2: Unidad de Neuropediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Txagorritxu, Vitoria

Introducción

Las dificultades de atención como motivo de consulta pueden derivar en diferentes etiologías.

Metodología

Caso clínico.

Resultados

Niño que consultó a los 6 años por dificultades atencionales y de control de impulsividad, evidentes desde los 3 años. Asociaba torpeza motora que fue mejorando, con conducta y sociabilidad normales. Según la DSM-IV-ADHD-RS presentaba 6/9 criterios para inatención, 2/9 para hiperactividad-impulsividad. Su edad mental era

similar a la cronológica (Goodenough), y su lenguaje disprosódico. No había antecedentes gestacionales, perinatales, personales ni familiares a destacar, y su desarrollo psicomotor era normal. Sin embargo, la exploración neurológica mostró una asimetría motora de hemicuerpo izquierdo muy discreta, tipo espástica, sólo evidente en la marcha a la carrera. Se realizó TAC cerebral observando lesión hipodensa talámica posterior derecha compatible con infarto antiguo. La RM cerebral mostró lesiones glióticas en sustancia blanca subcortical frontoparietal derecha y cavidad malácica en tálamo derecho con halo hemosiderótico. Ante la sospecha de ictus presumiblemente perinatal, se realizó estudio hematológico, encontrando una mutación en heterocigosis del gen metiltetrahidrofolato-reductasa (MTHFR C677T).

Conclusiones

Las lesiones tempranas en hemisferio derecho y en circuitos talamocorticales tienen una expresión clínica variable, y pueden estar asociadas al TDAH y a trastornos funcionales del lenguaje. En este caso, sin la exploración neurológica detallada, el origen del TDA se hubiera considerado idiopático. Se discute si las mutaciones de genes procoagulantes en heterocigosis están o no asociadas a un mayor riesgo de lesiones cerebrales perinatales.

NÚM: 58

Resultados en memoria de trabajo (letras, número y dígitos) y en el test de Stroop en 62 niños y adolescentes con TDAH

Cristina Maestro Martín; Clara Isabel Lacunza Juangarcía; Patricia Corte de Paz; Teresa Pereda Sotos

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra)

Introducción

En los últimos años diversos autores han estudiado el rendimiento diferencial en pruebas neuropsicológicas en los distintos subtipos de TDAH. Algunos autores han encontrado un menor rendimiento en las pruebas que teóricamente evalúan memoria de trabajo (dígitos y letras y números) en ambos subtipos.

Metodología

- Estudiar la influencia de la variable sexo en memoria de trabajo y en el Test de Stroop.

- 34 - Estudiar la influencia de los subtipos de TDAH (combinado e inatento) en las mismas variables.

Método:

Incluimos todos los pacientes entre 6 y 16 años con TDAH (DSM-IV-TR) valorados en los últimos 6 meses en la Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra y realizaron el WISC-IV y el Test de STROOP.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 62 sujetos de los cuales 51 eran varones (82,3%). De estos 62 sujetos, 43 pertenecen al subtipo combinado (69,4%) y 19 (30,6%) al subtipo inatento.

No se encontraron diferencias significativas en función del sexo en ninguna de las variables evaluadas.

Existen diferencias significativas en función del diagnóstico en PC y en Interferencia, siendo el subtipo combinado el que obtiene unos resultados inferiores en comparación con el subtipo inatento.

Conclusiones

- En nuestra muestra la variable sexo no influye en los resultados obtenidos, mientras que el subtipo de TDAH sólo influye en dos medidas del test de Stroop.

NÚM: 59

Como correlaciona la ansiedad en niños con la ansiedad en padres

Carmen Moreno Menguiano¹; Ana De Cós Milas²; María José Güerre Lobera¹; Belén Poza Cano³

1: Centro de Salud Mental de Navacarnero (Área 8). Madrid. 2: Centro de Salud Mental de Móstoles. Madrid. 3: Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil del Ciudad Real

Introducción

Objetivos: comprobar la posible influencia de rasgos ansiosos en padres sobre los niños. Para ello, tomaremos una muestra al azar.

Metodología

Muestra multicéntrica compuesta por todos aquellos pacientes nuevos con edad inferior a 18 años que acuden a la consulta en un periodo continuado de 3 meses. Se administran las escalas para ansiedad STAI a padres y STAIC a pacientes. Posteriormente se procede al análisis estadístico de los datos obtenidos.

Resultados

Se objetiva, como era de esperar, que existe una rela-

ción entre puntuaciones elevadas en el STAIC con puntuaciones altas en el STAI.

Conclusiones

Para un adecuado abordaje de la ansiedad en niños es preciso tener en cuenta el entorno en el que se desenvuelven, siendo un factor determinante el nivel de ansiedad en padres. En ocasiones, una buena evolución clínica de niño pasa por promover modificaciones en dicho entorno.

NÚM: 60

La agresividad como principal motivo de ingreso en pacientes prepúberes con trastorno obsesivo compulsivo: descripción de 5 casos

Silvia Gutiérrez Priego

Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid

Introducción

Descripción de cinco casos de niños prepúberes que ingresan por Auto y heteroagresividad en el medio familiar, de pocas semanas de evolución.

Metodología

Descripción clínica y psicopatológica, de variables sociodemográficas, antecedentes médicos y psiquiátricos familiares y personales, historia evolutiva y estructura familiar. Pruebas psicológicas aplicadas: CDI, STAIC, Rosenberg, SCL-90, Test Maudsley y CBCL a los padres.

Resultados

Cuatro de los cinco eran niños, edad media: 9 años \pm 2 años, tiempo de evolución: 6- 24 semanas. Episodios de autoagresividad (fobias de impulsión en dos de los casos), negativa a la ingesta en uno y heteroagresividad en el medio familiar en todos. Lo que constituyeron motivo de ingreso. Se descartó infección estreptocócica por la clínica y niveles de ASLO. En todos los casos presencia de ideas obsesivas de: comprobación, conciencia-religiosas, orden, contaminación, acumulación y lentitud. En dos de los casos, fobias de impulsión con conductas evitativas (cuchillos, tijeras) y de compulsiones: preguntas repetidas, dar un número de pasos y toques, mentales (contando números, omitiendo palabras), lavado de manos y de comprobación. Todo ello acompañado de altos niveles de ansiedad estado (percentil 99), sin alteración del estado de ánimo (CDI < 19). Alteración de los

ritmos biológicos: en el sueño (insomnio de conciliación y despertares precoces) y en la esfera alimentaria sólo en un caso, con negativa a la ingesta de 48 horas. Entre los antecedentes familiares: patología psiquiátrica mayor (depresión y esquizofrenia) en dos de los casos, en el resto de pacientes rasgos de personalidad obsesiva-compulsiva en las figuras parentales (padre). Todas las familias son estructuradas, con tendencia a la sobreprotección y alto nivel de exigencia y perfeccionismo.

Conclusiones

Destaca la predominancia en el sexo masculino, con un predominio de las obsesiones de: duda-conciencia, contaminación y comprobación, vividos como egodistónicos y acompañados de compulsiones y rituales de comprobación, de lavado y de orden. Buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico (Clomipramina y sertralina), en cuatro de ellos se añadió dosis bajas de antipsicótico atípico, con rápida remisión de los 25 síntomas y control de la hostilidad-agresividad. Dicho tratamiento se combinó con la exposición y prevención de respuesta, dentro del programa de hospitalización. Solo fue necesario tratamiento psicoterápico intensivo en dos de los casos. Cabe destacar la facilidad con la que la familia “se hace cómplice” de la clínica del paciente.

NÚM: 61

Motivo de ingreso en pacientes con trastorno de ansiedad en pacientes prepúberes

Silvia Gutiérrez Priego
Hospital infantil Niño Jesús. Madrid

Introducción

Aproximación diagnóstica entre los trastornos de ansiedad de prepúberes ingresados, estableciendo subtipos y respuesta al tratamiento del programa de hospitalización.

Metodología

Selección de pacientes < 12 años con trastornos de ansiedad que han ingresado en la unidad de hospitalización de psiquiatría. Descripción psicopatológica, de variables sociodemográficas, antecedentes médicos y psiquiátricos familiares y personales, historia evolutiva y estructura familiar. Pruebas psicológicas aplicadas: CDI, STAIC, Rosenberg, SCL-90 y CBCL a los padres.

Resultados

De los 14 casos seleccionados, hay predominio de varones, con media de edad de 9 ± 2 años, tiempo de evolución: 6-12 meses. Episodios de autoagresividad (verbalizaciones autolíticas), conductas evitativas (con aislamiento en casa), síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad el medio familiar y escolar en 8 de los casos. Lo que constituyeron motivo de ingreso. Se descartó causas orgánicas de la clínica. En todos los casos presencia de síntomas somáticos de ansiedad en forma de: palpitaciones, temblores, somatizaciones (cefaleas y abdominalgias). Conductas evitativas (aislamiento en casa) pérdida del nivel de autonomía. Ansiedad anticipatoria: miedos injustificados, pensamiento catastrofista, preocupación excesiva por enfermedades y daño a sus familiares. En 8 de los casos había rechazo y fobia escolar, y tres de ellos también ansiedad de separación y con “acoso escolar”, con gran dependencia de la figura materna. Altos niveles de ansiedad estado y rasgo (percentil 95), hipomimia (CDI ≤, 19). Alteración de los ritmos biológicos: en el sueño (insomnio de conciliación y despertares precoces) y en la esfera alimentaria con hiporexia excepto en 4 de los casos. Entre los antecedentes familiares: patología ansiosa-depresiva en las figuras parentales (sobre todo en la madre). Un 30% de las familias son desestructuradas, pero todas con tendencia a la sobreprotección y alto nivel de ambivalencia y de inseguridad.

Conclusiones

La ansiedad aparece como una de las principales motivos de desestructuración y desorganización en la estructura familiar y personalidad del prepúber, llegando a ser muy incapacitante y limitante. Se confirma la prevalencia en varones y la rápida evolución a conductas evitativas con reclusión en el hogar, consiguiendo la complicidad de los padres. Destaca la buena respuesta del programa hospitalario: tratamiento psicofarmacológico (ISRS y pregabalina) y el programa cognitivo conductual de exposición progresiva, con remisión de la sintomatología en unos 10 días de ingreso.

36 NÚM: 62

Tratamiento de la fobia escolar desde la unidad de hospitalización psiquiátrica breve

José Gimillo Asensio

Hospital del Niño Jesús. Madrid

Introducción

El tratamiento de la fobia escolar ha sido enfocado generalmente desde la consulta ambulatoria infanto-juvenil. La nueva creación de unidades de hospitalización breve permite el diseño de nuevas estrategias de afrontamiento de este problema. La unidad de hospitalización psiquiátrica del Hospital Niño Jesús ha desarrollado un modelo de tratamiento para los casos graves. Este consiste en un estudio diagnóstico de personalidad y un análisis de la situación de conflicto en el marco escolar. Diseña una estrategia de afrontamiento progresivo que, tras un trabajo previo con familia, colegio y paciente, permite el inicio de la reincorporación que será un elemento terapéutico y diagnóstico en si mismo. Analizamos el número de pacientes ingresados con diagnóstico de fobia escolar, estudiamos la patología subyacente a este diagnóstico. Utilizamos un modelo de afrontamiento que describimos. Evaluamos los resultados y valoramos los casos en los que se ha producido una incorporación progresiva exitosa y las causas de los casos fracasados.

Metodología

Observación y análisis de los casos ingresados con diagnóstico de fobia escolar en la unidad de hospitalización psiquiátrica breve y que son tratados desde la hospitalización. Seguimiento del proceso de integración durante el periodo de hospitalización entre una y dos semanas. Temporalización durante un periodo de año y medio.

Resultados

En un alto porcentaje de casos a pesar del tiempo de evolución de la sintomatología fóbica ha sido exitoso. Sólo los casos en los que ha predominado una patología no neurótica han presentado mayores dificultades y fracasos.

Conclusiones

El tratamiento de la fobia escolar grave es tratada con éxito mediante la utilización de la hospitalización que permite reducir los beneficios secundarios del paciente y dirigir las capacidades del paciente para el afrontamiento tras la utilización de un programa de incorporación, trabajo con la familia, diagnóstico en el colegio del hospital, tratamiento psicofarmacológico y psicológico y trabajo con el colegio.

NÚM: 63

Factores condicionantes de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Muestra del hospital de día infanto-juvenil de Las Palmas de Gran Canaria

Sabrina González Santana¹; Francisco De Sande Díaz²;
Cristina León Quintana³; Carmen González Noguera¹;
José Ramón Gutierrez Casares⁴

1: Hospital de Día Infanto Juvenil de Las Palmas de GC. Las Palmas de Gran Canaria. 2: CSM Infanto Juvenil Lanzarote. 3: Hospital, área de pediatría, Lanzarote. 4: CSM Infanto Juvenil Badajoz

Introducción

La ansiedad es parte habitual de la vida de muchos niños y adolescentes y puede manifestarse en diferentes formas en función del caso concreto. Teniendo en cuenta la prevalencia de estos cuadros en niños y adolescentes y las consecuencias que suponen en su vida diaria, consideramos de singular importancia tener claras algunas cuestiones como las características clínicas, así como los factores que influyen en su inicio y mantenimiento. Tendremos en cuenta que la ansiedad forma parte de la vida de cualquier niño, pero puede ser también la traducción de una evolución patológica.

Metodología

Revisión de la literatura actual en relación a factores pronósticos y comorbilidades que influyen en la evolución de los trastornos de ansiedad en la niñez y la adolescencia. Exposición de datos referidos una muestra de pacientes del Hospital de Día Infanto-Juvenil, cuyo diagnóstico principal es el de un trastorno de ansiedad.

Resultados

La totalidad de la muestra presenta otras patologías comórbidas y cinco de los seis casos reseñados presentan antecedentes familiares de patología psiquiátrica.

Conclusiones

Los trastornos de ansiedad generan importante sufrimiento "en silencio" y provocan una repercusión emocional, social y académica, que si no son tratados a tiempo pueden acarrear importantes consecuencias. La presencia de determinados factores como la psicopatología en el ámbito familiar o de patología comórbida empeoran la evolución y el pronóstico de los mismos.

NÚM: 64

Trastorno de gratificación (masturbación infantil) en una niña de cinco años

Ana Figueroa Quintana¹; César Soutullo Esperón¹; Cristina Maestro Martín¹; Pilar Gamazo Garrán²; Inmaculada Escamilla Canales²; Azucena Díez Suárez³

1: Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. 2: Clínica Universidad de Navarra Madrid. 3: Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción

La autoestimulación genital puede ser un comportamiento normal que realizan hasta 94% de hombres y 60% de mujeres en algún momento de su vida. En niños consiste en manipular el área genital o adoptar posturas que la presionen. No está incluida en el DSM-IV-TR, y la CIE-10 la incluye si es "excesiva" en "otros trastornos del comportamiento o emocionales con inicio normalmente en la infancia o adolescencia" (F98.8). La naltrexona ha resultado efectiva en algunos casos (Chabane et al., 2000, Ryback et al., 2004)

Metodología

Revisión retrospectiva de la historia clínica.

Resultados

Niña de 5 años y 5 meses evaluada por primera vez en la U. de Psiquiatría Infantil y del adolescente de la Clínica Universidad de Navarra por episodios de masturbación desde los 3 años, que habían aumentado en frecuencia e intensidad en el último mes. Los episodios ocurrían varias veces al día, sólo en casa, sobre todo por la noche y si la niña estaba preocupada o cansada. Inicialmente negaba los episodios, pero después: "Me toco porque estoy nerviosa". Los episodios consistían en manipularse, introducirse juguetes o trozos de sábana, o colocarse el chorro de agua caliente de la ducha en el área genital. Además presentaba moderados síntomas de ansiedad por separación, somática y de evitación del daño. No refería estresantes ambientales ni historia de abuso sexual. Humor eutímico. Funcionamiento social y académico adecuado. Estadio de Tanner 1 (normal). Analítica (incluyendo LH, FSH) normal. Pediatría descartó causa urogenital (vulvovaginitis, dermatitis, ITU) y trastorno del movimiento. La madre presentó episodios similares a los 10 años durante varios años, y actualmente presenta un Trastorno de ansiedad. Se indicaron recomendaciones conductuales a los padres (vigilancia, sistema de puntos) y tratamiento farmacológico: cloracepato dipotásico 0,4

mg/kg/día, con sólo remisión parcial de los síntomas tras 4 semanas. Se sustituyó por sertralina 3,3 mg/kg/día, presentando desinhibición conductual. Se sustituyó por naltrexona 25 mg/día con remisión total mantenida (en el momento actual 2 meses).

Conclusiones

La autoestimulación genital puede ser un comportamiento normal en niños, que lo emplean para aliviar tensión o conseguir placer (comparable a cuando se chupan el dedo). La edad de máxima incidencia es a los 5 años. Para el diagnóstico es necesario una historia clínica detallada y descartar patología médica (urogenital) y neurológica (epilepsia, distonía). Es útil para el diagnóstico la grabación de un episodio. Es un movimiento voluntario y se puede parar con distracción. 30 El clínico debe tranquilizar a los padres y ofrecer recomendaciones conductuales (distraerle, involucrarle en otras actividades interesantes y no amenazarle o castigarle). Si falta de respuesta o respuesta parcial, los fármacos de primera línea: benzodiazepinas o ISRS. La naltrexona puede ser efectiva.

NÚM: 65

Tratamiento cognitivo-conductual de la fobia a la deglución en población infantil: miedo a atragantarse vs miedo a vomitar

Ana Barajas Velez

Centro De Higiene Mental Les Corts. Barcelona

Introducción

La fobia a situaciones que pueden provocar atragantamiento o vómito están incluidas dentro de los trastornos de ansiedad y se caracteriza por un miedo intenso, persistente e irracional ante el estímulo fóbico (ingerir alimentos) que provoca una respuesta de ansiedad (miedo a atragantarse y/o miedo a vomitar) y posterior evitación. Objetivo: Describir y comparar la presentación clínica, tratamiento y evolución de dos casos de fobia específica relativa a la ingesta.

Metodología

Estudio de caso múltiple para fobia específica en edad prepuberal (Caso 1: miedo a atragantarse y Caso 2: miedo a vomitar). Se evaluaron 2 casos que cumplieron criterios para la categoría diagnóstica de "otros tipos de fobia espe-

38 cífica" (DSM-IV-TR), que recibieron tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva y desensibilización sistemática mediante jerarquía de estímulos fóbicos), durante 5 meses.

Resultados

Caso 1, niña de 11 años diagnosticada de fobia específica caracterizada por miedo a atragantarse de 7 meses de evolución tras presenciar episodio de atragantamiento. Caso 2, niña de 8 años diagnosticada de fobia específica caracterizada por alimentación selectiva desde los 2 años de edad y posteriormente miedo a vomitar. En el caso 1, la evolución fue favorable con un nivel de jerarquía de estímulos fóbicos superados de 7/10 y generalización en el ámbito familiar. En el caso 2 el nivel alcanzado fue de 3/10, sin generalización, añadiéndose a la terapia exposición previa en imaginación y modelado del terapeuta.

Conclusiones

Discusión: El tratamiento cognitivo-conductual es útil para ambos tipos de fobia. Un patrón previamente adquirido de hábitos alimentarios adecuados y un menor tiempo de evolución son variables que influyen en la implementación y desarrollo del tratamiento.

NÚM: 66

Trastorno de la identidad sexual en niños adolescentes. A propósito de un caso

Sabrina González Santana¹; Francisco De Sande Díaz²; Cristina León Quintana³; José Ramón Gutiérrez Casares⁴
1: Hospital de Día Infante Juvenil de Las Palmas de GC. Las Palmas de Gran Canaria. 2: CSM Infante Juvenil Lanzarote. 3: Hospital, área de pediatría, Lanzarote. 4: CSM Infante Juvenil Badajoz

Introducción

Es difícil trazar una línea divisoria clara entre la normalidad de la identidad sexual en niños y la anormalidad. El término identidad sexual se refiere a la percepción básica masculina o femenina que tiene una persona de sí misma e incluye el correlato afectivo de esta consideración. En el momento actual no existen estudios epidemiológicos formales sobre la prevalencia o incidencia del TIS en niños y adolescentes.

Metodología

Se realiza una revisión de la literatura actual sobre el trastorno de la identidad de género, haciendo especial

hincapié en aquellos factores relacionados con el ámbito familiar, que pueden influir en la aparición y en el mantenimiento de dicho trastorno. Exposición de un caso, que genera importantes dudas diagnósticas, haciendo referencia a dichos factores.

Resultados

No existen por el momento consenso ni pruebas validadas para el diagnóstico del trastorno más allá de los criterios DSM o CIE. Existen múltiples factores que pueden influir en su desarrollo y evolución sin que ninguno de ellos se haya podido identificar como específico para el TIS.

Conclusiones

El trastorno de identidad sexual en la infancia es un diagnóstico que ofrece aun variadas interrogantes a clínicos e investigadores. Es necesario profundizar en los aspectos de orden etiopatogénicos y de evaluación que permitan conducir un tratamiento más específico. El papel de la familia y las características propias de cada miembro resultan esenciales en la evolución del trastorno así como en la aparición de complicaciones

NÚM: 67

Trastornos somatomorfos y disociativos en niños y adolescentes hospitalizados en una unidad de pediatría

Juan Manuel Bernad Polo
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

Introducción

Los trastornos somatomorfos y disociativos en la infancia y la adolescencia son un problema de salud por las demandas de atención médica, pruebas complementarias e ingresos así como su repercusión escolar. Muestran gran heterogeneidad clínica, habiéndose implicado en su etiología distintos factores de riesgo individuales y psicosociales. El objetivo principal fue caracterizar clínicamente dichos trastornos en niños y adolescentes ingresados en una unidad de pediatría.

Metodología

Revisamos de forma retrospectiva (01-2007 a 02-2009) la historia clínica de pacientes ingresados remitidos para interconsulta psiquiátrica por los distintos servicios del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza, siendo el motivo de consulta la aparición de síntomas somáticos con estudio orgánico negativo. Se recogieron

variables psiquiátricas individuales y sociofamiliares, biológicas y educativas de pacientes que cumplieran criterios F44 y F45 (CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes).

Resultados

Fueron identificados 42 pacientes, 12 varones y 30 mujeres, con edades comprendidas entre 4 y 17 años. La Unidad de adolescentes fue la que más pacientes derivó, lo que corresponde con un pico de frecuencia a los 14 años. El T. somatomorfo indiferenciado (F45.1) fue el diagnóstico más frecuente, siendo los síntomas principales el dolor abdominal y la cefalea. Se objetiva estacionalidad coincidiendo con los periodos de estrés escolar. Enfermedad previa familiar o individual, conflicto familiar o escolar e inmigración fueron factores de riesgo identificados, tal como ha sido descrito previamente.

Conclusiones

La clasificación de estos trastornos en las categorías actuales es difícil por la frecuente rotación de síntomas. La intervención sobre desencadenantes y factores de riesgo identificados es un elemento clave en la evolución de los casos. La colaboración de todos los servicios que intervienen es clave con el objetivo de evitar exploraciones innecesarias y reforzar los síntomas.

NÚM: 68

Síndrome vómitos cíclicos una visión integradora a través del ciclo vital

Lorena Blasco Claros; Isabel Martínez Díaz; Marta Simó Guerrero; Leonor Montoliu Tamarit; Teresa Oliver Clement; Lucía Ferrer Ferrer

USMIA. Unidad Salud Mental Infancia y Adolescencia.. Alzira, Valencia

Introducción

El Síndrome de los Vómitos Cíclicos (SVC) esta descrito como un trastorno gastrointestinal funcional, caracterizado por episodios recurrentes y graves de vómitos que persisten durante horas o días con intervalos de normalidad entre ellos en los que, tras una adecuada valoración, no se encuentra una causa que los justifique. En la bibliografía revisada, aparece descrito mayoritariamente como un síndrome médico principalmente en edad pediátrica que remite generalmente tras el inicio de la adolescencia. Despierta nuestro interés como profesionales, aquellos pacientes que son derivados a salud mental por

psicopatología co mórbida a dicho síndrome denominado también "Vómitos Psicógenos", siendo escasas las referencias bibliográficas en nuestro ámbito, aunque en ellas se describe psicopatología como factor contribuyente significativo. Nuestro objetivo es ampliar la visión médica actual sobre el SVC, observando indicadores comunes a nivel psicológico, familiar y social que puedan mejorar la comprensión clínica y el abordaje desde salud mental

Metodología

Descripción de varios casos clínicos a través de una tabla de datos, comparando las diferentes áreas afectadas en pacientes que sufren SVC y acuden actualmente a salud mental, en diferentes etapas evolutivas (primera infancia, segunda infancia, adolescencia, adultez) y con especial énfasis en el área psicológica, familiar y social.

Resultados

En todos los casos descritos hay factores psicopatológicos y familiares comunes al SVC. 146

Conclusiones

Destacamos la importancia de un abordaje integral para mejorar el pronóstico y calidad de vida en los pacientes y sus familias, interviniendo sobre aquellos factores de estrés que puedan predisponer o precipitar los episodios del SVC.

NÚM: 69

Trastorno conversivo en la infancia: un caso clínico

Emma Noval Aldaco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Santander

Introducción

Los trastornos conversivos son poco frecuentes en la infancia. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de una niña de 11 años donde se realiza este diagnóstico. Consideramos muy interesante los llamativos síntomas que la niña presenta así como la baja frecuencia de este diagnóstico en población infantil.

Metodología

Descripción del caso: Niña de 11 años de edad que comienza a presentar crisis de ansiedad tras discusión con una amiga. No presenta antecedentes psiquiátricos de interés. A los dos días aparece una incapacidad para mover las piernas que requiere ingreso hospitalario. Se descarta causa orgánica que provoque la sintomatología.

- 40** En los dos meses siguientes se objetiva una gran variabilidad en los síntomas: refiere amnesia retrógrada, episodios de desmayos, ansiedad acentuada al anochecer, dolores difusos, parestias. Los síntomas son fluctuantes y se va apreciando un mayor control voluntario de los mismos por parte de la paciente.

Resultados

Se trabaja con la familia el abordaje de los síntomas que la niña presenta, que van cambiando a medida que logran manejarlos. Se intenta crear en la chica el deseo por su recuperación a través de un trabajo motivacional, no utilizando la confrontación directa. Se objetiva una disminución progresiva de la sintomatología y una tendencia a la normalización en su funcionamiento.

Conclusiones

En la actualidad se está realizando una intervención psicoterapéutica y farmacológica. Resulta de interés ver la evolución y relacionarlo con la literatura existente. Nos planteamos una posible evolución hacia un Trastorno Facticio en la actualidad.

NÚM: 70

Evaluación de la intervención de grupos psicoeducativos para padres de niños con TDAH de la unidad de TDAH del hospital

Eulalia Piera Pinto¹; Laura García Couceiro²; Mireia Querol González¹; Nuria Reina López¹; Pilar Solé Llop¹; Montserrat Pàmias Massana¹

1: CSMIJ. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. 2: Universidad Autónoma de Barcelona. Master Psicopatología Infanto-Juvenil

Introducción

El TDAH es uno de los trastornos más prevalentes en la infancia que afecta entre el 6 al 10% de los niños en edad escolar. A partir de estos datos se ha creado la Unidad para el diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH de carácter multidisciplinar y se ha desarrollado una guía clínica en la que se incluye el Grupo Psicoeducativo de Padres con niños TDAH (GPP) dentro de la rutina clínica. **OBJETIVOS:** Evaluar los cambios de la intervención del Grupo Psicoeducativo de Padres con niños TDAH (GPP) incluido en la guía como rutina clínica en el Hospital.

Metodología

Después de la detección y diagnóstico de pacientes con TDAH entre los 5 y 17 años, procedentes de consulta externa de Neurología (Pediatría) y Psiquiatría Infanto-Juvenil (CSMIJ), los padres se incluyen como parte del tratamiento en un GPP. El GPP consiste en entrenamiento conductual, gestión emocional y técnicas de autocontrol en 10 sesiones, con una frecuencia semanal. Se realizan los GPP según edad (escolar o adolescentes) y asisten de 10 a 12 pacientes por grupo. Se administran cuestionarios Pre-GPP y Post-GPP. Se realiza un análisis estadístico de: a) conducta oposicionista b) problemas cognitivos/inatención c) hiperactividad y d) índice general del TDAH. Entre otros instrumentos se evalúa con las Escalas de Conners para padres. La muestra inicial de la Escala de Conners es de 38 y los cuestionarios recogidos posteriormente al GPP es n=25.

Resultados

Se mostraron los principales de los resultados estadísticos de las 4 subescalas de Conners, así como la descripción de las técnicas y procedimientos aplicados durante el grupo.

Conclusiones

La intervención grupal de padres para el manejo del niño con TDAH debería ser una práctica indispensable en el tratamiento de este trastorno.

NÚM: 71

Grupos psicoeducativos y de manejo de conducta para padres de niños con TDAH de la unidad de TDAH del hospital: evaluación de la efectividad mediante el CBCL

Núria Reina López¹; Laura García Couceiro²; Eulalia Piera Pinto¹; Mireia Querol González¹; Pilar Solé Llop¹; Montserrat Pàmias Massana¹

1: CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. 2: Universidad Autónoma de Barcelona. Máster Psicopatología Infanto-Juvenil

Introducción

La psicoeducación sobre el TDAH y el entrenamiento en pautas cognitivo-conductuales de manejo de conducta para los padres forman parte del conjunto de intervencio-

nes que deben completar un abordaje terapéutico eficaz en el TDAH, (Pelham, Wheeler y Chronis, 1998, MTA Cooperative Group, 1999, Wheeler y Chronis, 1998). Dentro de la guía clínica de la Unidad para el diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH se incluye esta intervención. Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa y de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales de manejo de conducta para padres de niños con TDAH.

Metodología

30 padres y madres de niños y adolescentes con TDAH (rango edad de 5 a 17 años) cumplimentaron el Children Behaviour Checklist, antes y después de participar en las 10 sesiones de intervención grupal de frecuencia semanal de psicoeducación sobre el TDAH y entrenamiento en pautas cognitivo-conductuales de manejo de conducta y de mejora de la autoestima.

Resultados

Los resultados del análisis comparativo de medias de puntuaciones pre- post, muestran un descenso significativo de la puntuación en externalización del CBCL postintervención ($p=0,037$), así como en las subescalas de Inatención ($p=0,047$) y de Conducta Agresiva ($p=0,035$).

Conclusiones

La intervención grupal con padres se ha mostrado eficaz en el abordaje del TDAH asociado a los problemas de conducta, disminuyendo las características externalizantes y especialmente la conducta agresiva, por tanto debería complementar los demás abordajes terapéuticos en este trastorno.

NÚM: 72

Impacto del programa psicoeducativo «incredible years» para padres de niños con problemas de conducta

Carolina Machiñena Gracia; Arantxa Díez Martínez de Moretin; César Soutullo Esperón; Teresa Pereda Sotos; Cristina Maestro Martín

Clínica Universida de Navarra. Pamplona

Introducción

Los problemas de conducta en niños son muy frecuentes . Queremos evaluar el impacto del Programa en el niño y familia.

Metodología

El Programa incluye el aprendizaje de técnicas para incrementar los comportamientos deseados, técnicas para disminuir los comportamientos no deseados y estrategias para evitar problemas. Estudio experimental de 14 familias, en 2 grupos (2008). Se les pasaron una batería de cuestionarios al inicio y finalización: Cuestionario para padres y profesores de duPaul, Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) , Family Environment Scale (FES), EDAH. Al finalizar , cumplimentaron el Cuestionario de Evaluación General.

Resultados

Disminución significativa: - Ítems: Dificultad para las actividades cooperativas, $p=0.001$ *, y Deja por terminar las tareas que empieza, $p=0.033$ *, en el Cuestionario EDAH. - La subescala de Organización, $p=0.017$ *, en el Cuestionario FES. En el Cuestionario de Evaluación se observa : Los problemas del niño tratados con las técnicas aprendidas han mejorado “un poco - mucho” en el 100% . La satisfacción con los progresos del niño “un poco - muy satisfecho” en el 85,7%. Ayuda del programa en otros problemas , “ayudó un poco” y “ayudó” en el 57,2%. Optimismo ante los resultados “un poco - muy optimista” en el 100%. El 100% “recomendaría o recomendaría encarecidamente” el programa. El 85,7 % se siente “algo seguros -seguros” de controlar el comportamiento indeseable. El 100% tiene seguridad de poder controlar estos comportamientos en un futuro entre “algo seguro - seguro”. La opinión general del programa entre “positiva - muy positiva” es del 100%.

Conclusiones

Los padres están más seguros en el manejo conductual. 2 Los niños son capaces de jugar cooperativamente, acabar las tareas que empiezan. Estan más organizados, planifican las actividades y responsabilidades de la familia.

42 NÚM: 73

Impacto del programa psicoeducativo de enfermería para padres de niños con TDAH y/o problemas de manejo de conducta

M^a Aranzazu Díez Martínez de Morentin; Carolina Machiñena Gracia; César Soutullo Esperón; Teresa Pereda Sotos
Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción

El TDAH y los problemas de conducta afectan directamente a distintas esferas de la vida del niño, familiar, social y académica. Se plantea evaluar el impacto de la intervención en distintos ámbitos del niño.

Metodología

Estudio experimental con un grupo intervención de 16 familias que recibieron Psicoeducación de TDAH y/o manejo de conducta entre 2008-2009. Realizaron cuestionarios antes y después del Programa: Cuestionario para padres y profesores de Du Paul, Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) y Family Environment Scale (FES). Al finalizar completaron un Cuestionario de Evaluación General

Resultados

1. Disminución significativa de las puntuaciones de las subescalas: Inatención, $p=0.003$ **, Hiperactividad, $p=0.045$ *, Total $p=0.001$ ***, y Negativista-Desafiante, $p=0.007$ **, del Cuestionario Du Paul. Problemas con compañeros, $p=0.005$ **, y Total de Dificultades $p=0.002$ **, del SDQ. 2. En el Cuestionario de Evaluación los padres puntúan “bastante-mucho” distintos aspectos del Programa: Mejora de la relación con sus hijos (75%), Comprensión de la conducta infantil (100%), Nivel de información adecuado (100%), Utilidad del Programa (75%), Es Interesante y suficiente (100%)

Conclusiones

Como hemos visto, disminuyen los síntomas de las escalas de Inatención, Hiperactividad-Impulsividad, TND, y Total de Dificultades. En estas escalas están incluidos “Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Problemas con Compañeros” y Conducta Prosocial. Esto, unido a la mayor comprensión del problema por parte de los padres, sugiere una mejora del manejo conductual por parte de éstos y como consecuencia de la dinámica familiar La psicoeducación mejora la evolución de la enfermedad.

NÚM: 74

Instrumentos para la evaluación de las habilidades emocionales. Validación de unas escalas con población adolescente

Ferran Salmurri Trinxet¹; Josefina Castro Fornieles¹; Joan Sentís Vilalta²; Rosa Calvo Escalona¹; Montserrat Vila Nieto¹; Anaïs Barcelona Esteban¹

1: Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. Barcelona. 2: Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona

Introducción

Objetivos: Validar una escala específica diseñada para evaluar habilidades emocionales desde la perspectiva tanto del sujeto como de sus padres.

Analizar la relación entre estas dos perspectivas y la relación entre habilidades emocionales y sintomatología psiquiátrica.

Metodología

Sujetos: 500 adolescentes (11-16 años) de cinco escuelas de secundaria de Barcelona y sus padres. Instrumentos: Escala de habilidades emocionales para adolescentes (EHE-1): Evalúa habilidades, actitudes y estrategias de interacción social, cognitivas, y de conducta. Escala de habilidades emocionales para padres (EHE-2) Beck Depression Inventory (BDI, Beck, 1978) Strengths and Difficulties Questionnaire for children (SDQ-A, Goodman, 2001) Strengths and Difficulties Questionnaire for parents (SDQ-P, Goodman, 1999) Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQi:YV, Bar-On, 2000)

Resultados

Consistencia interna y fiabilidad del test: Alpha de Cronbach de 0'91 para la EHE-1 y 0'95 para la EHE-2. Los resultados dan soporte a las propiedades psicométricas de la EHE-1 y la EHE-2: alta consistencia interna.

La correlación negativa entre la EHE-1 y el BDI confirma que a más HHEE, menos nivel de depresión. Correlaciones negativas entre todas las escalas que evalúan problemas emocionales, de relación y de conducta y positiva con el comportamiento prosocial, como también con el global de puntuaciones del inventario de Bar-On.

Conclusiones

Son necesarios más estudios para evaluar la influencia específica de unas adecuadas HHEE en la prevención de trastornos mentales y determinar si el aprendizaje y la práctica de estas habilidades puede actuar como un factor de protección en la adolescencia.

NÚM: 75

El papel del dibujo libre y dirigido en niños con enuresis nocturna pre y post tratamiento: resultado del proyecto Coloresis

Natalia García Campos¹; Isabel Miernau López¹; Marina Aragón Yustas²; Reyes Barragán Muñecas³; Mercedes Loro López⁴; Paloma Varela⁵; Jose Luis Moltó⁴; Javier Quintero⁵

1: Clínica Doctor Quintero. Instituto Neuroconductual. Madrid. 2: Instituto Neuroconductual. Madrid. 3: Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. 4: Grupo Coloresis. 5: Hospital Infanta Leonor. Madrid

Introducción

La enuresis nocturna es emisión incontrolada e involuntaria de la orina durante el sueño en niños a partir de los 5 años, edad en la que la fisiología ha madurado lo suficiente como para que se produzca el control del esfínteres. Este es un trastorno bastante frecuente en la infancia, incluso en la adolescencia, con mayor prevalencia en los varones, afecta aproximadamente a un 20% de los niños de 5 años, y aunque ese porcentaje decrece a medida que aumenta la edad, puede llegar a padecerse incluso bien adentrada la pubertad. De este trastorno se sabe que tiene un importante componente genético, pero que existen otros factores precipitantes asociados, como disfunciones orgánicas, agentes ambientales, educacionales y emocionales. Los niños, mediante el dibujo proyectan al exterior los pensamientos, emociones y sentimientos acerca de sus vivencias que de otro modo no serían capaces de comunicar. Muchos terapeutas definen al arte como un vehículo de rehabilitación por medio de la creatividad y la expresión artística. Por esto último, y por la repercusión a nivel anímico que ocasiona este trastorno, hemos creído importante evaluar la parte afectiva asociada a este problema mediante la expresión artística.

Metodología

En este proyecto han participado médicos pediatras de diferentes localizaciones geográficas dentro de España, a los que se les pidió la presentación de dos casos de niños con enuresis nocturna, que no estuvieran en tratamiento farmacológico inicialmente, a los que se les pediría dos dibujos, uno libre y otro referido a cómo ven sus noches, y que después dieran una explicación de lo representado. Tras 6 meses de tratamiento, o antes si ya se ha superado el problema, el niño repetía los dos dibujos. A los pedia-

tras colaboradores se les asignaba una carpeta por paciente, con el siguiente material: una hoja explicativa para los padres, un consentimiento informado para poder utilizar el material de forma anónima, las cuatro láminas necesarias para realizar los dibujos, y una caja de ceras de colores, aunque esto no limitaba la utilización de otros materiales plásticos (rotuladores, lápices, etc.). Una vez terminado el proceso de recogida de la información, los dibujos fueron interpretados por psicólogos infantiles.

Resultados

Esta experiencia aborda a través de los dibujos de los niños, como se perciben con respecto al entorno, y las repercusiones a nivel anímico, mientras se padece este trastorno y como esos factores evolucionan una vez superado el problema. 185

Conclusiones

Los resultados obtenidos son principalmente cualitativos, por lo que en el congreso se presentarán los casos más representativos, con una explicación a nivel normativo, simbólico y formal de cada uno de ellos. También se expondrán los rasgos encontrados más comúnmente al analizar los dibujos, y con qué tipo de afectos se podrían asociar, teniendo en cuenta la evolución de estos según la edad del paciente, y por ende la mayor repercusión global del trastorno en la vida del niño.

NÚM: 76

Desarrollo neuropsicológico y función tiroidea de las madres durante el embarazo

Maria Teresa Martín Lunar

Fundacion Sorapan de Rieros. Badajoz

Introducción

La función tiroidea materna durante los primeros momentos del embarazo es determinante en el desarrollo cerebral fetal, debido a que el tiroides fetal es incapaz de producir T4 antes de la 12-14 semana de gestación. (Pop et al 1999). La hipotiroxinemia materna, o bajos niveles de T4 Libre (FT4) sin repercusiones clínicas en el 1er trimestre del embarazo, implican un mayor riesgo de trastornos en el desarrollo neuropsicológico del feto. (Morreale et al 2000) Anteriores estudios (Sanchez Vega et al 2008) encontramos que un 30% de las embarazadas de nuestro medio, ingiere menos de la

- 44** mitad de las dosis diarias de Yodo recomendadas por la OMS y necesarias para mantener unos correctos niveles de hormonas tiroideas. **OBJETIVO:** En el presente estudio se analiza la relación entre la FT4 materna durante el primer trimestre de embarazo y el desarrollo madurativo de sus hijos.

Metodología

Estudio doble ciego en el que, mediante test neuropsicológicos y diferentes escalas clínicas, se compara un grupo de niños hijos de madres con FT4 por debajo del percentil 10 (n=29) con otros de madres con los niveles en la media (n=57) de una muestra total de 980 embarazos. En este estudio se analizan los resultados de la CBCL realizadas por las madres

Resultados

El grupo de niños hijos de madres con FT4 baja no pre-

senta diferencias estadísticamente significativas cuando se compara con el grupo de hijos de madres con FT4 normales en ninguno de los grupos de la CBCL CBCL_I WITH Caso 27 2,33 ,350 Control 57 2,04 ,291 CBCL_II SOMAT Caso 27 ,89 ,187 Control 57 1,12 ,225 CBCL_III ANXDEP Caso 27 3,74 ,376 Control 57 3,79 ,528 CBCL_IV SOC Caso 27 1,37 ,221 Control 57 1,75 ,240 CBCL_V THOUGHT Caso 27 ,41 ,153 Control 57 ,39 ,102 CBCL_VI ATT Caso 27 3,26 ,610 Control 57 3,11 ,463 CBCL_VII DELINQ Caso 27 1,41 ,246 Control 57 2,04 ,260 CBCL_VIII AGRESS Caso 27 6,70 ,854 169 Control 57 7,67 ,816

Conclusiones

En el presente estudio no se encuentran diferencias en las valoraciones de las madres sobre sus hijos (medidas a través de la CBCL) entre el grupo de casos y controles