

revista de psiquiatría

infanto-juvenil

Volumen 25 • Número Especial • 2008

**S
U
M
A
R
I
O**

**Especial
XLIII
Reunión Anual
de la
Asociación Española
de Psiquiatría
del Niño y
del Adolescente**



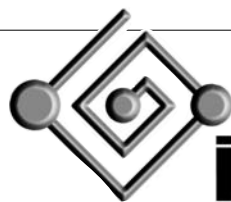
AEPNYA

Edita

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2008;25(Especial)



asociación española de psiquiatría

infanto-juvenil

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

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director

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

Secretario

J. Busto Arenas

Vocales

A. Fernández Rivas (Bilbao)

T. Martínez Rey (Badajoz)

M. Martínez Velarte (Zamora)

I. Olza Fernández (Zaragoza)

A. Pérez Rodríguez (Badajoz)

J.A. Mazaira Castro (Santiago de Compostela)

T. Alcaina Prósper (Albacete)

Vocales aepij.com

O. Herreros Rodríguez (Sta. Cruz de Tenerife)

T. Cantó Díaz (Barcelona)

M.S. Salcedo Salcedo (Badajoz)

P. Ruiz Lázaro (Teruel)

M.J. Ruiz Lozano (Murcia)

J. Royo Moya (Pamplona)

R. Alonso Cuesta (Sevilla)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPIJ

Presidenta: María Jesús Mardomingo Sanz

Vice-presidente: José Eugenio de la Fuente Sánchez

Secretario: Pedro Manuel Ruiz Lázaro

Tesorero: César Soutullo Esperón

Vocal: María Dolores Domínguez Santos

COMISIÓN DE REDACCIÓN Y PROGRAMACIÓN

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

P. Rodríguez RamosPresidente Comisión Científica AEPIJ

M.D. DomínguezVocal AEPIJ

J. Toro i TralleroMiembro Electo por la AEPIJ

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPIJ

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Rodríguez Sacristán

J. Tomàs i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

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

Secretaría de Redacción

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

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

Siglo
EDITORIAL

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

Copyright 2005

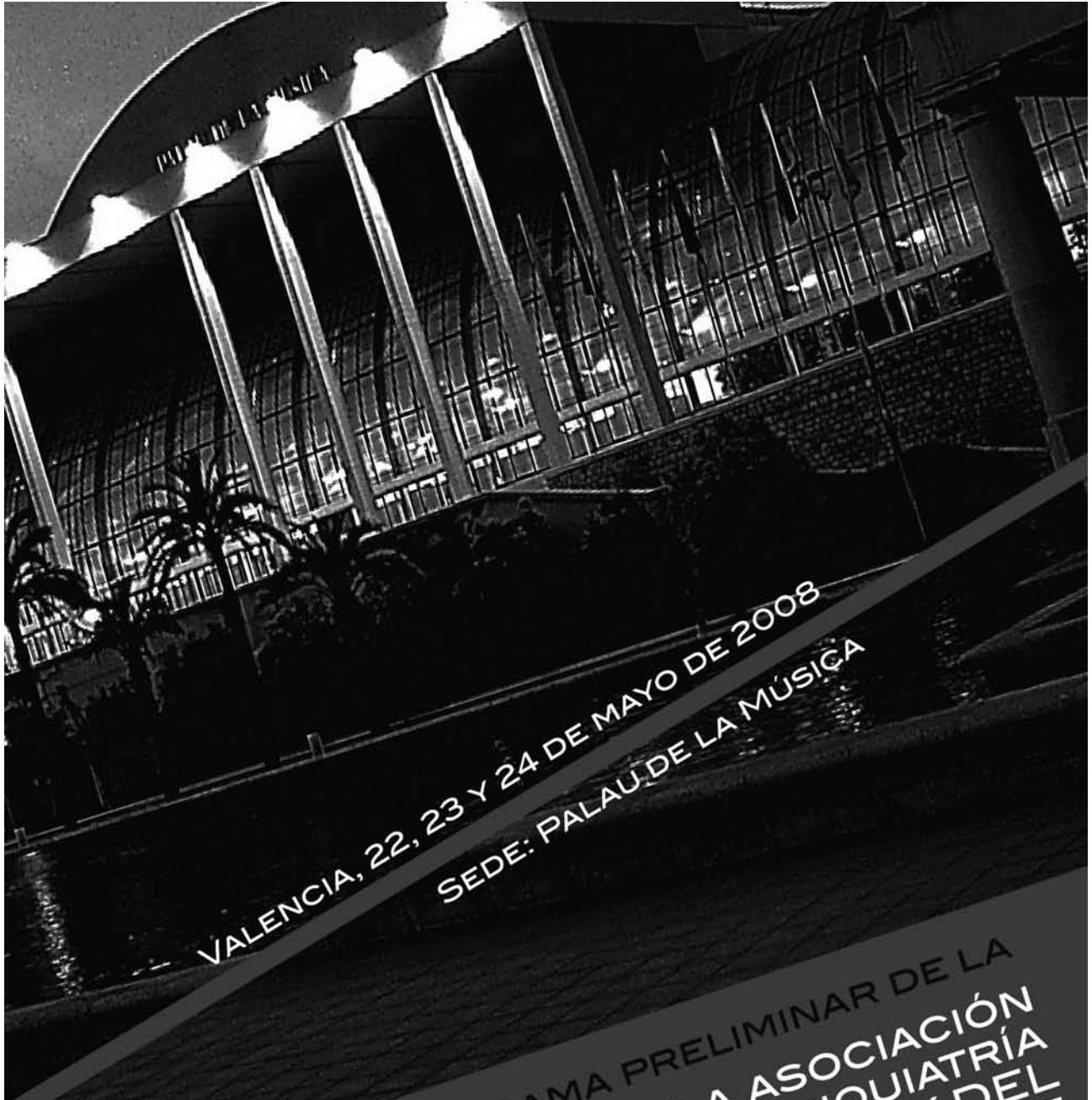
©Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Editorial Siglo.

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

Depósito legal: B-41.588-90

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM



VALENCIA, 22, 23 Y 24 DE MAYO DE 2008

SEDE: PALAU DE LA MÚSICA

PROGRAMA PRELIMINAR DE LA
REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA
DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE

43

43 REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

5

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

Dr. Javier de Loño Capote

Vicepresidenta:

Dra. Gemma Ochando Perales

Vocales:

Profra. M.^a Vicenta Maestre

Dra. Auxi Javaloyes

Dr. Oscar Herreros

Dr. Francisco Sánchez

COMITÉ CIENTÍFICO:

Dr. Javier de Loño Capote
Dra. Gemma Ochando Perales
Profra. M.^a Jesús Mardomingo
Profra. M.^a Vicenta Mestre
Profra. Carmen Ballesteros
Prof. Josep Toro Trallero

CARTA DE INVITACIÓN

Para el Comité Organizador de la 43 Reunión de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, es un gran honor y una inmensa satisfacción celebrar este Evento en una Ciudad como Valencia.

Hemos intentado elaborar un Programa Científico con temas de palpitante actualidad e interés Médico, Psicológico y Social. La Necesidad de Autoafirmación es una de las necesidades fundamentales del Ser Humano. Los Valores Educativos, el soporte y protección emocional, la ayuda psicológica y la Psicoeducación Familiar son pilares y constructos básicos.

Expertos de reconocido prestigio Profesional nos proporcionarán gratos y documentados Talleres, Mesas Redondas y Conferencias.

Os invito a asistir y disfrutar tanto del Congreso- Reunión como de la Ciudad de Valencia y sus innumerables ofertas culturales, gastronómicas y lúdicas.

Por último os ofreceremos unas originales sorpresas músico-culturales que a buen seguro recordareis con satisfacción y agradable nostalgia.

Un Saludo Cordial

Dr. Javier de Loño Capote.
Presidente del Comité Organizador.

PROGRAMA PRELIMINAR DE LA 43 REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

JUEVES 22 DE MAYO

- 15,00 h. **APERTURA DE LA SECRETARÍA.**
- 15,30 h. TALLER 1: **SALA GARCÍA NAVARRO
URGENCIAS PAIDOPSQUIATRICAS**
Moderador: *Prof. José Ramón Gutiérrez Casares.*
Hospital Clínico de Badajoz
Ponentes: *Dr. José Ramón Gutiérrez Casares.*
Dr. Óscar Herrero.
- 17,30 h. TALLER 2: **SALA GARCÍA NAVARRO
PECULIARIDADES PSICOFARMACOLÓGICAS EN LA INFANCIA.
ENSAYOS CLÍNICOS.**
Moderador: *Dr. Miguel Ángel Català.*
Hospital Clínico de Valencia
Ponentes: *Prof. Cecilio Álamo.*
Dr. Pedro Javier Rodríguez
- 19,00 h. TALLER 3: **SALA GARCÍA NAVARRO
RELEVANCIA DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL.
INNOVACIONES EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS.**
Moderadora: *Profra. Rafaela Caballero.*
Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla.
Ponentes: *Prof. Rafael Sales.*
Lda. M^a Ángeles Maciá.
Dr. José Ángel Alda.

VIERNES 23 DE MAYO (SALA RODRIGO):

9,00-11,00 h. **MESA REDONDA: PSICOPATOLOGÍA Y ADOPCIÓN: TRASTORNOS DE CONDUCTA EN NIÑOS ADOPTADOS.**

Moderadora: *Profra. Carmen Ballesteros*. H. Clínico. Valladolid.

Ponentes: Trastornos de conducta en niños adoptados.

Dra. Gemma Ochando.

- Apoyo postadoptivo en la primera infancia.

Profra. M^a Vicenta Mestre.

- Dinámicas de adaptación familiar. *Prof. Ana Berastegui.*

- Lo genético y lo adquirido. *Prof. Pedro Benjumea.*

11,00-11,30 h. Café.

11,30-12,00 h. **INAUGURACIÓN OFICIAL.**

12,00-13,00 h. **CONFERENCIA INAUGURAL: ¿NUEVAS BASES NEUROCIENTÍFICAS DE LA MORAL?**

Prof. Javier Sádaba.

13,00-13,30 h. **DEBATE.**

13,30-15,00 h. **COMIDA.** Vestíbulo de los Naranjos.

15,00-17,00 h. **MESA REDONDA: COMPORTAMIENTOS SUICIDAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

Moderadora: *Profra. M^a Jesús Mardomingo*. Hospital Gregorio Marañón.

Ponentes: Características clínicas y factores de riesgo.

Dr. Xavier Gastamiza.

- Evaluación e intervención terapéutica.

Dra. Arantza Fernández Rivas.

- Prevención de las conductas autodestructivas en el adolescente. *Dra. Carmen Tejedor.*

- Factores pronósticos y evolución a largo plazo de los intentos de suicidio. *Dra. M^a Jesús Mardomingo.*

17,00-17,30 h. Café.

17,30-19,30 h. **MESA REDONDA: TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. UNA ACTUALIZACION.**

Moderadora: *Profra. Josefina Castro.*

Hospital Clínico Universitario Barcelona.

Ponentes: Trastorno de pánico con agorafobia en la infancia y la adolescencia. *Dra. M^a Luisa Lázaro.*

- El rechazo escolar en el diagnóstico diferencial de los trastornos emocionales. *Dra. Gloria Canalda.*

- Intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia en los trastornos de ansiedad. *Dra. Auxi Javaloyes.*

- Trastornos de ansiedad en la interconsulta pediátrica. *Dra. Monserrat Graell.*

19,30-20,30 h. **ASAMBLEA AEPNYA.**

21,30 h. **CENA DE GALA: Oceanográfico (Ciudad de las Ciencias)**

VIERNES 23 DE MAYO (SALA LUCRECIA BORI):

9,00-11,30 h. **COMUNICACIONES ORALES.**

Moderador: *Dr. Javier San Sebastian.*

15,30-19,30 h. **COMUNICACIONES ORALES.**

Moderador: *Dr. Juan José Carballo.*

9,00-12,00 h. **PRESENTACIÓN DE POSTERS. (SALA DE EXPOSICIONES):**

Moderador: *Dr. Francisco Rey.*

15,30-19,00 h. **PRESENTACIÓN DE POSTERS. (SALA DE EXPOSICIONES):**

Moderador: *Dr. Francisco Rey.*

SABADO 24 DE MAYO (SALA RODRIGO):

- 9,00-11,00 h. **PONENCIA DE RELEVANCIA CIENTÍFICA: TRASTORNOS DEL VÍNCULO Y EXPERIENCIA TEMPRANA.**
Moderadora: *Dra. Concepción de la Rosa.*
Ponentes: *Dr. Ignacio Avellanosa.*
Dr. José L. Pedreira.
- 11,00-11,30 h. Café.
- 11,30-13,00 h. **PONENCIA DE RELEVANCIA CIENTÍFICA: PSICOFARMACOLOGÍA SELECTIVA DE LA MANÍA Y CONDUCTAS AGRESIVAS.**
Moderadora: *Dra. M^a Dolores Domínguez.*
Vicerrectora de la Universidad de Santiago de Compostela.
Ponente: *Prof. Boris Birmaher.*
Discusor: *Dr. César Soutillo.*
- 13,00-14,00 h. **CONFERENCIA DE CLAUSURA: ADULTOS EN EL NIÑO, EL NIÑO EN EL ADULTO.**
Presentador: *Dr. Javier de Loño Capote.*
Hospital Universitario La Fe. Valencia.
Ponente: *Prof. Castilla del Pino.*
- 14,00 h. **ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA OFICIAL.**
Fundación Alicia Koplowitz



INFORMACIÓN GENERAL

11

▶ SEDE DEL CONGRESO

Palau de la Musica i Congressos de Valencia
Passeig de l'Albereda, 30
46023 Valencia

▶ ACREDITACIONES

La Universitat de Valencia y el Vicerrectorado de Estudios a través del Servicio de Extensión Universitaria reconoce el valor científico y el carácter formativo del **Congreso Nacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente**, con el consiguiente reconocimiento de créditos para los estudiantes en las diferentes titulaciones que se imparten en la Universitat.

EVES

Escuela Valenciana de Estudios Superiores y La Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud (En trámite)
a Profesionales Sanitarios: Médicos-Psicólogos Clínicos y Enfermería, de las diversas Comunidades Autónomas que concurren.
Créditos para la Carrera Profesional.

CEFIRE

(Centro de Formación y Acreditación del Profesorado, C.V.)
Créditos para la Formación Profesional.

PATROCINADORES



EXPOSITORES

LILLY, S.A.
JANSSEN CILAG, S.A.
JUSTE
LABORATORIOS RUBIO, S.A.
FERRING



un|congress

Secretaría Técnica: ATLANTA Unicongress

Avda. Luis Montoto, 107 - 41007 Sevilla

Tfno 954 581 101 - Fax 954 580 646

E-mail: aepnya2008@unicongress.org

<http://aepnya2008.unicongress.org>



14 URGENCIAS PAIDOPSIQUIÁTRICAS

O. Herreros Rodríguez¹. JR Gutiérrez Casares²

¹ Psiquiatra. Hospital Universitario de Canarias. ² Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción. La consideración de “urgencia” depende tanto de la gravedad e inmediatez del daño potencial para el paciente y su familia (y para el bienestar de ambos) como de los recursos clínicos y comunitarios accesibles para éstos. Situaciones tales como crisis de agresividad, episodios psicóticos agudos, estados de ansiedad extremos, intentos de suicidio, intoxicaciones (etílicas, por drogas), etc., pueden requerir una intervención psiquiátrica inmediata, preferiblemente en un entorno que permita disponer de otros recursos médicos (no sólo psiquiátricos) de diagnóstico y tratamiento. Pero otras veces, la disponibilidad de recursos de atención urgente atrae a casos crónicos o menos graves, en un reflejo de la ausencia de recursos comunitarios de salud mental y/o de la incapacidad de la familia para acceder a los recursos clínicos y sociales disponibles que pudieran haber prevenido la crisis o permitido su manejo en un ambiente más favorable. Aunque es evidente que estos casos pueden requerir una intervención más o menos inmediata, la necesidad de una atención urgente es relativa. Tal necesidad muchas veces viene determinada por una incapacidad para manejar o comprender ciertos sentimientos, pensamientos o conductas de un niño en su ambiente, generándose una demanda de atención urgente que pretende paliar dicha incapacidad o la ausencia de otros recursos más adecuados a las necesidades del caso. Así, esta precariedad puede llevar al mal uso de los recursos psiquiátricos hospitalarios y de urgencias como medio para sustituir otros tales como centros de tratamiento residencial, centros de acogida inmediata, centros de detención, etc. (Halamandaris y Anderson, 1999).

Las urgencias psiquiátricas en la infancia, antes consideradas muy poco comunes o inexistentes, han ido aumentando progresivamente en los últimos años, a costa sobre todo de trastornos afectivos y de trastornos del comportamiento. Las causas de este cambio aún son poco claras, aunque se especula con cuestiones como el aumento de las familias monoparentales y las dificultades económicas (Achenbach y Howell, 1993). Por otro lado, la escasez de servicios adecuados en salud mental específicamente infanto-juveniles puede en parte estar determinando este aumento de las demandas urgentes, al ser poco eficaces las intervenciones disponibles.

Evaluación urgente en Psiquiatría Infanto-Juvenil

Las urgencias psiquiátricas se caracterizan por la intensidad de los síntomas presentes, la sensación de peligro inminente (para el paciente o para terceros) y la existencia de un conflicto entre las partes implicadas. Sin embargo, casi nunca son el resultado de procesos repentinos. Aunque ocasionalmente un niño o un adolescente previamente sano pudiera presentar una descompensación psiquiátrica ante ciertos sucesos traumáticos, o incluso debido a patologías somáticas de base, por lo general los síntomas motivo de remisión urgente suelen estar precedidos de una historia más o menos larga de problemas conductuales y/o emocionales. Así, una cuestión clave en la evaluación es: “¿porqué ahora?”

El niño es un ser altamente dependiente de su entorno (familia, colegio, comunidad), por lo que cualquier efecto adverso en estas áreas puede precipitar la crisis. Desde cierta perspectiva, muchas urgencias psiquiátricas infanto-juveniles representan un desajuste entre las necesidades y los recursos disponibles (Allen, 1999), y el objetivo de la intervención sería determinar la naturaleza y las causas de tal desajuste e identificar las necesidades pertinentes (tratamiento ambulatorio, intervención farmacológica, apoyo familiar, etc.) a fin de restablecer el ajuste.

Inicio y objetivos de la valoración psiquiátrica infanto-juvenil urgente

Los objetivos básicos de la evaluación urgente deben ser (Thomas y King, 2003):

1. Obtener el motivo de remisión desde el punto de vista de todos y cada uno de los informadores disponibles.
2. Establecer una suerte de alianza terapéutica, en lo posible, tanto con el paciente como con el resto de los “afectados” (familia, cuidadores principales,...).
3. Obtener una historia del desarrollo del paciente orientada al motivo de demanda urgente, contemplando su nivel de funcionamiento previo y con particular atención a los potenciales desencadenantes de la crisis actual.
4. Realizar una evaluación psicopatológica con especial atención a la posible ideación suicida y/o heteroagresiva, ansiedad extrema, delirios, alucinaciones, trastornos del curso del pensamiento, y síntomas de confusión, desorientación o delirium.
5. Establecer el grado de riesgo potencial para el paciente y para terceros.
6. Plantear una formulación diagnóstica que incluya el diagnóstico diferencial y los posibles agentes precipitantes de la crisis actual.



7. Plantear una formulación terapéutica centrada en la crisis, y la forma de llevarla a la práctica.

No obstante, ante cualquier evaluación urgente, y antes de iniciar al proceso clínico propiamente dicho, el clínico debe valorar de forma inmediata la presencia de (Dulcan et al., 2003):

- Enfermedad somática y/o efectos secundarios de medicamentos.
- Traumatismo cráneo-encefálico.
- Intoxicación (accidental o intencionada).
- Sobredosis y abstinencia de alcohol u otras drogas.
- Necesidad (o posibilidad) de sujeción física.
- Paciente portador de armas o de sustancias (tóxicos, drogas, fármacos,...).

Cuestiones generales

Muchos servicios psiquiátricos, excesivamente sobrecargados de trabajo clínico, circunscriben la evaluación a dos cuestiones básicas:

1. ¿Hay riesgo de auto/heteroagresividad?
2. ¿Es precisa una hospitalización para llevar a cabo el tratamiento?

Este modelo, aunque contempla dos cuestiones clave en la evaluación, acota en exceso la valoración, dificulta la comprensión de la situación clínica, y hace poco útil la evaluación para la progresión del paciente. No obstante, debe recordarse que la evaluación urgente se realiza en condiciones por lo general adversas (desconocimiento del paciente y su familia, disponibilidad limitada de informadores, gravedad sintomática, peligrosidad del paciente o de la situación, presión asistencial, tiempo restringido, interrupciones frecuentes y a menudo extemporáneas, personal auxiliar poco experimentado e incluso hostil, infraestructura inadecuada, carencia de recursos terapéuticos), y exige una toma de decisiones clínicas y terapéuticas casi inmediata partiendo de escasa información disponible (y no siempre objetiva), por lo que no se le puede exigir más que una eficacia limitada y centrada en la crisis.

La atención médica en Urgencias tiende a convertirse en el recurso habitual ante la ausencia de una atención ambulatoria suficiente y/o adecuada, considerándola el paciente o sus cuidadores un recurso de 24 horas donde cabe todo y todo debe atenderse y solucionarse sin importar tiempo u hora. Frente a esto, la urgencia debe ser un tiempo clínico concreto y ágil (que no precipitado ni incompleto), donde el clínico debe obtener y manejar los datos relevantes de forma eficaz, evitando informaciones innecesarias. Desde el primer momento, el clínico

experimentado debe tratar de dirigir la intervención hacia el síntoma relevante para formular hipótesis etiológicas, diagnósticas y terapéuticas abiertas pero útiles para el futuro del paciente. Así, el objetivo final de la atención urgente deberá ser la resolución de la crisis actual, de sus causas y de los factores, habilidades y competencias que servirán para restablecer la situación.

Una cuestión clave, y pocas veces mencionada, es lo intempestivo de las horas en que surge la demanda asistencial. Ello complica aún más la disponibilidad de informadores alternativos, limita las opciones terapéuticas, dificulta el contacto y la coordinación con el terapeuta habitual y, por supuesto, merma la capacidad del clínico al frente de la urgencia.

Lugar de trabajo

Es clave realizar la valoración en una zona tranquila, con pocas distracciones ambientales y sin enfermos somáticos a la vista (por lo que de distracción supone). Debe estar libre de objetos e instrumental médico peligroso o delicado (punzantes, salidas de oxígeno u otros gases), así como de muebles inestables o entorpecedores que impidan en un momento dado la contención del paciente o la salida del médico. Además, el área debe estar lo suficientemente aislada como para que el paciente no colaborador no moleste al resto de los pacientes de urgencias y viceversa, pero no tanto como para estar fuera del alcance del resto del personal en caso de una situación de riesgo (agitación, amenazas físicas, cuadro orgánico grave previamente no evaluado, etc.).

Informadores

Como ya se ha dicho, la clave para el clínico es identificar por qué ha llegado ese niño a requerir una evaluación urgente y por qué en este momento concreto. La decisión de acudir a Urgencias por lo general proviene de un adulto, que suele ser el informador principal en ese momento. El clínico deberá recabar información, en un tiempo escaso y en condiciones adversas, de cuantas fuentes pueda, información a veces contradictoria que tendrá que reconciliar o rechazar. En caso de que el paciente sea llevado a Urgencias por terceras personas no relacionadas (p. ej., policía) y que no van a permanecer con él, es esencial hablar con ellos antes de que abandonen Urgencias para conocer todos los detalles posibles sobre las circunstancias del caso, así como posibles contactos con familia o cuidadores del niño.

Los motivos de demanda de atención urgente suelen ser descritos de forma muy diferente por los distintos



16 adultos responsables (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Estas discrepancias complican la valoración, pero pueden también aportar mucha información sobre el ambiente en que se desarrolla la vida del paciente y sobre las causas de la crisis. A veces, los síntomas del paciente dependen de las situaciones en que se mueve, apareciendo o no según el contexto. Los padres tienden a reconocer con mucha rapidez las dificultades conductuales de sus hijos, pero minimizan o no hablan de sus propias dificultades, sobre todo cuando se trata de discordias maritales (separación, malos tratos,...), que pueden estar determinando la aparición de la crisis. Junto con esto, el niño tiende a mostrarse defensivo, retraído, avergonzado o temeroso de castigo, por lo que puede divagar o minimizar los problemas, o tratar de ocultar algún problema familiar (enfermedades mentales, malos tratos, consumos de alcohol u otras drogas, abusos,...). En este último caso la valoración es extremadamente difícil, y a menudo inútil.

Valoración de riesgos

La evaluación urgente de riesgos potenciales es una tarea en extremo importante y difícil. La historia previa del paciente, la información aportada por terceros y la exploración psicopatológica son claves en este punto, proporcionando gran parte de los datos necesarios para determinar las causas de la crisis motivo de demanda urgente y para formular un juicio clínico diagnóstico. La cuestión crucial entonces es decidir si el paciente está preparado para regresar a su medio y a su vida normal o si, por el contrario, precisará medidas terapéuticas ulteriores más intensivas y/o restrictivas, tales como su ingreso hospitalario o permanecer en observación en Urgencias. Esta decisión depende, en gran medida, del riesgo que pueda suponer el paciente para sí mismo o para los demás.

Hay casos, como una intoxicación medicamentosa con fines suicidas de resultados graves, un episodio psicótico agudo florido, un delirium orgánico, una agitación persistente, etc., que son claros y fáciles. Pero, por lo general, las manifestaciones suelen ser más ambiguas. En tales casos, el ambiente familiar del paciente y su capacidad de contención y protección, y el resultado de intentos de tratamiento ambulatorio previos, son datos orientadores muy útiles para decidir la eventual necesidad de realizar un ingreso hospitalario. Además, la presencia de signos como la impulsividad, el pobre "insight" del paciente, las conductas de riesgo en escalada (conducción temeraria, promiscuidad sexual, peleas, consumo de

drogas) o la autoagresividad, aún sin intencionalidad suicida franca, son datos también a tener en cuenta.

Muchos niños pueden ser agresivos o violentos en un ambiente, por ejemplo el colegio, y no presentar tales manifestaciones en otros (como su casa, o la consulta médica). Por ello, el valor predictivo de la evaluación del comportamiento en Urgencias es pobre. Del mismo modo, una actitud agresiva u hostil durante la crisis no tiene porqué determinar la necesidad de una hospitalización si el ambiente en que se produjo puede ser modificado adecuadamente (Reid, 1988).

Por último, debe tenerse en cuenta que muchas veces la hospitalización se complica por factores externos, como la disponibilidad de cama, la adecuación de los medios y de los recursos disponibles, etc. Frente a esto, hay que recordar no confundir las necesidades del enfermo con consideraciones prácticas que pueden alterar de forma espuria el resultado del juicio clínico.

Entrevista con el paciente y evaluación psicopatológica

Frente a la evaluación estándar, que puede desarrollarse durante horas en varias sesiones, la evaluación urgente exige ser completada a lo largo de una sola sesión (fraccionada o no) y en un tiempo limitado. Debe además realizarse en condiciones adversas, y con un niño muchas veces atemorizado o a la defensiva, o asustado por encontrarse en un hospital. Obtener la cooperación del paciente en estas circunstancias puede ser en extremo difícil, tanto más cuanto que el alto nivel de emoción expresada que suele provocar la crisis y la coerción muchas veces presente para llevarlo a Urgencias favorecen el oposicionismo del niño. Así, solemos estar ante un paciente enfadado, hostil, mutista o incluso francamente agresivo. A veces puede vencerse esta actitud invocando al desconocimiento del paciente y de los hechos, lo que puede convertirnos en oyentes más comprensivos y objetivos con él (el paciente).

La evaluación psicopatológica del paciente (tabla 1, historia clínica en Urgencias) es, evidentemente, el centro de la exploración (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Dentro de ella, debe hacerse especial hincapié en:

- nivel cognitivo (intelectual);
- capacidad de juicio y de introspección;
- desorientación, confusión, alteraciones o fluctuaciones del nivel de conciencia;
- ataxia, apraxia, habla incomprensible;
- trastornos de la memoria;
- discurso incoherente u otros trastornos del mismo;



- alteraciones en el estado de ánimo (bien por defecto, bien por exceso);
- labilidad emocional;
- delirios y/o alucinaciones;
- integridad física del paciente y de terceros, valorada por:
 - impulsividad;
 - presencia de ideación suicida;
 - ideación o amenazas de heteroagresividad;
 - antecedentes de agresividad;
 - tendencia a la agresividad o a la agitación o irritabilidad durante la entrevista.

**Tabla 1.- Historia clínica en Urgencias
(modificada de Dulcan et al., 2003)**

Datos demográficos	Edad, lugar de residencia, escolarización y nivel académico, nivel socio-económico, cuidadores
Historia médica del paciente	
Historia psiquiátrica familiar	
Anamnesis abreviada	
Motivo de la urgencia	Quién la demanda, cómo, porqué, qué pasó, reacción del paciente y del entorno
Intentos de suicidio previos	Cuántos, cuando, métodos empleados
Historia del episodio actual	Desarrollo de los síntomas, intervenciones realizadas
Historia de alteraciones emocionales y/o comportamentales	Depresión, intentos suicidas, agresiones, trastornos de comportamiento, consumo de alcohol y de drogas, psicosis
Funcionamiento familiar, escolar y social	
Situación familiar	Residencia, familiares implicados, capacidad del adulto (estabilidad, competencia, relación con el paciente, actitud hacia él)
Estresores en el paciente y en la familia	

Evaluación del paciente agresivo y/o no colaborador *Consideraciones especiales*

Los episodios de agresividad y/o oposiciónismo son causa frecuente de visitas a Urgencias, a veces incluso en situación de sujeción física o acompañados por la policía. Estos pacientes pueden persistir agitados, agresivos o no colaboradores en Urgencias, lo que dificulta su evaluación y desborda al personal a cargo, sobre todo si es poco

experimentado. Probablemente, este tipo de crisis son las más complejas dentro del campo de la Psiquiatría. El clínico debe mantenerse calmado y realizar una aproximación física cautelosa al paciente, teniendo en mente dos objetivos: realizar la valoración del paciente y, a la vez, promover su capacidad de autocontrol.

Diagnóstico diferencial

La agresividad surge de la interacción de temperamento, ambiente, factores sociales y psicológicos, psicopatología, procesos neurobiológicos,... Un factor clave es el mal control de los impulsos. La impulsividad es un síntoma común en el Trastorno Hiperactivo, la manía, los trastornos de conducta, los cuadros psicóticos, los déficits cognitivos y retrasos madurativos (retraso mental, autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo), etc. La crianza en situaciones desestructuradas o violentas suelen generar niños con dificultades de adaptación, agresivos y tendentes a la violencia en situaciones de estrés y desajuste. El consumo de tóxicos, más frecuente en la adolescencia, puede actuar como desencadenante de la agresividad al provocar irritabilidad, disminución del nivel de conciencia y la capacidad de juicio, desinhibición, etc.

Es importante tener en cuenta que muchos procesos somáticos son susceptibles de determinar la aparición de conductas violentas, desorganizadas o imprevisibles: estados tóxicos metabólicos, intoxicaciones, iatrogenias farmacológicas, encefalopatías, estados poscríticos, lesiones cerebrales frontales, epilepsia del lóbulo temporal, etc. Por ello, es imprescindible llevar a cabo una cuidadosa historia y valoración somáticas, incluyendo tratamientos farmacológicos y consumos de tóxicos (King y Lewis, 1994).

Por último, y no menos importante, debe recordarse que el propio ambiente caótico, cerrado y a veces incluso hostil de la zona de Urgencias puede precipitar episodios de este tipo en pacientes más sensibles a ellos.

Valoración

Debe incluir la historia de episodios similares en el pasado, así como la historia médica, psiquiátrica, familiar y social del paciente y la historia detallada de la crisis actual (factores precipitantes, detalles del propio episodio, daños causados,...). Es importante disponer de la versión del paciente y de cuantos informadores sea posible, recabar la descripción del ambiente en que se produjo y conocer la respuesta de los terceros implicados.

Dentro de la valoración, es clave conocer, por sus



- 18 implicaciones diagnósticas y terapéuticas (Reid, 1988):
- el grado de premeditación y planificación o de impulsividad;
 - el estado de ánimo surgido en el paciente tras el episodio;
 - la consistencia con líneas de conducta previas;
 - la desproporción del episodio y el uso de armas potenciales o reales;
 - la posible percepción por el paciente de actuación defensiva;
 - el nivel de conciencia y capacidad de juicio;
 - la existencia de ideación delirante y alucinaciones;
 - posibles autolesiones;
 - la capacidad del paciente para recordar detalles del episodio, comprender sus consecuencias, aceptar la responsabilidad y expresar remordimientos.

Manejo del paciente

En la evaluación del paciente potencialmente violento la primera consideración ha de ser la seguridad: la del paciente, la de terceras personas, y, por supuesto, la del clínico. El paciente debe estar bajo control conductual antes de cualquier tipo de aproximación, y debe buscarse un ambiente de seguridad mediante un acercamiento respetuoso y educado al mismo, manteniendo una atmósfera de calma y evitando respuestas irritantes o agresivas, así como una interacción hostil. El clínico nunca debería de quedarse solo con el paciente, o al menos no sin la posibilidad cierta de disponer de ayuda física inmediata si fuera precisa. Debe situarse entre el paciente y la puerta, aunque permitiendo una posible salida de éste sin obstáculo. Debe, finalmente, estar atento y hacer caso a sus propios sentimientos de incomodidad, miedo o ansiedad, pues son importantes y precisas señales de alarma ante una posible agresión o la necesidad de ayuda.

El área en la que se encuentra el paciente no debe tener objetos o equipos médicos potencialmente peligrosos, y debe permitir cierto grado de intimidad y tranquilidad. Sin embargo, es necesario que pueda haber supervisión visual externa y un acceso fácil para el caso de que se requiera la intervención física, para lo cual habrá establecido un código o un sistema de alarma. Por último, el espacio físico ha de poder adaptarse a las condiciones requeridas para practicar la sujeción física del paciente, para lo cual deberá haber disponibles en la proximidad los elementos necesarios.

Intervenciones conductuales

La comunicación clara con el paciente y el estableci-

miento preciso de límites son esenciales, y pueden ser muy eficaces para desactivar una situación de riesgo potencial. Ha de explicarse con claridad y firmeza que no se tolerará una conducta inadecuada, y las consecuencias que acarreará, ofreciendo a la vez alternativas aceptables para el paciente.

Si la agitación es el resultado de un proceso somático, y/o se acompaña de desorientación o de desorganización, es conveniente actuar en un ambiente de poca estimulación y con una iluminación suave aunque suficiente, así como reorientar al paciente ocasionalmente. Puede ayudar la compañía de un familiar cercano que le recuerde dónde está y con quién.

Intervenciones farmacológicas

No existe ningún tratamiento de acción inmediata específicamente “antiagresivo”. Normalmente se recurre a una sedación inespecífica del paciente independientemente de la causa, mediante neurolepticos y/o benzodiazepinas. Los agentes más usados son el haloperidol, el diacepam y el loracepam (en los países donde se dispone de ellos en formulación intramuscular, que es la vía de administración más frecuentemente usada).

El haloperidol es un neuroleptico de la familia de las butirofenonas, de alta potencia y de demostrada eficacia en el control de las conductas violentas en adultos (Citrome y Volavka, 1999). Suele usarse en dosis de 2 a 5 mgrs, vía intramuscular u oral, cada 4 a 8 horas según respuesta clínica, o incluso menos si se busca una sedación más rápida del paciente. Debe recordarse que su absorción vía intramuscular es casi el doble que la oral, y con una velocidad de acción bastante mayor. Tiene menos efectos hipotensores, proconvulsivantes y anticolinérgicos que otros neurolepticos potencialmente más sedantes (como la clorpromacina o la levomepromacina). La posible aparición de efectos secundarios extrapiramidales puede llevar a requerir la administración de un fármaco anticolinérgico corrector.

Los nuevos antipsicóticos, por su perfil de efectos secundarios relativamente benigno, es previsible que vayan relevando en el futuro a los antiguos. De entre estos, la olanzapina, por la disponibilidad de formulación intramuscular, es ya un fármaco a tener en cuenta, siendo de primera elección en las crisis psicóticas agudas en adultos según las guías más recientes, con una eficacia semejante a los antipsicóticos clásicos y un mejor perfil de tolerabilidad (Jiménez Busselo et al., 2005). Otra opción podría ser el uso de formulaciones de absorción por la mucosa oral (“velotab”, “flas”, etc.).



También puede plantearse el uso de un fármaco antihistamínico sedante, la difenhidramina, para la sedación de niños agitados, sobre todo si no presentan síntomas psicóticos. No obstante, tanto los antihistamínicos como las benzodiacepinas pueden producir un efecto idiosincrásico de desinhibición conductual y agitación en algunos niños (sobre todo en niños con retraso mental o con lesiones cerebrales), por lo que deben manejarse con precaución.

La elección de fármaco debe tener en cuenta, de ser posible, los usados con anterioridad con el paciente (si los hubiera) y su eficacia o la falta de ésta, así como la experiencia personal del clínico y sus preferencias. Sea cual sea la indicación farmacológica, su uso habrá de determinar una posterior monitorización cuidadosa del niño (signos vitales, nivel de conciencia, reacciones distónicas, etc.).

En general se prefiere la vía de administración intramuscular por su mayor rapidez de acción frente a la oral, y el uso de preparados líquidos o de absorción por la mucosa oral a pastillas en la vía oral por su mayor facilidad de supervisión de la ingesta. No obstante, si la situación lo permite es conveniente permitir al paciente que elija la vía de administración.

Intervenciones físicas

La escalada de violencia lleva frecuentemente a exigir medidas físicas de contención previas a la administración de tratamiento farmacológico, a fin de evitar una situación de daño para el paciente o para terceras personas; dichas medidas se retirarán en cuanto el control de la situación lo permita. Es conveniente desarrollar y aplicar un protocolo para estas situaciones, que deberá contemplar:

1. las indicaciones en que la sujeción física deberá usarse;
2. los roles de cada miembro del personal (quién dirige la acción, cuántas personas son precisas, el concurso de personal de seguridad del centro, etc.);
3. la monitorización posterior del paciente (signos vitales, temperatura, vía aérea, patrón respiratorio, circulación periférica, etc.);
4. el proceso y los tiempos de reevaluación y de retirada de la sujeción.

Evaluación del paciente suicida

Consideraciones especiales

No es infrecuente que los intentos de suicidio en estas

edades sean asumidos como poco serios e irrelevantes (incluso casi “normales”) desde el punto de vista médico-psiquiátrico (sobre todo en la adolescencia) o, por el contrario, que se sobrevalore su intención (sobre todo en niños pequeños, donde el riesgo deriva más de la incapacidad para valorar consecuencias que de la intencionalidad en sí). Ante esto, nunca debe olvidarse que el intento de suicidio es una urgencia potencialmente letal y, por tanto, que exige ser tomada muy en serio independientemente de la edad o del método y de su grado de letalidad real.

Descripción clínica

La detección de factores de riesgo es importante para tomar decisiones con respecto al abordaje terapéutico a seguir con éstos pacientes. En el año 2002, Forster y Wu propusieron dos tipos de factores: los fijos y los modificables. Los primeros son aquellos en los que no existe la posibilidad de cambio, aún realizando intervenciones terapéuticas. Incluyen intentos de suicidio previos, ideación suicida del momento, factores genéticos, de género, edad, etnia, situación económica y orientación sexual. Los factores de riesgo modificables son la ansiedad, la desesperanza, el acceso a medios para cometer suicidio, la interrupción de un tratamiento, la presencia de trastorno mental grave, el aislamiento social y las enfermedades médicas (Forster y Wu, 2002).

La American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2001) señala como factores de riesgo para ambos sexos los trastornos del humor, la pobre comunicación entre padres e hijos y la existencia de intentos suicidas previos, en tanto que el uso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años. Los ataques de pánico son importantes a considerar cuando se presentan en mujeres, mientras que la agresividad aumenta el riesgo de ideación o intento suicida en varones. Es también un factor de riesgo la historia de cambios rápidos de humor (cortos períodos de depresión, ansiedad y rabia que pasan a eutimia y/o manía, sobre todo si se asocian síntomas psicóticos con ideación paranoide y alucinaciones visuales o auditivas).

Por otra parte, aquellos adolescentes con trastornos de la identidad sexual tienen un riesgo aumentado, debido a que presentan múltiples factores de riesgo, tales como depresión, intentos suicidas previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares y ostracismo en la escuela. A este grupo de adolescentes de alto riesgo se suman también aquellos niños o adolescentes víctimas de abuso sexual o físico.



20

Los trastornos mentales asociados a suicidio e intento suicidio son, en su orden, depresión mayor, episodios maníacos y trastornos psicóticos. El riesgo aumenta cuando a los trastornos del estado de ánimo se asocian el abuso de sustancias, alcoholismo y/o antecedentes de conductas agresivas. Dentro de los trastornos de personalidad asociados al suicidio, el diagnosticado con más frecuencia es el Trastorno Límite de Personalidad (borderline). Otro grupo importante es el de pacientes con personalidad histriónica (Gastaminza et al., 2005).

La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes. Es un factor de riesgo, además, para aquellos niños y jóvenes que están solos, sin familia o con poco apoyo social. Se asocian también como factores de riesgo la pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas y un escaso apoyo familiar. Finalmente, se considera un factor de riesgo en adolescentes la existencia de historia familiar de comportamiento suicida.

Evaluación

Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida.

La información debe obtenerse de diversas fuentes, que incluyen al propio paciente, padres o cuidadores, informes escolares y cualquier persona que tenga relación directa con el niño. En el caso de los adolescentes se considera importante también la información de los amigos y de la pareja. En el caso de los niños, además de las entrevistas se recomiendan el uso del juego y la observación de conductas.

Al investigar acerca del intento suicida, es importante prestar especial atención al método utilizado y a cuántas veces se ha intentado previamente. Es de considerar que varios intentos suicidas y el uso de métodos inusuales que comprometan seriamente la vida del paciente son predictivos de riesgo real de suicidio consumado. En caso de que la urgencia sea por ingestión de medicamentos u otras sustancias, el clínico debe evaluar si éstas son potencialmente letales y si fueron ingeridas como un acto impulsivo o si, por el contrario, existía una planificación previa, de manera que pueda comprobarse si ésta implicaba realmente un intento suicida. Es también importante determinar el conocimiento real que el paciente tiene de la sustancia y de su capacidad de dañarle.

El clínico debe ser cuidadoso e identificar a aquellos

pacientes que tienen un riesgo potencial de muerte, que incluyen varones de 16 a 19 años, niños o adolescentes de ambos sexos que presentan un trastorno mental asociado (depresión, manía, hipomanía, trastorno bipolar, psicosis), abuso de sustancias, agitación e irritabilidad. Además de estos deben considerarse también los factores ambientales y sociales, tales como aislamiento, estrés, la existencia en el entorno de patrones de imitación e historia familiar de psicopatología (comportamiento suicida, enfermedad bipolar, abuso físico o sexual). Cuando se sospecha la existencia de abusos sexuales se recomienda investigar si han tenido lugar antes del intento o coinciden con la ideación o el intento suicida (Gastaminza et al., 2005).

Es importante además evaluar los motivos que han llevado al acto suicida, por ejemplo el interés por llamar la atención, el intento de modificar algo en las relaciones personales, acompañar a algún familiar que ha muerto, evitar una situación intolerable o incluso la venganza. Se considerará que si estos motivos no han sido satisfechos, el riesgo suicida persiste.

Consideraciones legales

En referencia a la vulnerabilidad legal del clínico, hay que recordar que una buena historia clínica es en sí misma la mejor arma legal. Así pues, la documentación clara, aún contando con la premura de tiempo, tanto de la evaluación clínica como de su resultado, de las decisiones tomadas y de las acciones llevadas a cabo y sus porqués son fundamentales en este aspecto.

Sobre la confidencialidad, aún siendo mandatoria en la relación médico-paciente, tiene menor valor que la preservación de un daño a terceras personas (incluido el clínico) y al mismo paciente, por lo que podrá vulnerarse ante tal riesgo, lo que, nuevamente, deberá documentarse en la historia clínica (Simon y Goetz, 1999).

En cuanto a la involuntariedad del paciente y la toma de decisiones participada con éste y su familia, el mayor de 16 años no incapaz ni incapacitado es plenamente autónomo según la actual legislación española, y entre los 12 y los 15 años tiene derecho a estar plenamente informado y ser escuchado, aún cuando prevalece el derecho de los padres o tutores legales. En caso de grave riesgo, no obstante, prevalecerá el criterio del facultativo (Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). El ingreso psiquiátrico, si procede, requerirá de autorización judicial aún cuando el detentador de la patria potestad esté de



acuerdo, y “se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor” (sic) (Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor).

Consideraciones finales

El previsible crecimiento de la demanda en Salud Mental Infanto-Juvenil exige un esfuerzo de desarrollo e integración de servicios sanitarios, con estructuras que promuevan y faciliten la atención ambulatoria y permitan limitar el acceso a urgencias a aquellos casos que realmente lo requieren. Este modelo racional de cuidados exige la creación de Centros y Unidades ambulatorias de Salud Mental de Zona, dispositivos de atención domiciliaria, unidades de descanso o respiro para familiares/cuidadores, programas de hospitalización parcial y Centros y Hospitales de Día, y equipos y dispositivos de intervención en crisis (incluso desplazables llegado el caso).

Sólo un sistema racionalmente desarrollado permitirá, por un lado, contener la demanda urgente (con el desorbitado gasto sanitario que puede llegar a generar), y, por otro, proporcionar a los clínicos y a las unidades de urgencias y hospitalarias las opciones terapéuticas precisas para hacer de la atención urgente una atención realmente útil y eficaz. Además de, por supuesto, evitar en muchos casos tener que llegar al punto de necesitar recurrir a la atención urgente.

Bibliografía

- Achenbach TM, Howell CT: Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1145-1154.
- Allen MH: Level one psychiatric emergency services: the tools of the crisis sector. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 713-734.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 4S-20S.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 24S-51S.
- Citrome L, Volavka J: Violent patients in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 789-801.
- Dulcan MK, Martini DR, Lake MB: Special clinical circumstances. En: Dulcan MK, Martini DR, Lake MB (autores): *Child and Adolescent Psychiatry*, third edition. Washington: American Psychiatric Publishing; 2003. p. 209-257.
- Forster PL, Wu LH: Assessment and treatment of suicidal patients in an emergency setting. En: Allen MH (ed): *Emergency Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 75-114.
- Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Sánchez F: Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: revisión e intervenciones terapéuticas. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2005; 22: 110-117.

- Halamanaris PV, Anderson TR: Children and adolescents in the psychiatric emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 865-874.
- Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G: Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63: 526-536.
- King RA, Lewis M: The difficult child. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 1994; 3: 531-541.
- Ley orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE de 17 de Enero de 1996).
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE de 15 de Noviembre de 2002).
- Reid WH: Clinical evaluation of the violent patient. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 527-37.
- Simon RI, Goetz S: Forensic issues in the psychiatric emergency department. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 851-864.
- Thomas LE, King RA: Child and adolescent psychiatric emergencies. En: Martin A and Volkmar FR (eds): *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook*, fourth edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007. p. 900-909.



22 PECULIARIDADES PSICOFARMACOLÓGICAS EN LA INFANCIA. ENSAYOS CLÍNICOS.

C. Álamo González

Catedrático de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

La psicofarmacología moderna es una ciencia relativamente reciente que se inicia en la década de los 50 del pasado siglo con el descubrimiento de los prototipos de los grandes grupos terapéuticos, a saber: clorpromazina como antipsicótico, Iproniazida e Imipramina como representantes de los antidepresivos y clordiazepoxido como ejemplo de ansiolíticos. Además, se empieza a emplear el litio, descubierto como antimaniaco por Cade en 1949. Previamente, en 1937, Charles Bradley empezó a utilizar en EE.UU. el sulfato de amfetamina en adolescentes con problemas de conducta, hecho que para algunos constituye el primer hito de la psicofarmacología pediátrica.

En estos años, el avance de la psicofarmacología ha sido evidente y son múltiples los estudios clínicos realizados en adultos para poner en evidencia la eficacia y seguridad clínica de los distintos agentes psicofarmacológicos frente a placebo o a otros agentes de eficacia reconocida. Sin embargo, en el caso de los niños y adolescentes, por un mal entendido sentido de protección y de ética, las dificultades e incluso la imposibilidad de realizar estudios clínicos con psicofármacos ha sido la norma. Con ello se ha pretendido evitar la consideración de “niños cobayas” sometidos a estudios clínicos, sin caer en la cuenta que las necesidades terapéuticas de determinadas patologías psiquiátricas y orgánicas llevaban al personal médico al empleo de fármacos, que previamente no habían sido estudiados en esta población, aplicando medidas correctoras, fundamentalmente de dosificación, de una manera totalmente empírica. En este sentido, existen trabajos que ponen de manifiesto que entre el 25 y el 66 % de los niños hospitalizados y entre el 11 y el 33 % de los atendidos en atención primaria reciben fármacos en estas condiciones. Este es un hecho preocupante ya que pese a que esta medicación sea necesaria, se realiza, en la mayoría de los casos, en condiciones de incertidumbre y en algunas ocasiones ha dado resultados desalentadores.

En la mayoría de casos el empleo de medicinas en psiquiatría de la infancia, que no se han estudiado correctamente para esta población, se basa en la convicción, en el boca a boca y la experiencia particular del clínico, más que en la evidencia. En estos casos, cada niño es el único participante en un estudio clínico “incontrolado” en el

que la dosis usada es una extrapolación basada en el peso, la superficie corporal o, lo que es peor, en la edad. Este tipo de extrapolación ha demostrado ser inexacto en muchas situaciones. La aparición de un resultado positivo o de un efecto adverso es, en muchas ocasiones, motivo de la casualidad. Hacer “algo” en lugar de abstenerse es una tentación frecuente para el clínico, ante una patología sin terapia reconocida, en un intento sincero de mejorar la salud del niño. No se trata de defender la abstención terapéutica sistemática cuando se carece de información, sino propugnar una investigación ética para desarrollar ensayos de alta calidad cuando sea necesario y posible.

En estas condiciones, desde hace algunos años, se ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar estudios clínicos con nuevos fármacos en pediatría para evitar el empleo de medicamentos “off-label” (sin indicación aprobada oficialmente) y minorizar los problemas de dosis inadecuadas o reacciones adversas peculiares. Es cierto que la realización de un estudio clínico con un nuevo fármaco puede tener riesgos en el niño, pero también los tiene y a nuestro entender en mayor medida cuando son empleados en los mismos sin la información previa del estudio clínico. El desarrollo en este campo es tal que, en la actualidad, podemos hablar de la psicofarmacología del niño y del adolescente como una especialidad con entidad propia e independiente de la psicofarmacología y de la psiquiatría infantil.

Los aspectos comentados han sido abordados tanto en EE.UU. por la FDA (Food and Drug Administration), como en Europa. En 1997, el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Unión Europea (CPMP), englobado dentro de la EMEA, diseñó las primeras guías para la investigación clínica de medicamentos en niños. Aparentemente los resultados, valorados por el bajo número de nuevos medicamentos aprobados para el niño, no fueron los deseables, por lo que en el año 2000, la Comisión Europea elaboró el documento “Better Medicines for Children” en el que se recogieron 6 objetivos fundamentales:

1. Aumentar la disponibilidad de medicamentos aprobados para su uso en niños.
2. Asegurar que los mecanismos de farmacovigilancia se adaptan también al desafío que supone evaluar los posibles efectos a largo plazo en determinados casos.
3. Evitar estudios innecesarios mediante la publicación de información sobre ensayos clínicos ya iniciados.
4. Establecer una lista de prioridades de investigación.
5. Conseguir que se alcance un alto nivel en el campo de la investigación, desarrollo y evaluación de ensayos clí-



nicos con medicamentos en niños mediante la creación de un comité o grupo de expertos específico.

6. Finalmente, asegurar que en los estudios se cumplen las más altas exigencias desde el punto de vista ético.

Sin embargo, en Europa estas bienintencionadas medidas tuvieron incluso un impacto negativo, probablemente debido a un exceso de burocratización sin compensaciones, disminuyendo el número de estudios clínicos realizados en pediatría. En ello influyó la gran dependencia de la industria farmacéutica, ya que el 90% de los estudios clínicos realizados en Europa son costeados por la misma. Esta tasa es mucho más alta que en los E.E.U.U., donde, al contrario de lo que sucede en Europa, además de los importantes estudios realizados por las farmacéuticas, existen programas nacionales desde los años 90 que apoyan la investigación académica para realizar ensayos clínicos e introducir un cuerpo de doctrina legal que mejore el tratamiento farmacológico en la infancia. Además, las autoridades sanitarias americanas usan una doble política con la industria farmacéutica, lo que algunos autores como Kolch llaman “el palo y la zanahoria”: por un lado incentivan y por otro exigen la realización de estudios clínicos en determinados fármacos susceptibles de ser empleados en niños. La Unión Europea parece haber aprendido de ello, ya que alguna de las medidas citadas las implementa en su nueva normativa.

En efecto, en enero de 2007 entró una nueva regulación basada en diferentes regulaciones y directrices de la Comunidad Europea (Regulaciones: (EC) No 1901/2006; (EEC) No 1768/92; (EC) No 726/2004. Directrices: 2001/20/EC, 2001/83/EC) encaminadas a facilitar el desarrollo y la accesibilidad de los productos medicinales para el uso en la población pediátrica. Estas medias regulatorias pretenden estimular la investigación y desarrollo de medicamentos para la población infantil. Asegurar que los productos usados para tratar a la población pediátrica están de acuerdo con una investigación de alta calidad y son autorizados para el uso en la población pediátrica. Además, se busca mejorar la información disponible en el uso de productos medicinales en las distintas poblaciones pediátricas. Estos objetivos deben ser alcanzados sin someter a la población pediátrica a ensayos clínicos innecesarios y sin retrasar la autorización de estos productos medicinales para otras poblaciones. Esta ley recoge una serie de innovaciones entre las que destacamos las siguientes: Creación de un Comité Pediátrico con la EMEA y un Plan de Investigación pediátrico (PIP). Además se establecen incentivos para la realización de estudios clínicos en niños por la industria farmacéutica, así como fondos para investigación

en aspectos farmacológicos en niños y adolescentes por parte de la industria y de otros sectores como los académicos.

El comité pediátrico (CP), formado por 33 miembros competentes en el desarrollo de los diferentes aspectos necesarios para el tratamiento de la infancia, estará integrado por miembros del CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) de la EMEA, pediatras, farmacólogos, farmacéuticos, bioéticos y miembros de las asociaciones de pacientes, además de expertos invitados, todos ellos sin intereses financieros con la industria farmacéutica.

Este comité, con un gran poder decisorio y con cometidos amplios y complejos, tiene como objetivos principales determinar y aprobar el contenido del PIP, proporcionar consejos científicos internos y externos, así como asesorar a la industria farmacéutica y realizar un inventario de necesidades terapéuticas pediátricas antes del 26 Ene de 2010. Además, el CP decide, antes de la autorización de un nuevo medicamento, la necesidad de realizar un PIP si considera que el fármaco es susceptible de uso en niños o adolescentes. Asimismo, este comité es el responsable de excluir o retrasar el estudio del citado PIP si lo considera oportuno.

A partir de la aplicación de esta ley, que entró en vigor en enero del 2007, las compañías que soliciten la autorización de comercialización de un nuevo medicamento, tienen que elaborar un PIP en el que se basará la autorización de su empleo en pediatría. El plan incluirá las medidas encaminadas a asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento en una población pediátrica, un cronograma de la investigación a realizar, características de las poblaciones infantiles estudiadas, desarrollo de formulaciones específicas para el uso pediátrico. El PIP deberá traducirse por un mayor número de medicamentos aprobados para pediatría y una mejor base de datos sobre la eficacia, efectos secundarios, seguridad y dosificación de los nuevos fármacos en menores de edad.

Si un fabricante considera que un fármaco desarrollado para adultos es inadecuado para el tratamiento de niños, el CP puede conceder, en caso de estar de acuerdo, una exclusión de la presentación de datos pediátricos. Las exclusiones se pueden aplicar a subconjuntos de población pediátrica, a indicaciones terapéuticas concretas o a una combinación de ambos. La exención puede afectar a una sola sustancia o a un grupo de sustancias que carezcan de interés en el niño (p.ej. fármacos para el tratamiento de demencias). Con ello se pretende asegurar que la investigación en niños sea conducida solamente para resolver sus



24 necesidades terapéuticas y que no se realice ningún ensayo clínico innecesario en los mismos. Asimismo pueden aplicarse prórrogas en la realización de estudios clínicos en niños cuando el CP considere que es apropiado realizar antes estudios en el adulto. Con ello se pretende que los ensayos clínicos en niños se realicen solamente bajo condiciones éticas y de seguridad.

La nueva legislación prevé aun plan de incentivos para la industria farmacéutica que estimule el estudio clínico en niños. Es similar al realizado en EE.UU., durante los 10 últimos años, que ha dado buenos resultados. Con ello se recogerán datos sobre el empleo del fármaco en niños y adolescentes que se anotarán en fichas técnicas y prospectos aumentando datos de eficacia y seguridad, así como datos negativos de ineficacia o riesgos de algunos fármacos en poblaciones infantiles. Entre los incentivos concedidos están la autorización de comercialización pediátrica (Paediatric Use Marketing Authori-zation (PUMA), la prolongación de la protección de patente en productos con la misma caducada, entre seis meses y un año en dependencia de la calidad y trascendencia de los datos investigados, así como la identificación con un símbolo especial (“logo”) para estos productos.

La regulación vigente en estos momentos va a aportar una política de información transparente sobre los medicamentos usados en los niños y los adolescentes de la que carecíamos hasta el momento. En este sentido, los resultados de los estudios realizados en niños estarán disponibles para los profesionales sanitarios y pacientes antes de la autorización del medicamento. Un aspecto de gran trascendencia es que los datos obtenidos en niños serán públicos incluso si el producto no alcanza la aprobación para su uso en los mismos. Asimismo, la EMEA podrá publicar los datos de estudios clínicos en niños, incluso en contra de la voluntad del laboratorio promotor. Finalmente se establecerá un registro de los fármacos autorizados para su uso en pediatría.

Sin embargo, se detectan algunos posibles problemas si la aplicación de la regulación no se realiza con una cierta flexibilidad. En este sentido el carácter multidisciplinario del CP, que debe ahondar en todas las materias concernientes a la pediatría, puede ser un inconveniente, salvo que cuente en las decisiones concernientes a la psicofarmacología con expertos en psiquiatría del niño y adolescente que pongan en un claro contexto cuales son las necesidades de los niños con patología mental. Sin la participación de estos expertos difícilmente el CP podrá acertar con los objetivos concretos que se requieren para estos niños. Asimismo, determinados aspectos éticos que afec-

tan a los niños con alteraciones mentales, como madurez mental, capacidad de comprensión, entre otros, deben ser enfocados diferencialmente respecto a niños con otras patologías y para ello debe recurrirse a expertos en psiquiatría infantil.

Por otra parte, debe quedar claro que el objetivo de los estudios en niños no es conseguir un incentivo o un logo que facilite la comercialización de un determinado medicamento. En este sentido, los ISRS, los antipsicóticos atípicos, los eutimizantes y los preparados de metilfenidato pueden lucir en su envase el logo sin que sea necesario realizar nuevos estudios clínicos en menores más jóvenes. El objetivo del estudio de estos agentes es ganar en información sobre aspectos concretos no aclarados y no conseguir un incentivo.

Otro hecho a considerar es que el programa de investigación recogido en la normativa resulta poco concreto en lo referente al soporte de una investigación académica. Este tipo de investigación es fundamental en el campo de la psiquiatría infantil, como se ha puesto de manifiesto con el desarrollo de la atomoxetina. En efecto, el grupo universitario de Spencer (Massachusetts) realizó el primer estudio clínico de este producto, en menores de edad con TDAH, bajo la financiación del NIMH.

Sin embargo en Europa parece existir una cierta carencia de investigación psicofarmacológica infantil en el ámbito académico y universitario. Esperamos que la normativa facilite la realización de estudios independientes, además de los que se realizan en el ámbito de la industria farmacéutica. En general se considera que las entidades industriales realizan estudios clínicos comparativos, encaminados a demostrar, de la forma más simple posible, la eficacia y tolerabilidad de sus productos. Sin desmerecer en ningún caso la importancia de la investigación psicofarmacológica realizada por la industria farmacéutica que ha aportado conocimientos sumamente importantes en el campo de la psiquiatría, hemos de reconocer que muchos de sus estudios no siempre se acercan a la práctica clínica habitual, por lo que puede ser necesaria la realización de estudios más complejos, en los que se contemple la asociación de medicamentos entre si o con otras practicas terapéuticas, por ejemplo el estudio MTA, o estudios de potenciación que pueden darnos una valiosa información para el tratamiento cotidiano de nuestros niños y adolescentes. Estos estudios multimodales, que tienen un menor interés para la industria farmacéutica ya que no sólo abarcan a su medicamento, difícilmente podrán ser abordados por entidades académicas debido a su alto coste. Esperamos que la regulación implementada por la EMEA facili-



te fondos y ayudas para la realización de los mismos como complemento de los realizados por las entidades privadas. Asimismo, esperamos que estos fondos y ayudas animen a las entidades infantiles y Sociedades científicas a la realización de investigaciones clínicas en el campo de la psicofarmacología.

El objetivo del tratamiento psicofarmacológico en los niños es conseguir resultados terapéuticos que permitan un desarrollo orgánico mental y social adecuado, en esta importante etapa de la vida del sujeto. Asimismo, ello debe acompañarse de una mejor calidad de vida, con el menor riesgo posible para su integridad. En este sentido la normativa legislativa y regulatoria debe conseguir que los niños puedan recibir fármacos tanto o más seguros y eficaces que los que recibe el adulto. En muchas ocasiones el niño recibe medicamentos que han sido diseñado para el adulto y que, ante el vacío terapéutico, el médico emplea de un forma bienintencionada pero empírica. No somos partidarios del nihilismo terapéutico pero no debemos conformarnos con la situación actual. Por tanto la regulación de investigación clínica por parte de la EMEA, que ha entrado en vigor a principios del 2007, nos anima a todos los estamentos implicados en la psicofarmacología infantil, universidad, instituciones hospitalarias públicas y privadas, personal sanitario y autoridades a sacar el máximo partido posible de la misma, con el fin de la obtención de la mayor información posible que redundará, sin duda, en la salud mental y general de nuestros pequeños pacientes.

Bibliografía

- Carreras ID, Fuentes Camps I, Arnau de Bolós J.M, y cols. Un registro europeo de ensayos clínicos en niños. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(3):212-4
- European Commission (2001) Directive 2001/20/EC Official Journal of the European Communities L 121/34.
- Kolch M, Schnoor y Fegert JM. The EU-regulation on medicinal products for paediatric use Impacts on child and adolescent psychiatry and clinical research with minors. Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in children. London: Medicines Control Agency, 1997.
- Raymond S. y Brasseur D. Development of medicines for children in Europe: ethical implications *PAEDIATRIC RESPIRATORY REVIEWS* (2005) 6, 45-51.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T. et al. Effectiveness and tolerability of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. (1998). 155:S693-S695.

TRASTORNO DE CONDUCTA EN NIÑOS ADOPTADOS

25

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

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

Resumen. La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, pero es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis de los principales problemas que vamos a encontrar en la adopción, así como la revisión de las publicaciones internacionales realizadas en los últimos años sobre la adopción.

Palabras clave. Adopción nacional. Adopción internacional. Asesoramiento adoptivo. Preadopción. Postadopción. Trastornos de conducta. Niños.

Abstract. The adoption of a small child is a dream come true, it is an act of generosity to an unknown child, but it is an extremely complex process that has to be done slowly and requires the adaptation of both family and kid.

Adopted children, especially those with a history of institutional living before adoption, are at greater risk for a range of developmental, behavioral and attachment concerns. As a result, development behavior, attachment, parent stress, and parent-child interactions need to be monitored. Especially during the pre-adoption process and the first few years after the adoption, having during this period the possibility to use specialized services for Mental Health of both families and child.

The purpose of this article is to analyze the main problems that we will face with an adoption, as well as the revision of international literature published in the last few years on this subject.

Key words. National adoption. International adop-



26 tion. Adoptive advice. Pre-adoption. Post-adoption. Behavior disorder. Child.

Introducción. La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, tanto para el niño como para los padres adoptivos. Es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, posiblemente el mayor acto de amor humano. Los padres adoptivos suelen tener una idea romántica de la adopción. En ocasiones, la realidad es otra y el niño puede no cumplir las expectativas que tenían los padres en su nuevo hijo.

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño. Durante meses, e incluso años, los padres realizan este proceso adaptativo mientras esperan la llegada de su hijo. Pero el niño no tiene ese periodo adaptativo, y el día de la adopción se encuentra que pasa de los brazos de sus cuidadores en el orfanato a los brazos de unos padres desconocidos. En ese momento, el sentimiento de frustración suele estar presente. El niño, tan deseado, llora inconsolablemente y mira asustado a su cuidador alargándole los brazos^{1,2}.

Ni la adopción nacional ni la internacional son estudiadas en la carrera de Medicina. En la literatura (en las más prestigiosas revistas médicas en EEUU) sólo se menciona la adopción en un 0-0,2% del total¹.

El proceso adoptivo ha tenido siempre defensores y detractores. Desde la madre Teresa de Calcuta que decía que “recibir a uno de estos niños en casa es como recibir al mismo Jesús”, hasta Lady Emma Nicholson que apoya que la adopción de niños puede convertirse en “un comercio de niños”, afirmando que las Naciones Unidas deberían hacer más énfasis en promover refuerzos sociales que favorezcan la reestructuración familiar del niño en sus país de origen.

A partir de los años 60 y hasta los 80 la adopción nacional sufre una disminución del 50%, en parte por la aparición de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad y en parte por el aumento de abortos en gestaciones no deseadas y por otra parte los problemas de fertilidad al retrasar la edad de primeros embarazos desde los 25 a los 35 años en mujeres en edad fértil; triplicándose, en consecuencia, la adopción internacional^{1,3}.

Los padres adoptivos suelen buscar la adopción internacional porque fundamentalmente les preocupa las relaciones familiares con la familia biológica. Con la adopción internacional tienen la seguridad de que no los reclamarán ni tendrán contacto con sus padres y excluyen la adopción nacional con la esperanza de que no tengan pro-

blemas médicos o de conducta, y no les falta razón ya que tanto en una como en otra corren ese riesgo. Otras razones para decantarse por un tipo de adopción u otro pueden ser: las creencias religiosas, rescate de niños por razones humanitarias en situaciones de desastres naturales y en conflictos bélicos; o bien por la similitud de culturas. Algunas familias eligen niños con problemas corregibles que no tendrían tratamiento en su país de origen^{1,4}.

Preadopción: una oportunidad para el asesoramiento pediátrico

El Pediatra puede ser consultado en ocasiones por los padres que están pensando en la adopción de un niño. El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos. Es un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Los padres adoptivos deben enfrentarse a tareas diferentes al resto de los padres:

- La ausencia involuntaria de hijos que puede producir diversas emociones que afecten al equilibrio personal y de pareja.

- La aceptación del pasado del niño, sus sentimientos y recuerdos de su familia biológica y las circunstancias que llevaron al niño a la separación definitiva de sus familias, ayudándole a conservar su identidad, cultura, sentimientos, inseguridades y deseos de conocer más datos acerca de su genealogía.

- La ausencia del periodo preparatorio para la paternidad durante el embarazo. La asunción del papel de padre o madre se establece de forma repentina ya que no se puede predecir el momento en el que va a llegar el niño.

- Los niños adoptados suelen contar con un pasado difícil por lo que a las situaciones educativas y de crianza habitual suelen añadirse situaciones de estrés adicional.

- La no existencia de ritos o ceremonias que marquen la llegada del niño al hogar no facilita el proceso de transición.

- En ocasiones, la familia de la pareja adoptante puede no aceptar el proceso adoptivo, generando conflictos familiares y pérdida de apoyo.

- El proceso de revelación de la condición de adoptado debe ser tenido en cuenta desde los primeros momentos. Si desde el principio se habla de la adopción con naturalidad, no se generará ansiedad (“si algo no se oculta, nunca habrá de ser revelado”)⁵.

En la adopción nacional los niños suelen ser de menor



edad que en la adopción internacional, ya que en esta última, la adopción es el último recurso cuando la reestructuración familiar no ha sido posible. Los padres deben conocer que los niños institucionalizados tienen mayor riesgo de presentar retrasos del desarrollo, dificultad de aprendizaje y trastornos de conducta. Por cada tres meses que el niño pasa en una institución durante el primer año de vida, pierde un mes en su desarrollo del lenguaje y en su desarrollo psicomotor^{6,7}. Por ello, es importante que se realice una evaluación de su desarrollo por profesionales con experiencia en este campo⁶.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual. Una vez adoptados, los niños pierden parte de su lengua nativa en 6-8 meses y no tienen fluidez en su nuevo idioma hasta pasados 6-12 meses, haciendo más difícil su aprendizaje en la escuela y su rendimiento cognitivo en el periodo inicial. Estos niños, además, tienen mayor riesgo de tener una deprivación cultural y no están preparados para el sistema educativo tradicional hasta pasados meses e incluso años de su llegada⁶. Es necesario preparar a los padres ante la adopción y ayudarles en sus expectativas para que sepan que la adopción es un proceso complejo y debe hacerse con espacio.

En algunos casos, la adopción consecutiva de varios niños debe espaciarse al menos un año para darle a cada niño la oportunidad de integrarse en la familia y aportar-le la atención oportuna que necesita⁶.

La transición a la familia: problemas iniciales en conducta y desarrollo

Toda la vida del niño cambia en el momento de la llegada a su familia adoptiva: nombre, nacionalidad, lengua, religión, cultura, oportunidades y estatus. Los niños pierden todo lo que les resultaba familiar: cuidadores, habitación, cama, amigos y juguetes².

Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente difícil^{2,8}.

En ocasiones encontramos sentimientos de frustración en el niño por la dificultad en la comunicación y por la pérdida de sus amigos. Tampoco es extraño encontrar que tienen sentimientos de miedo a que la familia adoptiva sea como la biológica y presuponen que los padres adoptivos reaccionarán como los biológicos ante determinadas situaciones. Estos sentimientos son producidos en mayor intensidad en niños mayores, en los que los recuerdos de vivencias anteriores pueden estar más presentes.

El proceso de transición puede facilitarse con diversas medidas²:

- Enseñarle fotos de la familia adoptiva, su casa, el barrio y mascotas (incluso vistiendo la misma ropa en las fotos que el día en que lo van a conocer).
- Realizar grabaciones de la voz de los padres con frases cariñosas e incluso canciones.
- Llevar juguetes y/o manta para el viaje enviados antes de la adopción.
- Hacer fotos de su habitación, cuidadores y compañeros de habitación del orfanato ya que esto suele interesarle posteriormente.
- Pasar un tiempo juntos antes de volver a casa ya que la nueva familia necesita establecer vínculos afectivos tempranos sin la distracción de la nueva casa ni el cansancio del viaje.

Los principales problemas que pueden surgir en estos primeros momentos son^{2,8}:

- Alimentación: muchos de estos niños no han comido anteriormente alimentos sólidos ni han utilizado la cuchara por lo que no tienen ejercitados los músculos masticatorios.
- Aseo corporal. Las reacciones de aversión al baño son bastante comunes. Los baños en el orfanato suelen ser duchas de agua fría y secado con toallas ásperas.
- Control de esfínteres: los trastornos del ritmo intestinal (estreñimiento/diarrea) son frecuentes en los momentos iniciales; muchos de los niños presentan paratosis intestinales.
- Trastornos del sueño: no suele haber dificultades en el sueño en los momentos iniciales; el cansancio ayuda a dormir a los padres y al niño. Los problemas suelen aparecer al llegar a la casa.
- Dificultades en el juego. El juego interactivo e imaginativo es poco frecuente en estos niños. Generalmente, en el orfanato, el juego consiste en apropiarse de un juguete deseado e impedir que los demás niños puedan acceder a él.
- Retraso del desarrollo: algunos niños progresan en



28 sus habilidades rápidamente mientras que otros presentan regresiones de conductas que ya tenían adquiridas. En ocasiones presentan conductas pseudo autistas con evitación del contacto ocular y escasa interacción social que suele mejorar progresivamente.

El primer año postadopción: cuidados a tener en cuenta

Cuando el niño es adoptado gana innumerables ventajas, pero también es cierto que experimenta una serie de pérdidas. Los niños más mayores pueden tener la sensación de que los han puesto en otro planeta y pueden reaccionar con trastornos en el desarrollo, de conducta o emocionales⁹.

Durante el primer año debemos tener en cuenta:

1. **DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:** En el primer momento en la llegada a casa es recomendable limitar las visitas a pequeños grupos de familia más cercana, tener flexibilidad sobre las necesidades de la transición personal de cada niño. Los padres adoptivos pueden aprender algunas frases en el idioma del niño antes de la adopción para facilitar la comunicación con el mismo; para el niño es difícil poder explicar sus miedos, sentimientos, dudas sobre los cambios que está viviendo y no puede comunicarse profundamente. Las familias pueden contar con un traductor que le hable en su idioma ya que con esto el niño puede percibir que ellos pueden volver en alguna ocasión al país donde nació.

2. **SUPERAR LA TRISTEZA Y LAS PÉRDIDAS:** Muchos de estos niños se preguntan si los amigos que dejaron estarán a salvo o si volverán a coincidir con ellos, e incluso, se pueden sentir culpables por haberlos abandonado. La tristeza es la respuesta emocional a la pérdida, si los padres le dan su apoyo, posiblemente el niño establecerá vínculos psicológicos con sus nuevos padres, dándole solidez a su relación. La tristeza puede durar meses, e incluso años, en los niños más mayores. Éstos pueden trabajar estos sentimientos anotándolos de manera informal en un diario, hablando con otros niños adoptados o con un profesional^{9,10}.

3. **ACEPTACIÓN DE LA SEPARACIÓN DE SUS NUEVOS PADRES:** Cuando los padres deben volver al trabajo, el niño debe separarse momentáneamente de los mismos. Los procesos de separación deben ser cortos en un principio, para dar confianza en que volverán a por él. Algunos de estos niños pueden presentar un Trastorno de Ansiedad por Separación, especialmente si han tenido experiencias de pérdida anteriormente.

4. **INICIO DE ESCOLARIZACIÓN:** Algunos niños están preparados tempranamente para iniciar su escolarización, en cambio otros necesitan aprender a ser un miembro de la familia antes de estar preparados para la vida fuera del hogar. Lo recomendable es que padres y colegio trabajen juntos en un plan de incorporación gradual al aula. Los niños más mayores pueden beneficiarse de permanecer en un grado inferior al correspondiente por edad hasta que realizan el catch-up y posteriormente subir de nivel cuando han adquirido mayor fluidez con el lenguaje⁹.

5. **EVALUACIÓN DE LA EDAD:** En los niños con adopción internacional suele desconocerse la fecha exacta de nacimiento. La malnutrición, los retrasos del crecimiento y la microcefalia que suelen presentar un alto porcentaje de ellos les hace parecer más jóvenes de lo que son. En algunas ocasiones las fechas de nacimiento son falseadas con la esperanza de favorecer el proceso adoptivo ya que muchos padres buscan niños lo más pequeños posible. En niños con dificultades madurativas retrasar la fecha de nacimiento puede darle más tiempo para recibir apoyo educacional. Por otra parte, en algunos niños, el día de su nacimiento es el único referente de identidad que les queda; por ello, ante la necesidad de cambiar dicha fecha se debe hacer como mínimo de un año, manteniendo el día y el mes⁹.

6. **ADAPTACIÓN CON OTROS HERMANOS:** La llegada de un nuevo niño a la familia puede resultar estresante para los otros hermanos. La preparación de los hermanos mayores antes de la adopción es fundamental. Los niños que viajan con sus padres a por el nuevo hermano realizan esta adaptación más fácilmente².

Trastornos de conducta, desarrollo y vínculo a largo plazo

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias¹¹.

Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser conocedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empatizando con estos niños y sus familias necesitadas.



En un estudio longitudinal realizado por O'Connor et al. sobre 155 niños adoptados procedentes de Instituciones de Rumania (de ellos 144 niños habían vivido exclusivamente en instituciones antes de su adopción) adoptados por familias del Reino Unido con edades menores a 42 meses en comparación con un grupo de 52 niños procedentes de adopción nacional adoptados con edades menores a 6 meses; encontraron que los problemas cognitivos, los trastornos del vínculo, los trastornos de conducta y las conductas cuasi-autísticas se presentaban con mayor frecuencia en los niños que habían estado institucionalizados durante más tiempo^{11,12}. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Estudio niños rumanos adoptados en Reino Unido.

	<6 m orfanato (n = 58)	6-24 m orfanato (n = 59)	24-42 m orfanato (n = 48)	Adopción nacional <6m (n = 52)
Problemas				
Cognitivos	2.3%	12.0%	32.6%	2%
Trastorno del Vínculo	8.95%	24.5%	33.3%	3.8%
Trastornos de Conducta (TDAH)	13.6%	32.1%	38.6%	9.6%

Por otra parte, en un estudio realizado por Gunnar et al. (2007) encontraron que independientemente de la historia institucional, los niños adoptados con más de 24 meses de institucionalización tuvieron mayor número de problemas de conducta (medidos con la escala Child Behavior Checklist (CBCL)), siendo los niños adoptados provenientes de Rusia o de países de Europa del Este los que presentaban mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta en comparación con los niños adoptados procedentes de otras zonas del mundo¹³.

Miller et al. (2005) realizaron un estudio retrospectivo comparativo sobre 103 niños adoptados evaluados a su llegada a EE.UU. y encontraron que los niños acogidos en familias antes de ser adoptados tenían mejor crecimiento y desarrollo cognitivo que los que residían en orfanatos¹⁴.

En un estudio retrospectivo realizado en el año 2006 en nuestra Unidad de SMI sobre psicopatía presentada en 18 niños adoptados menores de 14 años, encontramos que: 1) El 61% de estos niños procedían de adopción nacional y el 39% de adopción internacional. 2) En el 44% se encontraron situaciones adversas preadoptivas

(patología psiquiátrica o consumo de tóxicos en los padres, maltrato, negligencia de cuidados o abusos sexuales) y el 50% habían permanecido institucionalizados. 3) La edad de mayor incidencia de estos trastornos fue la preadolescencia (94%) con edad de presentación media de 9 años. 4) No hubo diferencias entre sexos. 5) La psicopatología más frecuente encontrada correspondía a trastornos de conducta (50%), TDAH (16,6%), trastornos cognitivos y del lenguaje (11%) y otros (rechazo de alimentación, trastornos de conversión y somatizaciones y psicosis infantil (22%)). 6) El 95% de los pacientes presentaba comorbilidad entre trastornos de conducta, hiperactividad, trastornos del vínculo y trastornos adaptativos. 7) El 100% recibió tratamiento con psicoterapia y el 55.5% precisó tratamiento farmacológico.

En un meta-análisis publicado en Mayo de 2005 en la revista JAMA (Juffer e IJzendoorn) realizan un completo estudio sobre los trastornos de conducta y la utilización de los servicios de Salud Mental en niños adoptados. En dicho trabajo realizan un revisión de los estudios casos-control realizados y publicados a nivel internacional sobre los trastornos de conducta en las niños adoptados (recogiendo 25281 casos y 80260 controles) y los estudios casos-control en niños adoptados con seguimiento en unidades de Salud Mental (5092 casos y 75858 controles), recogidos desde el año 1950 hasta el 2005¹⁵.

Los objetivos de dicho meta-análisis fueron varios: 1) comparar los niños adoptados con los no adoptados, 2) comparar la adopción nacional con la internacional y 3) comparar la adopción internacional con el grupo control de no adoptados. Las variables medidas fueron: el sexo, la edad de adopción, la edad de valoración, tiempo con la familia adoptiva en el momento de la valoración y la situación de adversidad previa a la adopción. Se evaluaron los trastornos del comportamiento y la utilización de las unidades de Salud Mental. Para evaluar los trastornos del comportamiento se distinguió entre los problemas totales, los dirigidos hacia el exterior (agresiones, delincuencia, hiperactividad) y los dirigidos hacia el interior (ansiedad, depresión, dificultades de concentración).

Los resultados en el estudio comparativo entre niños adoptados y no adoptados encontraron que en los adoptados aparecían más trastornos de conducta y fueron remitidos a unidades de Salud Mental en mayor número que en el grupo de no adoptados, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$) en ambos casos.

En dicho estudio encontraron que los adoptados internacionales presentan más problemas de conducta que los



30 niños no adoptados y requieren en mayor medida asistencia en unidades de Salud Mental. Sin embargo, la tasa de trastornos de conducta es modesta, y la mayoría de los adoptados internacionales están adecuadamente adaptados. Estos resultados positivos pueden deberse a las características de las familias adoptantes (altamente motivadas para criar a los niños, más oportunidades de invertir dinero en el desarrollo de sus hijos por un nivel socioeconómico más alto). Sin embargo, las adopciones internacionales, presentan más utilización de los servicios de Salud Mental, esto puede deberse a que el umbral para buscar ayuda profesional puede ser inferior en estos padres, por su nivel socioeconómico, o por las expectativas que tenían puestas en su hijo adoptivo. Los colegios, además, pueden estar más proclives a atender los problemas de conducta de estos niños. Una explicación positiva de los resultados puede ser que la tasa superior de consultas en una unidad de Salud Mental contribuye a disminuir las tasas de trastornos de conducta posteriores¹⁵.

En contraste a las creencias populares y a las hipótesis expresadas en estudios empíricos, las adopciones internacionales muestran mejores resultados conductistas y de salud mental que las adopciones nacionales. Es posible que las diferencias transraciales en la adopción internacional y las diferencias físicas evidentes hagan dar por obvio que el hecho de la adopción nunca fue un secreto y que aumente la confianza del niño en su familia adoptiva. Por otra parte, en la adopción internacional el motivo de la misma sea por falta de recursos y por situaciones de extrema pobreza en la mayor parte de los casos, sin embargo, en la adopción nacional se pueden ver involucrados otros factores como son los problemas de salud mental o consumo de tóxicos de los progenitores, las situaciones de negligencia en los cuidados, maltrato o abusos sexuales. Los datos positivos para la adopción internacional no deben ser tomados como preferencia a dicha adopción sobre la nacional, ya que en dicho meta-análisis no existen suficientes estudios de casos-control referidos a la adopción nacional¹⁵.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional. Algunos problemas de conducta pueden ocurrir en un tiempo diferente a los niños no adoptados. Por ello, los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias

con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia¹⁵⁻¹⁷.

En cuanto a la medición de las variables para la adopción internacional en este estudio encontraron que: 1) en los niños con situaciones adversas preadoptivas aparecieron más problemas de conducta totales y agresiones, delincuencia e hiperactividad, pero no hubo diferencias en cuanto a ansiedad y depresión con respecto a los controles, 2) no se encontraron diferencias entre sexos, 3) en contra de las hipótesis planteadas para la aparición de trastornos de conducta en niños adoptados más tardíamente, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los adoptados en los primeros meses o años de edad, 4) en los niños adoptados durante más de 12 años en sus familias adoptivas aparecieron menos problemas de conducta que los que llevaban menos tiempo con sus familias adoptivas y 5) en cuanto al país adoptante (comparando Norteamérica con Europa) encontraron que los niños adoptados en Norteamérica presentaban más problemas de conducta que en Europa, esto puede ser posible en base a las diferencias de aplicación de los criterios diagnósticos, al bajo umbral para el tratamiento, la disponibilidad de mayor número de servicios y a las diferencias en las expectativas de los padres adoptivos con respecto a sus hijos^{2,16}.

Por otra parte, Harf A. et al. estudiaron las publicaciones realizadas entre los años 1960 y 2005 publicadas en inglés y francés, revisando 10 estudios y 2 meta-análisis. Encontraron que la prevalencia de trastornos externalizantes de conducta en niños adoptados está aumentada en relación a los no adoptados, aunque esta diferencia es pequeña; siendo los niños adoptados con situaciones de adversidad preadoptiva los que presentaron mayor tasa de trastornos de conducta, por lo que concluyen que la adopción, en sí misma, no es una situación de riesgo en la adolescencia¹⁸.

En cuanto a la conducta suicida en adoptados en su edad adulta, Von Borczyskowski et al. publicaron un artículo en 2006 en el que advierten del aumento de riesgo de suicidio y de tentativas autolíticas en adoptados internacionales con un Riesgo Relativo (RR) de 4.5 [95%; 3.7-5.5] y RR de 2.8 [95%; 2.2-3.5] en las adopciones nacionales¹⁹.

Cantor-Graae E. et al. encontraron en un estudio de cohortes que en la adopción internacional existe un aumento del RR de desarrollar esquizofrenia comparado con los nativos de Dinamarca. Aunque las causas subyacentes son desconocidas ya que existe interacción compleja de factores presumiblemente implicados que inclu-



ye la genética, la adversidad vivida previa a la adopción y las dificultades de adaptación postadoptiva durante la educación²⁰. Otro estudio realizado por Teilman G. et al. en la misma población encontraron que en los casos de adopción internacional, salvo los procedentes de Corea, presentaban mayor riesgo de presentar pubertad precoz²¹.

En un estudio realizado por Smit EM. et al. hallaron que los niños adoptados y sus padres adoptivos se encontraban más angustiados que los no adoptados durante los ingresos hospitalarios y resaltan la importancia de que los sanitarios conozcan las preocupaciones de los padres sobre la respuesta de sus hijos a la hospitalización y los límites para conocer su historial médico previo²².

En un meta-análisis realizado por Juffer F. y vanIjzendoorn MH. encontraron sin embargo, que no existe diferencia entre la autoestima de niños adoptados y no adoptados. Las conclusiones de los autores pueden ser explicadas mediante la resiliencia de los niños adoptados para superar la adversidad²³. Los mismos autores realizaron un meta-análisis que evaluó el catch-up de estos niños (crecimiento físico, seguridad afectiva, desarrollo cognitivo, logros escolares, autoestima y problemas de conducta). Encontraron que aunque el catch-up fue incompleto en algunas competencias del desarrollo (crecimiento físico y afectivo), los niños adoptados en gran parte se superaron, siendo los niños adoptados antes de los 12 meses de edad los que con mayor proporción alcanzaron su catch-up²⁴. Por otra parte encontraron que existe un impacto positivo de la adopción en el desarrollo cognitivo de los niños, pero encontraron un retraso del aprendizaje escolar y en la capacidad del lenguaje²⁵. La adopción nacional e internacional puede ser justificada por motivos éticos si no hay otra solución viable. Las personas se adaptan a la adopción y la adopción demuestra la plasticidad del desarrollo de los niños. Concluyen que la adopción es una intervención eficaz²⁴.

Conclusiones

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y

los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias.

El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos, siendo un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual.

Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente dificultoso.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional. Los problemas de identidad pueden salir a la superficie más temprano en niños adoptados por lo que los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia.

Los niños adoptados presentan más trastornos de conducta que los niños no adoptados. Los niños con adopción internacional presentan más problemas de conducta y requieren en mayor medida seguimiento en unidades de Salud Mental que los no adoptados, aunque se encuentran bien adaptados. En la adopción internacional aparecen menos trastornos de conducta que en la adopción nacional.

Los clínicos deben conocer los riesgos que presentan los niños adoptados, tanto a nivel internacional como nacional, en presentar trastornos de conducta, especialmente los que sufrieron situaciones de adversidad, maltrato o abusos en el periodo preadoptivo. Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser



32 concedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empatizando con estos niños y sus familias necesitadas.

Bibliografía

1. Johnson, D.E. International Adoption: What Is Fact, What Is Fiction, and What Is Future? *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1221-1245.
2. Miller, L.C. Immediate Behavioral and Developmental Considerations for Internationally Adopted Children Transitioning to Families. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1311-1330.
3. Selman P. The demographic history of intercountry adoption. In Selman P, editor. *Developments, trends and perspectives.* London: British Agency for Adoption and Fostering; 2000. p 15-37.
4. Jenista, J. A. Special Topics in International Adoption. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52(5): 1479-1495.
5. Crespo, T; Legaz E; Meseguer, A. La preparación de solicitantes de adopción Internacional. http://www.gva.es/Conselleria_bienestar_social.
6. Chambers J. Preadoption Opportunities for Pediatric Providers. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1248-1269.
7. Johnson DE. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation. In: Nelson C, editor. *The effects of early adversity on neurobehavioral development.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated; 2000. p.113-62.
8. Miller LC. Initial assessment of growth, development and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29 (4): 224-32.
9. Schulte EE; Springer SH. Health Care in the First Year International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5): 1332-49.
10. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, American Academy of Pediatrics. The paediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics* 2000, 105 (2): 445-7.
11. Weitzman C; Albers L. Long-Term Developmental, Behavioral and Attachment Outcomes after International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5):1395-1419.
12. O'Connor TG; Marvin R; Rutter M et al. The English and Romanian Adoptees Study team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 19-38.
13. Gunnar MR, van Dulmen MH. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol.* 2007 winter; 19 (1): 129-48.
14. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics* 2005 Jun; 115 (6): e710-7.
15. Juffer F, van IJzendoorn MH. Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A meta-analysis. *JAMA,* May 2005. Vol 293 (20): 2501-2515.
16. Miller LC. International adoption, behaviour and mental health. *JAMA* 2005 May 25; 293 (20): 2533-2535.
17. Rykkje L. Intercountry adoption and nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2007 Dec; 21 (4): 507-14.
18. Harf A, Taïeb O, Moro MR. Externalizing behaviour problems of internationally adopted adolescents: a review. *Encephale.* 2007 May-Jun; 33 (3pt1): 270-6.
19. Von Borczyskowski A, Hjern A, Lindblad F Vinnerljung B. Suicidal

- behaviour in national and international adult adopted study. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2006 feb; 41 (2): 95-102.
20. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risk for schizophrenia in intercountry adoptees: a Danish population-based cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2007 Nov; 48 (11): 1053-60.
21. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebeck NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. *Pediatrics.* 2006 Aug; 118 (2): e391-9.
22. Smit EM, Delpier T, Tarantino SL, Anderson ML. Caring for adoptive families: lessons in communication. *Pediatr Nurs.* 2006 Mar-Apr; 32 (2): 136-43.
23. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Adoptees do not lack self-esteem: a meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychol Bull.* 2007 Nov; 133 (6): 1067-83.
24. Van Ijzendoorn MH, Juffer F. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatr.* 2006 Dec; 47 (12): 1228-45.
25. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Poelhuis CW. Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychol Bull.* 2005 Mar; 131 (2): 301-16.



EL RECHAZO ESCOLAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

G. Canalda Sahli.

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

El rechazo escolar no constituye una categoría diagnóstica en el DSM-IV ni en el CIE-10. Los niños con este problema representan un grupo muy heterogéneo. No existe tampoco un consenso sobre este concepto. Inicialmente se emplearon los términos fobia escolar y ansiedad por separación, de manera indistinta para referirse también a este problema. Algunos autores defienden el término rechazo escolar por ser más descriptivo, completo y no implicar una etiología determinada. King y Bernstein¹ definen el rechazo escolar como la dificultad de acudir a la escuela que está asociada a una alteración emocional, especialmente ansiedad y depresión. King, Ollendick y Tonge² delimitaron los criterios que han de cumplir, basándose en los ya establecidos por Berg y colaboradores en 1969³: **a.** dificultad grave para acudir a la escuela que da lugar a un absentismo prolongado, **b.** alteración emocional grave, excesivo miedo, rabietas, quejas somáticas o sentirse enfermo cuando se enfrenta a la perspectiva de ir a la escuela, **c.** permanecer en casa con conocimiento de los padres cuando debería estar en la escuela y **d.** ausencia de características antisociales. El niño debe estar ausente el 40% del tiempo o más de 4 semanas. Este concepto diferencia el rechazo escolar del absentismo sin conocimiento de los padres o “novillos”, del trastorno de conducta y de conductas antisociales.

Kearney y colaboradores prefieren incluir a una mayor variedad de niños con diferente grado de absentismo y no únicamente a los asociados a alteración emocional. Definen el rechazo escolar como el rechazo motivado por el niño a acudir a la escuela o dificultades para permanecer en ella todo el día. Es un término que incluye muchos subgrupos con absentismo problemático, fobia escolar o rechazo asociado a ansiedad y los novillos. La mayoría de taxonomías del rechazo escolar se basan en las características de los síntomas clínicos. En su lugar, estos autores proponen un modelo funcional que organiza los niños y adolescentes con rechazo escolar según los factores primarios que mantienen dicha conducta: **1.** evitar los estímulos basados en la escuela que provocan afectividad negativa, **2.** escape de las situaciones aversivas sociales y/o de evaluación, **3.** obtener atención de personas signi-

ficativas y **4.** obtener reforzadores tangibles fuera de la escuela^{4,5}.

El rechazo escolar ocurre en alrededor del 5% de los niños en edad escolar¹. Parece ser igual de frecuente en niños que en niñas. Según el concepto defendido por Kearney y col., del 5 al 28% de niños o adolescentes a lo largo del tiempo pueden presentar dificultades graves por un corto o largo periodo (4). Hay dos picos en relación a la edad de inicio, 5-6 años y 10-11 años, coincidiendo con momentos de transición en la vida escolar. Este problema tiene consecuencias importantes a corto plazo, rendimiento escolar deficiente, dificultades familiares y problemas de relación social e interfiere con el desarrollo educacional y social del niño. A largo plazo puede conllevar menores oportunidades de acceder a un mayor nivel educativo, problemas de empleo, dificultades sociales y mayor riesgo de trastorno psiquiátrico posterior^{1,4}.

En el rechazo escolar asociado a ansiedad los diagnósticos primarios más frecuentes son la ansiedad por separación, la fobia social y la fobia simple. Muchos niños presentan además otros trastornos comórbidos principalmente ansiedad generalizada. La comorbilidad de trastornos ansiosos y depresivos parece estar asociada a sintomatología más grave. Se sugiere la distinción entre tres subgrupos de niños con rechazo escolar: fóbicos, ansiedad por separación y ansioso-depresivos. Disponemos de poca información sobre el papel de los problemas de aprendizaje y del lenguaje en el rechazo escolar, aunque las dificultades académicas se relacionan con el inicio del absentismo, así como las enfermedades físicas. Tres estudios recientes uno con población general y dos con muestras clínicas, que incluyen absentismo escolar problemático, destacan que los diagnósticos más frecuentes son depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta. En el estudio con población general, en el subgrupo de rechazo escolar asociado a ansiedad los diagnósticos más frecuentes eran: depresión (13.9%), ansiedad por separación (10.8%), negativismo desafiante (5.6%) y trastorno de conducta (5%). El 24,5% recibió un diagnóstico. En el subgrupo de novillos, los trastornos más frecuentes eran: trastorno de conducta (14.8%), negativismo desafiante (9.7%), depresión (7.5%) y abuso de sustancias (4.9%). En este subgrupo el 25,4% recibió un diagnóstico. Cabe destacar que un alto porcentaje de niños y adolescentes con rechazo escolar o con absentismo problemático no presentan un trastorno psiquiátrico. Algunos estudios señalan varios patrones de interacción familiar problemáticos que están presentes en las familias de niños con rechazo escolar^{1,4}.



34 Dada la gran heterogeneidad en la presentación clínica y las características sociales y escolares de los niños y adolescentes con rechazo escolar la evaluación debería ser multimodal y multi-informantes. Además de la entrevista clínica es recomendable: el empleo de una entrevista semi-estructurada, la evaluación de la gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva, la valoración de los factores que mantienen el rechazo escolar, evaluar el funcionamiento familiar, psicoeducativo y del lenguaje, así como revisar la asistencia a la escuela. Entre algunos de los instrumentos específicos es muy útil la School Refusal Assessment Scale (SRAS) de Kearney y Silverman (1990, 1993)^{4,5} con versiones para el niño, padres y maestros, que proporciona información sobre las cuatro variables primarias o condiciones funcionales que mantienen el problema. Una evaluación exhaustiva que incluya tanto las formas como las funciones del rechazo escolar proporcionará la información necesaria para una planificación terapéutica individualizada.

Aunque no existe una guía de la AACAP específica para el rechazo escolar, la publicada sobre los trastornos de ansiedad puede ser útil⁶. Algún estudio controlado apoya la eficacia de la intervención cognitiva conductual dirigida concretamente al rechazo escolar asociado a ansiedad^{7,8}, así como la eficacia del tratamiento multimodal con intervención cognitivo-conductual y farmacológica⁹. Existen también programas de tratamiento multi-componentes que disponen de manual dirigido a padres y a maestros^{2,4}.

Los pocos estudios de seguimiento existentes parecen indicar que a corto plazo los niños y adolescentes siguen manteniendo problemas que requieren intervención terapéutica, disminución del rendimiento escolar, dificultades de relación social y familiar y a largo plazo presentan más consultas psiquiátricas, problemas ocupacionales y de pareja.

Por último se presenta una muestra de 21 pacientes tratados en el hospital de día de adolescentes de nuestro servicio que manifiestan rechazo escolar asociado a ansiedad. Las características clínicas de estos pacientes y su evolución son bastante coincidentes con lo expuesto. Todos ellos han seguido una intervención terapéutica cognitivo-conductual y farmacológica en su mayoría.

Referencias

1. King, N.J. y Bernstein, G.A. (2001) School refusal in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
2. King, N.J., Ollendick, T.H. y Tongue, B.J. (1995). *School Refusal: Assessment and Treatment*. Boston: Allyn and Bacon

3. Berg, I., Nichols, K. y Pritchard, C. (1969). School phobia-its classification and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 123-141.
4. Kearney, C.A. (2008) School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.
5. Kearney, C.A (2007) Forms and functions of school refusal behaviour in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 53-61.
6. AACAP (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46, 267-283.
7. King, N.J., Tongue, B.J. y Heyne (1998) Cognitive-behavioral treatment of school refusing children: a controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.
8. Last, C.G., Hansen, C. y Franco, N. (1998). Cognitive- behavioural treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
9. Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwein, A.R., Crosby, R.D., Kushner, M.G. y Thuras, P.D. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 276-283.



INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

MA. Javaloyes Sanchis

Clinica Mediterránea de Neurociencias, Alicante.

A pesar de que los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son un grupo diagnóstico frecuente (cifras de prevalencia entre el 5% y el 18%), sólo una parte de ellos llegan a diagnosticarse, y de éstos solamente un subgrupo recibe intervenciones terapéuticas efectivas. Sabemos sin embargo, que un diagnóstico temprano y una intervención efectiva van a reducir de manera clara el impacto que los trastornos de ansiedad tienen tanto en la esfera académica, como en la social y la familiar. Sabemos también como una intervención exitosa en esta etapa, reduce el riesgo de que la psicopatología se extienda a la etapa adulta (continuidad con cuadros depresivos, consumo de tóxicos y trastornos de ansiedad).

Las intervenciones terapéuticas deben tener siempre una base de evidencia científica clara, que garantice una eficacia clara de éstas. Aunque la evidencia en psiquiatría infantil sigue siendo limitada, en los últimos años se han publicado numerosos trabajos que revisan de forma rigurosa la eficacia de las distintas intervenciones disponibles.

El abordaje en los trastornos de ansiedad es multimodal por naturaleza y según las recomendaciones validadas internacionalmente deben incluir intervenciones psicoterapéuticas (en especial terapia cognitivo-conductual, pero también psicoeducación y terapia familiar), y tratamientos farmacológicos entre los que se encuentran los antidepresivos (sobre todo inhibidores de la recaptación de la serotonina) y ansiolíticos (principalmente benzodiazepinas). La selección sobre la modalidad del tratamiento a seguir debe basarse en la severidad de la sintomatología, la presencia de comorbilidad, la edad del niño y la naturaleza de los factores causales.

Los estudios doble ciego controlados que comparan la eficacia de terapia cognitivo conductual frente a la lista de espera o a la terapia de apoyo, muestran claramente un beneficio de ésta (aproxim. 54% de mejoría vs 12%). La terapia cognitivo conductual puede utilizarse de forma efectiva por encima de los seis años y puede hacerse a nivel individual o grupal (Group coping koala workbook). El objetivo de estas intervenciones es entrenar al niño para que adquiera habilida-

des de afrontamiento, reestructure sus cogniciones y modifique sus conductas con la práctica de nuevos comportamientos (entre ellos técnicas de relajación y respiración y exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad).

Existe también evidencia sobre la eficacia añadida si se complementa la terapia cognitivo-conductual con terapia familiar, con el objetivo de entrenar a los padres en estrategias de manejo adecuadas. Esta intervención es especialmente efectiva en niños pequeños y va bajando la eficacia en la infancia tardía y la adolescencia.

Además de las intervenciones psicoterapéuticas son muchas las publicaciones y las revisiones que demuestran la eficacia del tratamiento farmacológico, especialmente cuando el grado de ansiedad es moderado o severo, el impacto de los síntomas en la vida social o escolar es alto, existe comorbilidad asociada, o la respuesta a psicoterapia es limitada. El grupo farmacológico para el que existe un mayor número de publicaciones que demuestran su eficacia son los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Los estudios demuestran buena tolerabilidad y una eficacia clara comparando con placebo, sobre todo a corto plazo, recomendándose comenzar a dosis bajas y monitorizar de forma cercana los resultados. Los más utilizados son Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina y Fluvoxamina.

La evidencia existente sobre la eficacia y la seguridad de otros grupos farmacológicos como los antidepresivos noradrenérgicos (Venlafaxina y Tricíclicos) o las benzodiazepinas, es mucho más limitada, aceptándose a nivel clínico el uso de estos como segunda línea terapéutica. Los estudios con tricíclicos, muestran una eficacia superior al placebo pero la necesidad de monitorizar la función cardíaca y el riesgo en caso de sobreingesta, limita su utilización. En el caso de las benzodiazepinas, las publicaciones no demuestran una eficacia clara en niños (a diferencia de adultos) y su potencial de abuso hace que las recomendaciones de uso se limiten a periodos muy breves y como coadyuvante de los inhibidores de la recaptación de serotonina o la terapia cognitivo-conductual.

Es importante también evaluar y tratar la comorbilidad asociada al trastorno de ansiedad y, diversos estudios muestran la eficacia de la prevención de los trastornos de ansiedad aplicando intervenciones tempranas en el contexto escolar o entrenando a los padres en estrategias de manejo adecuadas que permitan reducir los niveles de ansiedad en estadios iniciales.



36 Referencias

- 1.- Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J (2004), Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:930Y959
- 2.- Hawkrigde SM, Ipsier JC, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD005170. DOI: 10.1002/14651858.CD005170.
- 3.- James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
- 4.- O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004856. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.
- 5.- Ollendick TH, March J (2004), Integrated psychosocial and pharmacological treatment. In: *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Ollendick TH, March JS, eds. New York: Oxford University Press.
- 6.- Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46(2):267Y283.,

TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

L. Lázaro García

Servicio de Psiquiatría y psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic Universitari. Barcelona

Aunque inicialmente el trastorno de pánico (TrPa) se consideró como un trastorno de la edad adulta, diversas investigaciones indican que los niños y adolescentes pueden padecerlo^{1,2}. Su prevalencia en población general adolescente es de alrededor del 1%³, siendo más frecuente en mujeres, fundamentalmente a partir de los 14 años de edad⁴. De todos los trastornos de ansiedad se considera que este es uno de los de inicio más tardío en población menor de 18 años⁵.

Las investigaciones actuales han querido determinar si la naturaleza del pánico es diferente en niños y adolescentes y en adultos. Un punto de interés ha sido el delimitar si los niños tienen capacidad cognitiva para realizar las atribuciones catastróficas características del pánico, como los pensamientos de pérdida de control o de volverse loco. Sabemos que el modelo cognitivo del pánico propone que el TrPa resulta de una interpretación errónea de las sensaciones corporales en forma de peligro infundado. Las interpretaciones que realizan los niños de sus síntomas somáticos varían según sea su etapa de desarrollo. Así los más pequeños piensan que sus sensaciones físicas tienen un desencadenante externo (mi corazón va deprisa porque tengo un examen), mientras que los adolescentes piensan que las sensaciones físicas se relacionan con desencadenantes internos (mi corazón late muy deprisa y estoy perdiendo el control)⁵. De esta forma, los adolescentes podrían desarrollar un TrPa debido a que ya son capaces de realizar las atribuciones catastróficas necesarias para realizar este diagnóstico.

Respecto a la fenomenología, los síntomas fisiológicos descritos por niños y adolescentes son similares a los descritos por los adultos (sensación de disnea, palpitaciones, sudoración, sensación de mareo, náuseas ...). Estos síntomas fisiológicos son más frecuentes que los cognitivos, y estos como se ha mencionado, son más frecuentes en adolescentes que en prepúberes. La única diferencia sintomática entre niños y adolescentes, encontrada en una muestra con TrPa, era la sensación de volverse loco experimentada por los adolescentes y no por los niños⁶.

La información sobre la agorafobia es muy escasa a estas edades, y la aportada proviene de estudios con muestras pequeñas. Un estudio prospectivo en adolescen-



tes indica que en un periodo de 4 años los adolescentes que habían tenido ataques de pánico tenían un alto riesgo para desarrollar agorafobia⁷. Los niños con agorafobia requieren compañía, debido a la intensa ansiedad que ellos experimentan, sobretudo al pensar en estar solos en casa⁸. Cuando existe agorafobia, se ha observado que son frecuentes las conductas de evitación, fundamentalmente en situaciones en las que el entorno que rodea al niño es desconocido. Pero a diferencia de los adultos en los que este trastorno no tratado puede originar un elevado impedimento funcional, en niños y adolescentes no parece existir una alteración significativa de el funcionamiento diario, probablemente debido en parte a una más corta evolución del trastorno y a que la agorafobia y las conductas de evitación no aparecen en muchas ocasiones hasta incluso varios años del inicio del trastorno.

Por otra parte, el hecho de que en muchas ocasiones el diagnóstico de este trastorno tarde en realizarse también está relacionado con la alta tasa de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, así como con depresión y alteraciones comportamentales¹. Algunos autores refieren una frecuencia de TrPa del 13%, en una muestra clínica cuyos diagnósticos principales eran fundamentalmente trastornos externalizados (trastorno por déficit de atención con hiperactividad o trastorno negativista desafiante) y otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo⁶. Así, de los 280 pacientes visitados valoraron que 35 de ellos cumplían diagnósticos de trastorno de pánico (no habían acudido por este trastorno). La pérdida de control fue referida por un 40% de estos pacientes mientras que el temor a morir lo refirió un 23%. Por otra parte, más de la mitad de la muestra (54%) refería preocupación por las consecuencias de sus crisis de pánico, mientras que un 51% referían cambios comportamentales secundarios a las crisis, y un 46% referían temor a padecer otra crisis de pánico. Aproximadamente la mitad de estos pacientes cumplían criterios de agorafobia, y estos frecuentemente evitaban quedarse solos en casa o salir a la calle solos.

Con respecto a los antecedentes familiares, los hallazgos de las investigaciones parecen ser claros. Los trastornos de ansiedad en niños se asocian con una elevada tasa de trastornos de ansiedad en padres, especialmente en la madre. Existen estudios que refieren que hijos de padres con TrPa tienen mayor riesgo de TrPa y agorafobia. Además, los padres con TrPa, normalmente tienen elevadas tasas de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y es esta mayor comorbilidad de trastornos la que parece ser un factor de riesgo para el inicio precoz de TrPa en los hijos, habiéndose constatado

últimamente este hecho en hijos de padres con TrPa y trastorno bipolar comórbido⁹.

Bibliografía

1. Birmaher B, Ollendick TH (2004). Childhood-onset panic disorder. In: Ollendick TH, March JS (eds). Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Oxford University Press, New York, pp 306-333.
2. Ollendick TH, (1998). Panic disorder in children and adolescents: new developments, new directions. *J Clin Child Psychol* 27: 234-245.
3. Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999). Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. *Depress Anxiety* 9: 19-26.
4. Kessler RC, Wang PS (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health* 29: 115-129.
5. Nelles WB, Barlow DH (1988). Do children panic?. *Clin Psychol Rev* 8: 359-372
6. Doerfler LA, Connor DF, Volungis AM, Toscazo PF (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 38: 57-71.
7. Wilson KA & Hayward C (2005). A prospective evaluation of agoraphobia and depression symptoms following panic attacks in a community sample of adolescents. *J Anx Disord* 19: 87-103.
8. Biederman J, Faraone SV, Marris A, Moore P, Garcia J, Ablon S, Mick E, Gershon J, Kearns ME (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 214-223.
9. Biederman J, Petty C, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Dougherty M, LeBel TJ, Pollack M, Rosenbaum JF (2005). Parental predictors of pediatric panic disorder/agoraphobia: a controlled study in high-risk offspring. *Depress Anxiety* 22: 114-120.



38 FACTORES PRONÓSTICOS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

MJ. Mardomingo Sanz

Jefa de Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital G.U. Gregorio Marañón, Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Complutense.

Introducción

El suicidio de los niños y adolescentes ha dejado de ser un tema tabú que quedaba confinado en el secreto de la familia y era abordado casi de forma exclusiva por la religión. El suicidio y los intentos de suicidio son actualmente un problema médico y psiquiátrico de primer orden, y desde luego, un problema humano y social (Mardomingo, 1994) (Mardomingo, 1997). Tres circunstancias sitúan los comportamientos suicidas de niños y los adolescentes en el centro de interés de la medicina y la psiquiatría:

1. Las tasas de prevalencia del suicidio y de los intentos de suicidio han aumentado de forma progresiva a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, de tal forma que el suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia.
2. Los intentos de suicidio son el precedente más seguro de que el suicidio se consume y, por tanto, las medidas de prevención y tratamiento deben centrarse en esta fase del problema.
3. Los estudios de seguimiento de los niños y adolescentes que han intentado suicidarse, ponen de manifiesto la amplitud y profundidad de los problemas que sufren, y cómo estos problemas permanecen a lo largo de los años, limitando su vida personal, académica y laboral.

Características clínicas

El suicidio y los intentos de suicidio son uno de los motivos más frecuentes de consulta y urgencia médica (Mardomingo y Catalina, 1992) y llama la atención: la frecuencia de enfermedades psiquiátricas asociadas que sufren los pacientes (Catalina y Mardomingo, 1997); el curso clínico desfavorable de un porcentaje elevado de casos (Catalina, et al, 1998a) (Catalina et al, 1998b); y la complejidad de los factores familiares y sociales que parecen estar implicados.

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida y consiste en toda acción autoinfligida con este fin. El intento de suicidio es el acto por medio del cual un indi-

viduo, de forma deliberada, se inflige un daño a sí mismo sin resultado de muerte, independientemente de si existe deseo e intención de morir o no. Algunos autores sostienen que el deseo de morir debe formar parte inexcusable del intento suicida, denominándose gesto suicida cuando no existe. Sin embargo la dificultad de evaluar la intención de muerte de forma objetiva, y más aún en los niños y adolescentes, y las grandes discrepancias que suelen darse entre la opinión de los profesionales y la de los propios pacientes, con amplísimos márgenes de error, hace recomendable optar por la primera definición. Los intentos de suicidio también se denominan parasuicidio, actos autolíticos y gestos autolíticos, lo cual probablemente sólo sirve para crear confusión y para que no exista una terminología común.

La ideación suicida abarca una amplia gama de pensamientos, imágenes e ideas, bien de carácter general, “la vida no merece la pena”, “la vida no tiene sentido”, o bien de carácter concreto, con planes de suicidio y amenazas formuladas verbalmente o por escrito. La ideación suicida implica siempre un riesgo de suicidio que debe considerarse grave cuando existe patología psiquiátrica asociada o cuando el medio familiar es conflictivo e incapaz de proporcionar apoyo emocional al niño.

Los estudios epidemiológicos sobre el suicidio y los intentos de suicidio son en general poco fiables y se tiene la impresión generalizada de que las cifras reales son mucho más altas. Tres circunstancias contribuyen a esta situación:

1. La tendencia de la familia y de la sociedad a negar los comportamientos suicidas unida a la dificultad de algunos padres para aceptar un hecho tan doloroso como el deseo de muerte de un hijo.
2. Los niños y adolescentes, y también los adultos, ocultan el intento de suicidio y las ideas de muerte. De hecho un 60% de los niños y jóvenes no informan a la familia (Walter et al, 1990) bien por temor al castigo, bien para evitar el sufrimiento de los padres, y otras veces, por la falta de diálogo y comunicación que existe en el medio familiar.
3. La frecuencia con que se diagnostica de intoxicación y de accidente lo que ha sido un intento de suicidio y se tiende a minimizar las conductas suicidas considerándolas como actos impulsivos encaminados a manipular el medio ambiente y a obtener beneficios.

Se calcula que el suicidio representa el 2% de todas las causas de muerte y es la segunda causa de muerte en la adolescencia.

Los estudios en jóvenes de 15 a 24 años dan unas tasas



de suicidio que oscilan entre el 1,1 y el 17,2 por 100.000 para ambos sexos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Andrews y Lewinsohn, 1992) (Marttunen et al, 1991), siendo muy superiores las tasas en los varones (61 por 100.000) frente a las mujeres (5 por 100.000). El suicidio es mucho menos frecuente en los niños menores de 14 años, pero en algunos países como Hungría alcanza un 2,5 por 100.000.

Así como el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una proporción de 10 a 3, los intentos de suicidio son más frecuentes en las chicas, que superan a los varones en una proporción de 9 a 1. Por lo tanto, las chicas intentan suicidarse más veces que los chicos, pero lo logran menos, mientras que los chicos utilizan métodos más contundentes y lo logran más (Mardomingo y Catalina, 1992).

Las ideas de suicidio, las amenazas de llevarlo a cabo, los planes para suicidarse y los actos que se traducen en un intento o en un suicidio consumado, constituyen los síntomas cardinales del fenómeno suicida. Esta sintomatología fundamental suele acompañarse de la propia de otros trastornos psiquiátricos que con tanta frecuencia se asocian al suicidio. De hecho, en torno al 50% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse, o lo logran, sufren trastornos afectivos y del comportamiento y consumen alcohol y drogas.

Trastornos comórbidos

Los adolescentes que se suicidan o que intentan hacerlo se caracterizan porque sufren con frecuencia otros trastornos psiquiátricos asociados (Catalina y Mardomingo, 1997) (Andrews y Lewinsohn, 1992) (Marttunen et al, 1991). Los trastornos afectivos son los más frecuentes, de tal forma que la depresión mayor y la distimia se dan en el 16-82% de los intentos de suicidio y en el 30-63% de los suicidios consumados. Se observa además, que la prevalencia de depresión mayor y de trastorno bipolar en los familiares de primer y segundo grado es mayor que en la población general (Brent et al, 1988).

Los trastornos de conducta y los trastornos de personalidad, constituyen la segunda patología asociada más frecuente (Catalina y Mardomingo, 1997) (Runeson, 1989), seguida del consumo de alcohol y otras drogas. La asociación de trastorno afectivo, TDAH, trastorno de conducta y consumo de drogas, es un factor de alto riesgo de suicidio. Estas patologías tienen en común la impulsividad, la desinhibición y la agresividad, características que en sí mismas aumentan el riesgo de muerte (Brent et al, 1998). Los trastornos de ansiedad se dan en

el 16-38% de los intentos de suicidio y en el 4-22% de los suicidios consumados. Por lo que se refiere a la esquizofrenia, destaca su mayor frecuencia en los niños que intentan suicidarse, un 15%, mientras que en los adolescentes que cometen suicidio se da en el 0-6% (Pfeffer et al, 1992).

Curso clínico y pronóstico

Los estudios longitudinales de niños y adolescentes con intentos de suicidio son muy escasos y sin embargo son fundamentales para comprender mejor la verdadera naturaleza de la sintomatología suicida. La mayoría de los trabajos abordan los factores de riesgo de que el intento se repita, el suicidio se consume o se produzca otro tipo de muerte violenta. Son muchos menos los trabajos que se centran en el estudio de la adaptación personal y social de los pacientes, los trastornos psiquiátricos a lo largo del período de seguimiento y las características de los intentos de suicidio que pueden predecir su evolución.

La mayoría de los trabajos detectan que la muerte por suicidio o por causas no naturales es más frecuente en los adolescentes y jóvenes con antecedentes suicidas que en la población general, y este riesgo es particularmente intenso a lo largo del primer año de haberse cometido el intento (Otto, 1972) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b) (Sellar et al, 1990). La probabilidad de muerte es mayor en los varones (Kotila y Lönqvist, 1988), cuando no existe un motivo desencadenante (Otto, 1972) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b), cuando existe patología afectiva, consumo de alcohol y drogas, trastorno de conducta y conductas antisociales (Shafii et al, 1985) (Brent et al, 1988) (Brent et al., 1993) (Kotila y Lönqvist, 1989a) (Kotila y Lönqvist, 1989b) (Marttunen et al., 1991) (Agüero et al, 1994) y cuando se ha repetido varias veces el intento de suicidio (Otto, 1972).

El estudio de la adaptación personal, laboral y social de los pacientes es uno de los aspectos que puede ayudar más y mejor a la comprensión del fenómeno suicida, y éste es el tema central de esta ponencia, así como la posible relación entre los trastornos psiquiátricos que tenían en el momento del intento y aquellos que se han manifestado a lo largo del periodo de seguimiento. La edad en que se produjo el intento de suicidio y las características del mismo son también aspectos fundamentales del pronóstico y la evolución (Mardomingo et al, 1994).

A lo largo de un periodo de 8-10 años los niños y adolescentes que han cometido un intento de suicidio tienen



40 muchas más dificultades de adaptación personal, familiar y laboral que aquellos que no cometen intentos de suicidio (Catalina et al, 1998b) y sufren más trastornos psiquiátricos (Catalina et al, 1989a). Un 29% ha tenido serios problemas en la convivencia familiar y ha abandonado la familia de origen, lo cual sólo sucede en el 4% del grupo de comparación. Asimismo las relaciones interpersonales fuera del grupo familiar son inestables o ausentes en el 33% de los casos, frente al 0% del grupo control. Ambas variables son estadísticamente significativas y diferencian muy claramente a ambos grupos de sujetos. En el ámbito académico y laboral los sujetos con comportamientos suicidas abandonan antes los estudios - un 25% no termina los estudios primarios- alcanzan un nivel educativo menor, tienen trabajos menos cualificados, con escasa estabilidad, y se sienten insatisfechos con lo que hacen (Carolina et al, 1998b).

Otro dato revelador es la frecuencia de trastornos psiquiátricos, de tal forma, que si en el momento del intento de suicidio un 87% sufre un trastorno psiquiátrico, a lo largo del periodo de seguimiento lo presenta un 54,4%. Los diagnósticos más frecuentes son: trastornos de personalidad, trastornos afectivos y dependencia del alcohol, patologías que también se han relacionado con la repetición de intentos de suicidio en adultos. El diagnóstico de trastorno afectivo es el más estable a lo largo del tiempo (Mardomingo et al, 1994; Catalina et al, 1998b).

Son factores de mal pronóstico a largo plazo la ausencia de un factor desencadenante claro, la menor edad del niño cuando realiza el primer intento de suicidio, la presencia de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el consumo de drogas y las relaciones interpersonales insatisfactorias e inestables.

De acuerdo con estos resultados, los intentos de suicidio de los niños y adolescentes deben considerarse como un factor de riesgo elevado de sufrir patología psiquiátrica en los años subsiguientes y de tener dificultades de adaptación personal, familiar y laboral en la vida adulta.

Bibliografía

(Agüero et al., 1994). Agüero A, Catala MA, Hernandez M, Cuquerella MA, Llorens P, Perez F, Agüero C.: Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Libro de Ponencias del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil Madrid 1994.

(Andrews y Lewinsohn, 1992). Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and cooccurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*, 1992, 31:655-662.

(Brent et al., 1993). Brent D, Perper J, Moritz G et al.: Psychiatric risk factors for adolescents suicide: A case control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32:521-529.

(Brent et al., 1998). Brent D, Perper J, Goldstein C et al.: Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 1988; 45:581-588.

(Catalina et al., 1998a). Catalina ML, Hernández P, Mardomingo MJ: Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Estudio prospectivo de 6-10 años. *Archivos de Neurobiología*, 1998a; 61: 133-148.

(Catalina et al., 1998b). Catalina ML, Mardomingo MJ, Hernández P: Adaptación familiar, social y laboral de los niños y adolescentes con comportamientos suicidas: Estudio prospectivo a los 6-10 años. *Revista Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona*, 1998b; 25:3-9.

(Catalina y Mardomingo, 1997). Catalina ML, Mardomingo MJ: Patología psiquiátrica asociada a los intentos de suicidio. *Rev. Psiquiat Infanto-juvenil*, 1997; 1:17-20.

(Kotila y Lönnqvist, 1988). Kotila L, Lönnqvist J: Adolescent suicide attempts: Sex differences predicting suicide. *Acta Psychiat. Scand*, 1988; 77:264-270.

(Kotila y Lönnqvist, 1989a). Kotila L, Lönnqvist J: Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. *Acta Psychiatr Scand*, 1989, 79:436-443.

(Kotila y Lönnqvist, 1989b). Kotila L, Lönnqvist J: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiat Scand*, 1989; 79:453-459.

(Mardomingo y Catalina, 1992). Mardomingo MJ, Catalina M L: Intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: características epidemiológicas. *An Es Pediatr*, 1992; 37:29-32.

(Mardomingo y Catalina, 1994). Mardomingo M J, Catalina M L, Hernández P: Curso clínico de los intentos de suicidio: Seguimiento longitudinal a lo largo de ocho años. Libro de ponencias VII Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1994, 71-88.

(Mardomingo, 1994). Mardomingo MJ: Suicidio e intentos de suicidio. En: MJ Mardomingo: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díaz de Santos, 1994: 499-519.

(Mardomingo, 1997). Mardomingo MJ: El suicidio en la adolescencia. Razón y Fe, 1997; 1170:43-53.

(Marttunen et al., 1991). Marttunen M, Aro H, Henriksson M et al: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:834-839.

(Marttunen et al., 1991). Marttunen M, Aro H, Henriksson M et al: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48:834-839.

(Otto, 1972). Otto U: Suicidal acts by children and adolescents: A follow up study. *Acta Psychiat. Scand. (Suppl)*, 1972; 233:123-127.

(Pfeffer et al., 1992). Pfeffer C, Peskin J, Siefker C: Suicidal children grow up: Psychiatric treatment during follow-up period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992, 31:679-684.

(Runeson, 1989). Runeson B: Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R axes I and II. *Acta Pshchiatr Scand* 1989;79:490-497.

(Sellar et al., 1990). Sellar C, Hawton K, Goldacre J: Self-poisoning in adolescents. Hospital admissions and deaths in the Oxford region 1980-1985. *Br J Psychiat*, 1990; 156:886-870.

(Shafii et al., 1985). Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, et al.: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescence. *Am J Psychiat*, 1985; 142:1061-1064.

(Walter et al., 1990). Walker M, Moreau D, Weissman MM: Parent's awareness of children's suicide attempts, 1990; 147:1364-1366.



DE LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN APEGO, VÍNCULO Y SU PSICO(PATO)LOGÍA: ¿LOS PROBLEMAS SON PEQUEÑOS?

J.L. Pedreira Massa

Psiquiatra y Psicoterapeuta de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid. Máster en Calidad Asistencial de Servicios Sanitarios. Premio de Investigación de la Organización Internacional para la Capacitación e Investigación Médica

Introducción

La Oficina Europea de Salud Mental de OMS-Europa convocó un comité de Expertos a principios de los años noventa del siglo pasado para abordar la importancia de la promoción del desarrollo psicosocial de los primeros cinco años de vida, en ese grupo, al que tuve el honor de ser invitado y formar parte, se consensuaron tipos de trabajo y formas de abordar la promoción del desarrollo psicosocial en la primera infancia, destacando que: “un desarrollo psicosocial apropiado será decisivo para conseguir no solo la obtención de habilidades individuales para afrontar con éxito las fuentes de estrés, sobre todo las que se originan en el entorno social y ecológico, sino que también es una ayuda para resistir las presiones que pueden surgir para adoptar conductas que atenten contra la salud”. La Asociación Española de Psiquiatría Infantojuvenil dedicó una Ponencia oficial en la XL Reunión, celebrada en Gijón, al tema y constituyó un número extraordinario en la Revista de la Asociación, con participaciones tan importantes como interesantes.

Por ello es de especial significación dedicar, de nuevo, tiempo científico a este tema. Un tema árido, difícil y lleno de sutilezas clínicas, donde las clasificaciones al uso “hacen agua” resultando ser inadecuadas, inapropiadas, confusas y su utilización indiscriminada, en muchos casos, podrían estimular la estigmatización o, lo que es peor, el yatrogenismo con apariencia de pseudo-ciencia.

Conceptos de partida

Aclaremos que para nosotros el concepto de vulnerabilidad tiene contenidos psicobiológicos, constituyendo la matriz fundamental de lo que Ajuriaguerra denominó, con gran acierto: “factor terreno”. Entre sus contenidos básicos se encuentra el temperamento, también de base constitucional y psicobiológica y que representa una forma de oferta en la relación por parte del bebé que recibe una respuesta interactiva desde la figura de apego.

Los factores de riesgo se constituyen con fundamentos

psicosociales y se van configurando de forma dinámica a lo largo de todo el desarrollo humano, pero con especial énfasis en la primera infancia. De ámbito psicosocial también es el carácter, basado en la experiencia y la vivencia y que modulará y modelará, si así lo consigue, los rasgos temperamentales.

Cada vez con más insistencia se hace referencia a la necesidad de investigar acerca de los factores protectores que consiguen atemperar o contrarrestar los factores de riesgo. Una dimensión muy específica y en auge lo representa un concepto formulado en 1984 por Rutter: “Resiliencia”, que es un concepto con componentes constitucionales psicobiológicos difíciles de predecir y un componente psicosocial que se podría definir, aunque con dificultad, según especificó el propio autor en 2006 en Madrid. Esta resiliencia (en castellano es más apropiado decir “resistencia”, tanto por su origen de la física energética como por los componentes del concepto) podría ser definida como aquellas características que presenta un sujeto determinado por las que es capaz de no padecer un trastorno mental cuando es sometido a situaciones similares de riesgo o agresión que otro sujeto que, en situaciones similares, padecería un proceso psicopatológico. Pero esta capacidad de resiliencia es algo más que una adaptación o sumisión a estas noxas.

Durante el periodo de la primera infancia, por lo expresado hasta ahora, es el tiempo idóneo para realizar actividades de promoción del desarrollo psicosocial, que incluyen facetas individuales en las actividades sociales y plantean los factores sociales que conforman la respuesta individual, poniendo de relieve la interacción entre todos estos factores y la complejidad del desarrollo humano. Los cinco primeros años es la etapa del desarrollo humano en el que se inicia, se desarrolla y se consolida el proceso de vinculación, con énfasis en las conductas de apego y la importancia de las figuras de apego y su jerarquización, que tendrán un gran impacto en los vínculos para otras etapas de la vida, como publicaciones aparecidas en los últimos diez años así lo manifiestan.

Las interacciones precoces resultan ser de capital importancia, pues de las que aparecen y se desarrollan en el seno de la familia, tras evolucionar, se consigue la generalización social, en cuanto a patrones específicos en el contenido de esas interacciones. Se adquiere, de este modo, una forma particular en la expresión de los conflictos en la relación y en la interacción, desde organización psicosomática de las etapas más precoces (etapa psicomotriz) a la emocional, pasando por los perfiles más comportamentales (etapa pre-operatoria y operatoria). De



42 igual forma se encaran los procesos de aprendizaje individual y social, que establece el tránsito desde el lenguaje ligado al habla (obtención de fonemas y palabras, primeras frases) al aprendizaje reglado, con el valor añadido de establecer el proceso de sociabilización en la escuela. Especial importancia va adquirir el control de impulsos y canalización de la agresividad, muy ligado al temperamento (componente psico-orgánico tal como expresamos con anterioridad), cuya expresión funcional va desde el control esfinteriano y los hábitos higiénicos a los procesos de racionalización y sublimación o a conductas francas de agresión. La función del límite y la Ley, como modulador de los deseos individuales, que va desde la prohibición externa a la norma moral interiorizada es una de las características básicas para modular la frustración y responder ante su aparición.

Dificultades de las investigaciones en la primera infancia

1. Factores dependientes del proceso:
 - a. Los síntomas son inespecíficos y mutables, presentando una peculiar mezcla de aspectos propios de la etapa de desarrollo y síntomas claramente patológicos.
 - b. La interacción entre los factores bio-psico-sociales es muy patente.
 - c. Existe de forma más evidente la prolongada dependencia del contexto familiar para subvenir sus necesidades.
 - d. Escaso nivel de desarrollo del lenguaje para expresar sus demandas.
2. Factores dependientes del sujeto:
 - a. Muchos síntomas y/o factores de riesgo y/o signos de alarma que pueden interpretarse como desviados o francamente patológicos no es extraño que puedan aparecer en algunas etapas del desarrollo normal.
 - b. La excesiva y prolongada dependencia del contexto familiar unido al escaso nivel de desarrollo del lenguaje, origina que la connotación venga dada desde fuera del sujeto.
 - c. Existen factores psico-biológicos o de vulnerabilidad que interactúan con factores psico-sociales o indicadores de riesgo de forma estrecha.

3. Factores dependientes de la metodología:
 - a. Dificultad para la definición de caso, ya que no existe un sistema categorial ni dimensional propio para estas etapas del desarrollo lo suficientemente consensuado a nivel internacional, a pesar de existir diversos intentos que han resultado escasamente consistentes, hasta el momento actual.
 - b. Las negativas a participar en procesos de investigación son mayores que en otras etapas de la vida, por lo que la selección muestral tiene dificultades relevantes.
 - c. Los instrumentos de evaluación comportamental y psicopatológica no están lo suficientemente estandarizados ni se usan de forma tan generalizada como en otras etapas del desarrollo humano.
 - d. La aparición de sesgos es demasiado frecuente, como consecuencia de todo lo precedente.

De la interacción de los factores anteriormente expuestos tanto del trastorno, como del sujeto y de la propia metodología de investigación empleada, podemos deducir que un trastorno o un grupo de ellos pudiera tener diferentes significaciones e interpretaciones dependiendo del nivel cultural del contexto en el que se desarrolla el niño, de la capacidad de tolerancia del entorno hacia la conducta infantil, de la capacidad de contención de las ansiedades por parte de las figuras parentales, de la etapa del desarrollo del niño y de su temperamento, de la edad cronológica real y, en su conjunto, de las experiencias

Influencias causales en el comportamiento infantil



Fuente: H. Van Engeland (1989)

Tabla 1



previas tanto del contexto como del propio niño. El resumen de estas interacciones complejas en la determinación del comportamiento infantil lo recogió un grupo de expertos de la OMS y que Van Engeland lo recogió en la Tabla I.

Hay tres peligros potenciales que en la primera infancia es muy preciso no perder de vista, sobre todo a la hora de pasar de la investigación a la práctica asistencial, en los términos que expresa Rutter, estos tres contenidos para tener presente son los siguientes: El establecimiento y la suspensión de la demanda dependen en exclusiva de las figuras parentales (por lo que hay que tener muy presente el daño narcisista, potencial y real, que hacia el desempeño de su función representa el hecho de solicitar ayuda en una consulta a un especialista). En segundo lugar, la proliferación, a veces, indiscriminada y descontextualizada de recursos con coberturas parciales (p.e. algunos diseños de servicios de atención temprana) que no solucionan el problema inicial para el que habían sido creados y, en ocasiones, pueden agravarlo o provocar yatrogenia. Por fin, un peligro grave es cuando las crisis y acontecimientos vitales aparecen de forma sintónica y coincidente temporalmente con contenidos de la etapa del desarrollo (p.e. separaciones reales (de la habitación o asistencia a la guardería) en épocas de la ansiedad del extraño entre los 8-18 meses de vida).

El proceso de vinculación y las interacciones madre-bebé

Al final del primer año: casi todos los lactantes han establecido un lazo y les resulta dolorosa la posibilidad de su ruptura. No hay que olvidar que el apego es un impulso primario en el seno del proceso de selección natural, por lo tanto no es una conducta aprendida. Sabemos que el apego es el método conductual más eficaz para las especies animales, tal como demostró Lorenz, y se basa en la proximidad física, siendo más relevante la calidad en la interacción que la cantidad de tiempo. También sabemos que la afectividad positiva se asocia con un apego seguro desde lactancia hasta, al menos, los 3 1/2 años.

Si importante son las conductas de apego y el sistema del proceso vincular, no debemos olvidar que este hecho nos sitúa ante la posibilidad de la separación de la figura de apego o bien de su pérdida. Ante esta posibilidad o hecho real aparecen una serie de etapas en el niño que ya fueron descritas por Spitz en los niños hospitalizados y confirmadas por estudios posteriores (Bowlby, Stern, Sameroff & Ende). En primer lugar aparece la fase de

"ira", en ella el niño protesta con llanto, y se le observa una búsqueda del progenitor. Tras esta etapa aparece la fase de "desesperación" caracterizada fundamentalmente por la inmovilidad y la apatía. Por fin aparece la fase de "desapego", se reanudan las actividades por parte del niño, y ante la presencia de la figura de apego el niño no hace esfuerzos por emitir respuesta alguna que denote su presencia.

El proceso de vinculación pone en juego la interacción de tres tipos de personajes:

1. Las cualidades maternas para definir el apego: clásicamente se han agrupado en pares contrapuestos:
 - Sensibilidad-insensibilidad
 - Aceptación-rechazo
 - Cooperación-interferencia
 - Accesibilidad-descuido
2. Las cualidades del temperamento del bebé nos definen el tipo de respuesta que el bebé realiza ante las conductas y cualidades maternas, estas características temperamentales nos demuestran:
 - El bebé irritable, en general, resulta ser un bebé menos estimulado que el bebé tranquilo.
 - El estudio de las competencias del bebé, desde los iniciales estudios de Brazelton, nos aportan que en los bebés que esperan un rechazo se han observado la presencia de conductas de evitación hacia sus cuidadores.
 - Las conductas de evitación, del tipo moverse, apartar la mirada, son formas activas del bebé para no responder a los estímulos.
3. Función de la parentalidad: Clásicamente se estudiaba la interacción entre la figura materna y el bebé, pero hoy conocemos la importancia de la figura paterna y fundamentalmente en dos aspectos: Sostén emocional, afectivo y social hacia la madre y la posibilidad de sustitución de la figura materna en el cuidado y estímulo del bebé.

Sameroff (1989); Bowlby (1981); Stern (1990) han sistematizado las interacciones madre-bebé de forma práctica y psicopatológica. Conciben a estas interacciones, claves para establecer conductas de apego y desarrollar el proceso de vinculación, como fenómenos dinámicos que se desarrollan en un tiempo determinado entre el lactante y la figura materna, se influyen mutuamente en un proceso continuo y permanente de desarrollo y de intercambios. Estas interacciones madre-bebé pueden ser de tres tipos:

1. Interacciones comportamentales, son aquellas en que los comportamientos de ambos miembros de la



Evaluación de la intensidad de la conducta de apego según etapas del desarrollo precoz

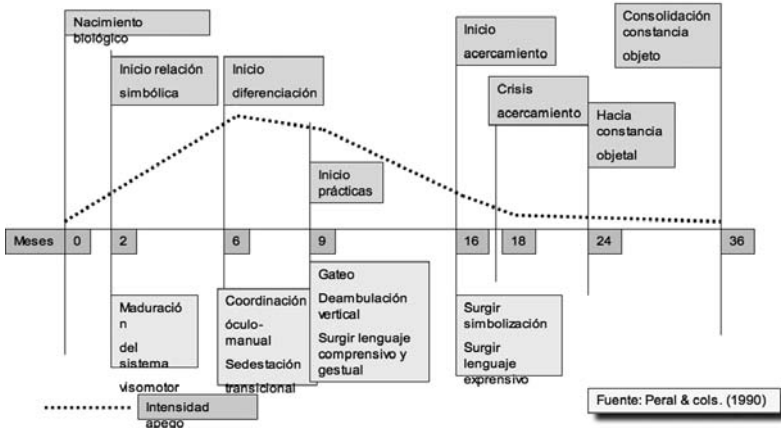


Figura 1

Propuesta de circuito neural para la emoción

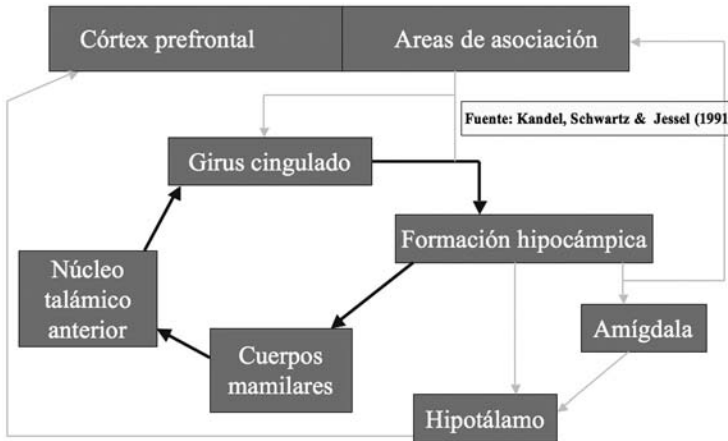


Figura 2

diada tienden a armonizarse. La observación es una técnica para constatarlas y evaluarlas, siendo sus expresiones más claras las siguientes:

- Interacciones corporales: holding, handling, diálogo tónico, ajuste postural.
- Interacciones visuales: distancia ideal, tiempos de mirada recíproca, sentimientos de “ser reconocido”, capacidad de diferenciación.
- Interacciones vocales: lenguaje del bebé (p.e. gor-

jeos, diferentes tonalidades del llanto) y la significación/respuesta que le da la figura materna.

- Comportamientos de ternura: valor del gesto y la mímica, del tono vocal.
- 2. Interacciones afectivas determinadas por las influencias mútuas de la vida emocional de ambos componentes de la diada.
- La evolución de las interacciones afectivas: “baño de afecto”, organizadores del yo, “pensar las emociones”, cambios en la evolución de lenguaje materno.
- Armonización de los afectos: “anudamiento afectivo”, reproducción cualitativa de estados afectivos del otro.
- Referencia social: Información emocional, proceso de diferenciación.

3. Interacciones fantasmáticas, vienen definidas como las influencias recíprocas de la vida psíquica de la figura materna y el bebé, que se encuentran en diferente estado de desarrollo y con un proceso mental distinto.

- El valor del niño imaginado: construcción de “su” niño durante todo el proceso de embarazo, diálogo con el feto que mantiene la figura materna, confrontación niño real-niño imaginado al momento del nacimiento y establecer cual de los dos “sobrevive” simbólicamente.

- Protorrepresentaciones del bebé: capacidad de anticipación del bebé, comunicación no verbal, “lanzar” objetos, los primeros juegos.

El grado de intensidad del apego según su evolución a lo largo del tiempo, se esquematiza en la Fig. 1, donde se puede observar que el nivel máximo de apego se encuentra entre los 6-18 meses, estabilizándose después. A partir de los 36 m ya se establece el nivel idóneo y el tipo funcional de ese apego

que definirá el proceso de vinculación y que se ha ido estructurando durante esos 36 primeros meses de vida. Las bases neurobiológicas del apego y, en consecuencia, la “modulación” de la respuesta neurobiológica del proceso vincular y de su funcionamiento a la hora de establecer la respuesta, lo sistematiza Kandel & cols. (Fig. 2), este grupo de autores reconoce a la relación entre girus cingulatum, formación hipocámpica, cuerpos mamilares y núcleo talámico anterior, dominada por la acción de la



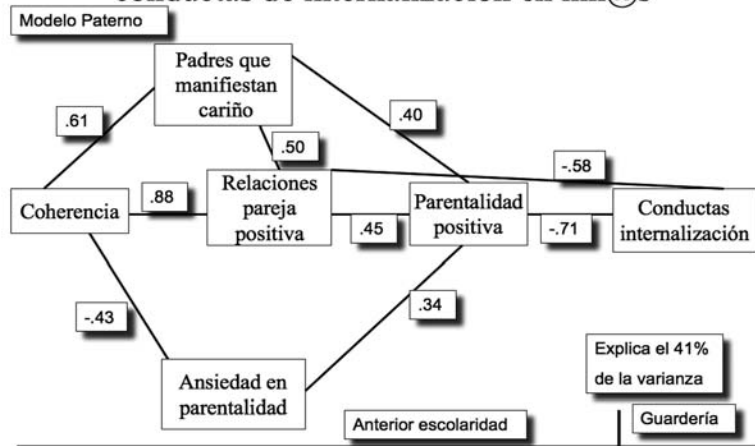
corteza prefrontal y las áreas de asociación, esta relación evidencia el sustrato básico del camino de las emociones, de los sentidos y de la activación/regulación motora y de los recuerdos y matices sensoriales y experienciales. De aquí la importancia de concebir al bebé como un funcionamiento “pre-activado” o una potencialidad y cuyo desarrollo va a depender de las catequizas afectivas y sensoriales que acontezcan a lo largo de las primeras experiencias vitales.

Siguiendo este esquema planteado con anterioridad podemos expresar que las conductas de exteriorización es la figura paterna la que explica el 69% de la varianza, mientras que en las conductas de internalización es la figura materna la que explica el 71% de la varianza. (Fig. 3 y 4). En la Tabla II se expone un resumen de la respuesta ante la separación de la figura de apego por parte de un bebé de 12 meses, según sea la modalidad del apego establecido, de forma complementaria la Tabla IV nos expresa cómo a mayor apego segura existe un mayor contacto corporal entre el bebé y la figura de apego con una cooperación mejor entre ambos y una mejor irritabilidad, justo la inversa que acontece cuando el apego es de características ambivalentes e inseguro-ansioso.

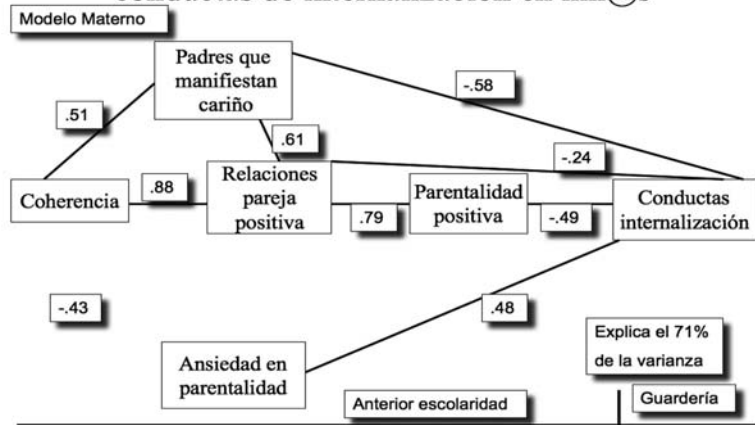
Modelos de vinculación y sus alteraciones

Los cuatro modelos descritos por Ainsworth nos señalan las formas de interacción de esas conductas de apego que configuran uno u otro de los procesos de vinculación: Modelo A, corresponde a la vinculación ansioso-evitativa y aparece una distorsión o confusión en los bebés ante la proximidad parental o bien reacciona con ignorancia. El modelo B o de vinculación segura, se caracteriza poraue los bebés buscan la proximidad y el contacto con la figura de apego. El modelo C se define como vinculación ansioso/ambivalente, apareciendo un rechazo al contacto y a la interacción con la figuras parentales. Por fin, el modelo D o de vinculación desorientada/organizada, depende de la seguridad con la figura de apego, no apa-

Modelos de vinculación parental en conductas de internalización en niñ@s



Modelos de vinculación parental en conductas de internalización en niñ@s



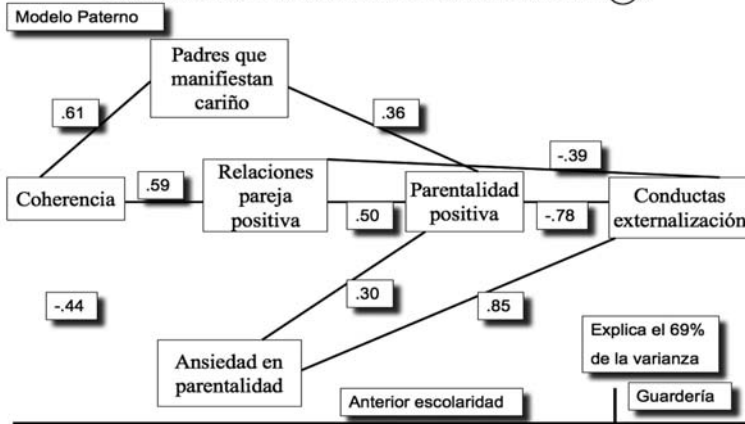
Modalidad de Apego y Reacción en situación de Separación a los 12 meses

Tipo de Apego	Separación	Reunión
Seguro	Protesta+++	Solicitan conductas de apego
Ansioso o Ambivalente	Protesta+++++	Ambivalentes buscan resisten contacto
Ansioso Evasivo	Protesta - +	Alejamiento o evitación

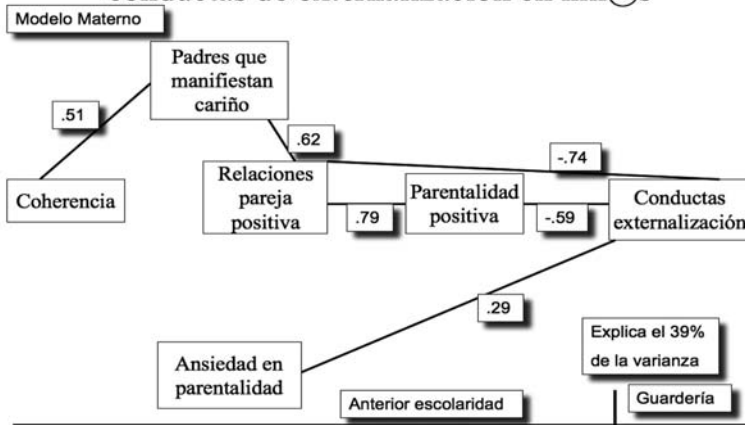
Tabla 2



Modelos de vinculación parental en conductas de externalización en niñ@s



Modelos de vinculación parental en conductas de externalización en niñ@s



rece en todos los contextos, y suele manifestarse con conductas de evitación y ansiedad de separación.

Estas modalidades de apego tienen interés psicopatológico porque son modalidades sensoriales y perceptivas que intervienen en la construcción de una realidad en el bebé; atañen a la madre y construyen un lugar para el bebé, por lo que también incluyen las competencias del bebé, descritas por Brazelton, con lo que comprenden las interacciones madre-bebé. Es decir es un verdadero sistema de comunicación, con: producciones lingüísticas y comportamientos que poseen una

calidad de informaciones diversas. Además, tal como hemos explicado con anterioridad incluyen procesos biológicos y cognitivos (actividad psíquica) que varían según sea la vivencia del entorno.

En la modulación de todo lo anterior influye el temperamento del bebé, definido como una forma de actividad del bebé (tono y motilidad); el ritmo de las funciones fisiológicas (frecuencia e intensidad); la respuesta de aproximación/alejamiento ante los estímulos; la capacidad de adaptación a las situaciones nuevas (respuesta del bebé tras calmarle) y a la intensidad de las reacciones emocionales (llanto o irritabilidad con o sin descargas motrices). Otras características que completan la influencia del temperamento del bebé son el humor y la calidad de las emociones (“niño bueno”, “llorón”, “simpático”); la capacidad de mantener la emoción y la atención (rostro humano, timbre voz); la distracción ante los estímulos y, en general, la reactividad general ante los estímulos.

Las alteraciones del establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los vínculos tienen un impacto longitudinal en el niño como presencia de rasgos de carácter: facilidad de pasos al acto, escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, terquedad, caprichos. Una cierta fragilidad emocional, como vulnerabilidad hacia nuevos establecimientos vinculares. Aparece, en determinadas circunstancias una vulnerabilidad psicosomática por hiper o hipoestimulación sensorial y, por fin problemas secundarios de tipo

somático o sensorial (p.e. Traumatofilia).

De igual forma las figuras parentales tienen una afec-

Modalidad de Apego y Comportamiento Familiar

Tipo de Apego	Contacto Corporal	Cooperación	Irritabilidad
Seguro	+++	+++	-
Ansioso	+	+	+
Ambivalente	-	-	+++
Ansioso Evasivo			

Tabla 3



tación como consecuencia de sus propias conductas de apego y la subsiguiente alteración del proceso vincular. Esta repercusión en las figuras parentales es del tipo de temor/inseguridad a la hora de estimular al bebé (p.e. ingreso precoz en servicios de neonatología, alteración de la percepción). En otras ocasiones son respuestas hiperansiosas ante la intranquilidad del bebé (p.e. interpretaciones distorsionadas ante la actitud del bebé); sobreprotección (como expresión de procesos de culpa-reparación) y la búsqueda compulsiva que explique la “causa de todos los males” (p.e. Buscar “causa”, justificaciones).

Perfiles evolutivos de los trastornos vinculares

Cuando aparece un TVI a lo largo del proceso de desarrollo infantil van transformándose en cuadros y perfiles clínicos diversos tras los que se pueden identificar el funcionamiento vincular distorsionado o disfuncionante. En general los perfiles evolutivos en los que identificamos alteraciones vinculares como fundamento de alguno de los trastornos y en los que la investigación aporta datos empíricos, son los siguientes:

1. Perfil psicósomático: Su base se encuentra en la significación del cuerpo obtenido por el bebé, la importancia del estímulo sensorial y táctil y la cercanía corporal entre la figura de apego y el bebé. Los principales cuadros clínicos: serían: Trastornos esfinterianos; algias (cefaleas, abdominalgias); trastornos digestivos (vómitos, diarreas); TCA a lo largo de la infancia y adolescencia; trastornos del sueño (sobre todo las alteraciones de la conciliación del sueño que adquieren un valor estadísticamente significativo como predictivo de problemas psicosociales posteriores) y, por fin, el impacto sobre la evolución de afecciones crónicas en la infancia (recaídas, incumplimiento de tratamientos o controles).
2. Perfil conductual: Expresión de la alteración o disfunción a la hora de incumplir con la función de transmitir los límites, la posibilidad de acceder a figuras de apego sustitutas y la aceptación de la frustración. Los cuadros clínicos más representativos de este perfil serían: Trastornos del comportamiento y de la adaptación social; trastornos disociales; trastornos relacionales y comportamientos adictivos.
3. Perfil afectivo y del humor: La explicación psicopatológica la encontramos en la interacción entre el proceso de vinculación y el de pérdida y duelo. Los cuadros clínicos más representativos son: Trastor-

nos por ansiedad de separación; trastornos depresivos y distimias.

Conclusiones

La importancia de estos conceptos y su comprensión de las dinámicas psico-biológicas y psico-sociales, que los datos empíricos de investigaciones así lo atestiguan.

Variables tipo al apoyo e involucración de la figura paterna en el primer año de vida, las interacciones adecuadas madre-padre-bebé, las alteraciones del sueño y el crecimiento intrauterino retardado, adquieren significación estadística como predictores de trastornos mentales en la infancia posterior.

Por lo tanto, la comprensión de estos procesos no solo va a facilitar el desarrollo de procesos terapéuticos, sino que permitirá implantar y desarrollar intervenciones de tipo preventivo o de promoción del desarrollo psico-social.

Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S.: Attachment, exploration and separation: illustres by behavior of one years-olds in a strange situation. En: *Child Development*. 1970, 41, págs. 49-67.
- Bird, H.R. et al. Estimates of the prevalence of Childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 1998, 45 (Dec.): 1120-1126.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Bowlby, J.: *La separación afectiva* Buenos Aires. Ed. Paidós. 1980.
- Bowlby, J.: *La pérdida afectiva*. Buenos Aires. Ed. Paidós. 1986.
- Bowlby, J.: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Madrid: Morata, 1989.
- Boyce W. Th.: *The vulnerable Child: New evidence, new approaches*. *Advances in Pediatrics*. 1992, Vol. 30, págs. 1-33.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. C.: *La relación más temprana*. Barcelona-Buenos Aires-Méjico. Ed. Paidós. 1993.
- Corboz, A.; Fivaz, E. (1999). *The primary triangle. A developmental system view of fathers, mothers and infants*. New York. Basics Books.
- Cramer, B. and Stern, D.: *Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières*. Paris. Ed. Eshel and Med. and Hygiène, 1988.
- Cowan, Ph.A; Cohn, D.A.; Cowan, C.P. & Pearson, J.L.: *Parents' attachment histories and children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Exploring Family systems models of linkage*. *J. Consulting Clinical Psychology*, 1996,, 64, 53-63.
- Domenech, E.: *Psicopatología de la primera edad*. En: J. Rodríguez Sacristán, Dir.: *Psicopatología del niño y del adolescente*. T.II. 1995, págs. 927-976.
- Fagot, B. & Kavanagh, K.: *The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classification*. *Child Development*. 1990, 61, págs. 864-873.
- Fish, M., Stifter C, A. & Belski, J.: *Early patterns of mother-infant dyadic interaction: infant, mother, and Family demographic antecedents*. *Infant Behavior and Development*. 1993, 16, págs. 1-18.
- Kreisler, L. & Cramer, B.: *Les bases cliniques de la psyquiatry du nourrisson*. En: S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé, Eds.: *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris. PUF. 1986, págs. 649-679.



- Lebovici, S.; Mazet, P (1985). Psychiatrie du nourrisson. *Rev Neuro-Psychiat Enf Adol*, 33 51-137.
- Lewis M., Feiring, C., McGoffog, C. & Jaskir, J.: Predicting psychopathology in six year-olds from early social relations. *Child Development*. 1984, 55, págs. 123-136.
- Lewis M. & Feiring, C.: Infant, mother, and mother-infant interaction. Behavior and subsequent attachment *Child Development*. 1989, 60, págs. 831-837.
- Matarranz, I.; Pedreira, J.L.; Alvarez de los Heros, A.: Influencia de la asfíxia perinatal en el retraso cognitivo del niño: evaluación mediante el CBCL. Premio Real Academia Nacional de Medicina, 1999.
- Mazet, P. & Stoleru, S.: Manual psicopatología de la primera infancia. Barcelona. Masson. 1990, págs. 258-270.
- McDonald, V. T. Achenbach, T M.: Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problem scores in a national sample. *J. Am Child Adolesc. Psychiatry*. 1996, Sep, 35:9,págs. 1237-1246.
- Pedreira, J. L.: La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*. 1997, Vol. 13, Nº 7, págs. 299-310.
- Pedreira, J.L.; Moreno, J. & Sardinero, E.: Psicopatología vincular: su importancia en los trastornos mentales de la edad adulta. *Monografías de Psiquiatría*, 1999 (enero-febrero), IX, 1, 7-20.
- Pedreira Massa, J.L.(dir); Paradela, I.; Quesada,C.; Sardinero García, E.; Magro Petreguer, R. (2001). Perfiles comportamentales en la edad escolar y recursos sanitarios para abordarlos: estudio sobre población general. En *Asamblea de Madrid. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Estudios e Investigaciones 2000: 249-419.
- Pedreira, J.L.; San Román, P.; Rodríguez-Sacristán, J.; Barcia, D. (2001): Factores de riesgo psicosocial en la primera infancia. Seguimiento longitudinal. Premio Nacional de Investigación Científica IMSERSO-2000. Madrid.
- Pedreira Massa, J.L. (2001). Factores de riesgo y de estabilización en los procesos mentales de la infancia: Comprendiendo la resiliencia. Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. www.uv.es/sias
- Pedreira Massa, J.L.; Urrea, J; Sardinero, E; Magro, R; Goodman, R. (2001). Indicadores de factores de protección y su impacto en la resiliencia en la edad escolar (6-11 años). Informe de Salud de la Infancia en España (Informe SIAS)-4. www.uv.es/sias
- Peral, M. & Girón P.: Trastornos del vínculo. En A.I. Romero y Fernández Liria: *Salud Mental*. Madrid. Ed. IDEPSA. 1990. Tomo II. págs. 109-120.
- Perry, B.D. (2008): *Maltreated Children: Experience, Brain Development and the Next Generation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Polaino-Lorente, A. y Meca, R.: ¿A qué se llama psicopatología del apego infantil?. En E. Domenech-LLaberia y M. Claustre Jané Ballabriga, Eds. : *Actualizaciones en Psicopatología Infantil II*. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. 1998, págs. 15-52.
- Prior, M; Smart, D; Sauson, A.; Oberkland, F. Longitudinal predictors of behavioural adjustment in pre-adolescent children. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Jun; 35 (3): 297-307.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316-331.
- Sameroff, A.J.; Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York. Ed. Basic Books.
- Sánchez-Queija, I & Oliva, A. (2003): Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 2003, 18 (1), 71-86.
- San Román Villalón, P; Pedreira Massa, J.L.; López-Torres Hidalgo, J; Bonete Yácer, J.M.; Castelló Pons, T. Impacto del riesgo psicosocial en los bebés y las repercusiones psicopatológicas que genera en el niño/a preescolar: un estudio longitudinal. www.psiquiatria.com. 2002; 6 (5).
- San Román Villalón, P; Pedreira Massa, J.L.; López-Torres Hidalgo, J; Bonete Yácer, J.M.; Castelló Pons, T. Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. www.psicologia.com. 2002; 6 (2).
- Shaw, D., & Bell, R. Q.: Developmental theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993, 21, págs. 493-518.
- Solnit, A. (1981). L'enfant vulnérable. Rétrospective. En: *L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris. PUF, 2: 485-498.
- Spitz, R.A. (1945) Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. En: *The psychoanalytic study of the child*. New York. International Universities Press.
- Stern, D.: *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books. 1985.
- Tsiantis, J; Macri, I (1998). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. En Rodríguez Sacristán, J (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla: 1191-1213.
- Zeanah CH. H., and col.: Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 36:2, February, 1997, págs. 165-177.



ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER PARA NIÑOS: MÁS ALLÁ DEL CI. ESTUDIO DEL PERFIL COGNITIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDAS EN UN CSMIJ

Mulet Pérez B, Zapater Carrasco C, López Seco F, González Molinero JL, Mundo Cid P, Harbane-Bosshot D, Casaus Samatán P.

HPU Institut Pere Mata.

Introducción: Las escalas de Wechsler son posiblemente las más conocidas para la valoración del perfil intelectual y en sus diferentes versiones se han ido extendiendo en el estudio de diferentes perfiles clínicos. Estudios previos con versiones anteriores han demostrado su utilidad en distintos perfiles, y ayudado a generar hipótesis y perfiles neuropsicológicos, como el “índice de distracción” del WISC-R o el perfil ACID en los TDAH. El WISC-IV puede ser una prueba mejor que las versiones anteriores del WISC en delimitar los puntos fuertes y débiles de los niños con TDAH. El objetivo de este estudio es aportar datos a los estudios hasta ahora escasos, tanto con muestras españolas como internacionales, del perfil cognitivo del WISC-IV en cuatro subgrupos diagnósticos: TDAH, trastornos generalizados del desarrollo (TGD), trastornos negativistas desafiantes/ disociales (TND/TD) trastornos específicos del desarrollo (TED).

Sujetos y métodos: 105 sujetos (83 niños y 22 niñas) entre 6 y 15 años (media=9,1, Sd=2,2) que consultan por trastornos de conducta y/o problemas de aprendizaje que han cumplimentado el WISC-IV entre Noviembre de 2006 y Diciembre de 2007. Se presentan datos preliminares: el perfil medio (medias y desviación típica) de los índices y los subtest del WISC. Se comparan los índices dentro de cada categoría diagnóstica y entre diferentes diagnósticos.

Instrumentos: Escalas de Inteligencia de Wechsler para niños- IV (WISC- IV).

Resultados: En los niños con TDAH hay caídas en el índice de MT y subtest de atención (LN, D, Ar) e información. El grupo de TGD tiene caídas en el CI total, CV, MT y en los subtest de información, vocabulario y dígitos. Los índices más bajos del grupo negativista/disocial son el de CV, MT y CI total y los subíndices de información, adivinanzas, vocabulario y semejanzas. El subgrupo de trastornos específicos obtiene un perfil global bajo y caídas en aritmética, vocabulario e información. Aparecen más diferencias significativas entre índices del perfil

intragrupo en los TDAH. Entre grupos hay diferencias significativas en los índices de CIT, CV y RP entre los TDAH y los demás subgrupos diagnósticos.

Conclusiones: Nuestros resultados reflejan un perfil cognitivo consistente con los estudios revisados en el grupo de TDAH: un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad con alteración manifiesta de la atención y secundariamente de funciones ejecutivas. En los TGD severas dificultades en el razonamiento abstracto; en los TND/D el rendimiento general medio-bajo y un perfil cognitivo más homogéneo sin que destaque significativamente ningún área de mayor afectación. En grupo de TED no encontramos demasiadas diferencias en el perfil y comparado con los demás, posiblemente por ser demasiado heterogéneo para extraer conclusiones. El WISC-IV parece un instrumento prometedor para evaluar diferencias entre grupos diagnósticos y para aportar información sobre el perfil intragrupo.

Limitaciones: Estudio preliminar con muestra pequeña, con mayor intrincación de problemas emocionales y cognitivos que las de otros estudios, el grupo de TED es heterogéneo y hay predominio de varones en todos los subgrupos.



50 **EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE COGNICIÓN Y CONDUCTA. ANÁLISIS DEL PERFIL COGNITIVO Y VARIABLES CLÍNICAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TDAH**

Mulet Pérez B, Zapater Carrasco C, Ezquerro Larrazabal A, López Seco F, Sanmartín Águila E, González Molinero JL, Labad Alquézar A.

HPU Institut Pere Mata

Introducción: Entre la constelación de trastornos que presentan alteraciones en la conducta (AC) encontramos el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Mayes et al. (2004) relacionan algunos trastornos evolutivos con distintas alteraciones neuropsicológicas.

Profundizar en el conocimiento del funcionamiento cognitivo asociado a los diferentes tipos de AC podría permitir un mayor conocimiento nosológico de éstas, realizar adaptaciones en las intervenciones terapéuticas, y plantear hipótesis etiológicas. El objetivo de este trabajo es profundizar en la relación existente entre el perfil cognitivo de pacientes afectados de TDAH y distintas variables clínicas, entre las que se incluyen las AC.

Partimos de la hipótesis que el rendimiento cognitivo guarda una relación significativa con las variables observadas en la clínica, de manera que el ahondar en esta relación podría permitir adecuar las intervenciones encaminadas a la modificación de las AC.

Sujetos y métodos: La muestra está formada por 35 pacientes diagnosticados de TDAH según criterios CIE-10, que fueron atendidos en nuestro servicio en este último año.

El 80% de los pacientes fueron varones, con una media de edad de 9.31 años (rango 6-15).

Para este estudio se utilizaron las siguientes pruebas: 1) Escala de inteligencia Wechsler para niños, WISC-IV, y 2) Escalas de Conners, CPRS-48 y CTRS-28. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para describir la relación entre el perfil cognitivo, evaluado mediante la WISC-IV, y distintas variables clínicas, evaluadas mediante las Escalas de Conners.

Resultados: Se observó que a menor rendimiento cognitivo general (CI Total) se presentaban mayores alteraciones de conducta ($r=-,503$; $p<0,05$), problemas de aprendizaje ($r=-,468$; $p<0,05$), inatención ($r=-,648$; $p<0,001$) e hiperactividad ($r=-,437$; $p<0,05$). En cuanto a los índices, se observó que a menor rendimiento en CV,

RP y MT se presentaban mayores alteraciones conductuales, siendo CV el único índice que correlacionaba significativamente con los problemas de conducta tanto en el ámbito escolar como familiar ($rCPRS-48=-,424$; $p<0,05$; $rCTRS-28=-,495$; $p<0,05$).

Entre los subtests de la WISC-IV, se obtuvieron correlaciones significativas inversas entre V, LN, M, Fi, I y A y la presencia de mayores alteraciones de conducta. Respecto al resto de variables clínicas, S, V, M y Fi fueron las pruebas cuyo rendimiento se relacionaba con la presencia de mayor número de alteraciones.

Conclusiones: CV es el índice de la escala WISC-IV que presenta mayor relación con las manifestaciones clínicas observadas en el TDAH. Entre nuestros resultados, destaca el hecho que no se obtienen correlaciones significativas con aquellos indicadores clásicos de alteraciones de la atención, sino que las variables cognitivas relacionadas con los problemas de conducta, problemas de aprendizaje e inatención son las que capturan el rendimiento de funciones de cognitivas superiores, como son las funciones ejecutivas y la memoria a largo plazo.



ESTRUCTURA FAMILIAR EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES

Mata Iturralde L¹, Pérez Moreno R², García López R²,
Sánchez Picazo F², Jiménez C², Otero Pérez J².

¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro. ² Centro de Salud Mental Collado Villalba

Introducción. Desde hace algunos años, la realidad nos indica que el concepto tradicional de familia ha variado. El cambio en la estructura familiar puede provocar cambios fundamentales en el ámbito social y psíquico.

Objetivos. Describir y cuantificar que estructuras familiares son predominantes en los pacientes que acuden a consulta de un programa infanto-juvenil de un Centro de Salud Mental del área 6 de la Comunidad de Madrid.

Material y Métodos. Se obtienen datos de todos pacientes menores de 18 años que en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2007 acuden por primera vez a nuestro centro de salud mental. Se elabora ficha de recogida de datos para cada paciente, en la que constan además de datos sociodemográficos y clínicos, seis posibles tipos de convivencia.

Resultados. El número total de pacientes fue 114, que se distribuyen de la siguiente forma: el 47,4% (N=54) son niñas y el 52,6% (N=60) niños. La edad media es de 10,53 (DE= 3,92). El 41,2% (N=47) de los pacientes no convivían en el seno de una familia estructurada. Del total de la muestra las familias monoparentales eran el 25,4% (N=29), reconstituidas son el 14,9% (N=17), e institucionalizados 0,9% (N=1). El diagnóstico más frecuente fue el T. conducta 32,5% (N=37). El 83,3% son de nacionalidad española. Existen antecedentes psiquiátricos familiares en un 36,8% (N=42).

Conclusiones. Las características familiares de nuestros pacientes tienen que ser tenidas en cuenta para la formulación diagnóstica y el diseño del plan terapéutico.

PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE LA INCIDENCIA DE UN PROGRAMA DE ENFERMERIA PSICO-EDUCATIVO. ¿PACIENTES CON T.C.A EN HOSPITAL DE DÍA?.

Domene López L, Marín Gormaz A, Molano Beteta A,
Hernández Guerrero C.

Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat.

Justificación. Teniendo constancia del aumento de la patología en TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) pensamos que deberíamos aprovechar nuestro rol de enfermeros psiquiátricos en Hospital de Día para Adolescentes para aplicar un programa específico, estructurado, contenido y limitado en espacio y tiempo, desarrollando unos talleres de cuidados psicoeducativos de diferentes temas relacionados con la alimentación, hábitos,..para poder obtener resultados que incidan terapéuticamente en nuestros pacientes. En los últimos 25-30 años los TCA, se han mostrado como enfermedades en las que intervienen múltiples factores, que van desde los trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten el exceso de comida y la obsesión por estar delgado.

Objetivos Generales. Controlar la población afectada de TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria)

Disminuir el número de ingresos en hospitalización total

Tratamiento multidisciplinar

Objetivos específicos. A través de nuestro programa de enfermería queremos conocer las actitudes de los pacientes TCA ante la comida, cuáles de estas actitudes son más difíciles de modificar, ofrecer herramientas para que lo puedan hacer, así como evaluar los cambios que se producen en nuestros pacientes

Desarrollo. Hemos diseñado un proyecto de investigación para llevar a cabo durante un año; éste se trata de un estudio analítico, pre y post intervención mediante técnicas de investigación cualitativas

Nuestra hipótesis es que la aplicación de nuestro programa de enfermería en pacientes TCA en hospitalización parcial modifica las actitudes ante la comida.

Paciente tipo. adolescente de ambos sexos, edad comprendida entre 12 y 18 años, diagnosticados y tratados en nuestra Unidad de TCA y que están ingresados en nuestro Hospital de Día para Adolescentes

Nuestro programa consiste en actividades contextualizadas



52 zadas en espacio y tiempo con un valor terapéutico desarrollando talleres de alimentación, hábitos, relajación, manualidades, ocio y habilidades cognitivas; para poder evaluar nuestra hipótesis utilizamos unas herramientas como son pasar el EDI-2 y el EAT-40 durante los primeros quince días de ingreso en nuestra unidad, y para valorar modificaciones se les vuelve a pasar los dos test entre los 3 y 6 meses después del alta de HdDia; también y de forma diaria durante su ingreso se anotan en una gráfica qué y cómo come, así como también las actitudes (postura, tiempo, orden, actitud, normas) a la hora de las comidas y también cómo ha ido la relajación (realización, actitud y efectividad).

ANÁLISIS DE COSTES DE LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA FRENTE A LA CONTÍNUA MEDIANTE UN MODELO MARKOVIANO

Rodríguez Hernández PJ¹, Ramos Goñi JM¹, Lago García BM², Rodríguez Hernández Y².

¹ Servicio de Evaluación y Planificación; ² Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".

Introducción. Los modelos de gestión sanitaria permiten establecer comparaciones entre los costes generados por distintos procedimientos médicos. En el presente estudio se desarrolla un modelo de análisis de decisión mediante la evaluación comparativa de dos alternativas de procedimientos terapéuticos en pacientes en edad infantil y juvenil con trastornos mentales: La hospitalización de día y la hospitalización total o continúa.

Material y Métodos. Se ha utilizado un modelo markoviano para la representación de los estados de salud mental. A partir de la revisión bibliográfica, se han designado dos tipos de parámetros: Las probabilidades de transición entre los estados de salud mental y los costes asociados a cada uno de los cambios de estado. La estimación de las posibles variaciones y errores se ha realizado mediante un programa de simulación.

Resultados. Los datos que aporta la bibliografía consultada indican que los costes derivados de la hospitalización de día supone un tercio de los costes de la hospitalización total. El estudio más reciente indica que el coste medio diario de la hospitalización de día es de 295 euros, mientras que para la hospitalización total es de 895 euros. Tras la implementación del modelo planteado, el coste medio de la hospitalización de día es 1534.67 euros y el coste de la hospitalización total 5071.64 euros. La diferencia entre ambos es estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Conclusiones. Los costes derivados de aplicar un tratamiento de ingreso en hospitalización de día reduce en un 70% los costes incurridos por un ingreso total. Esta reducción ocurre también en el supuesto más desfavorable en la variabilidad de costes (costes máximos en hospitalización de día y mínimos en la hospitalización parcial). El modelo desarrollado permite establecer la comparativa entre procedimientos de manera global o por patologías concretas.



UNA NIÑA EN UN MUNDO DE ADULTOS

Yáñez Ferrer N, Castelló Gascó C, García Miralles I, Millet Gregori A, Tomás Bonora I, Amorós Ruiz A, Marcos Méndez I.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Descripción del caso de una niña de siete años, con problemas de conducta tanto en núcleo familiar como en el ámbito escolar, ansiedad, tricotilomanía, falta de habilidades sociales y retraso en el aprendizaje. Teniendo en cuenta antecedentes familiares (familia desestructurada) problemática social asociada y limitaciones propias de la paciente, se establece un plan terapéutico basado en la terapia grupal y del juego.

Material y método: Se realizan exploraciones complementarias, pruebas psicométricas, de personalidad y entrevistas clínicas. Posteriormente se procede a la inclusión de la paciente en un grupo terapéutico, junto con otros niños, donde se trabaja la adquisición de conceptos propios de la edad, se fomenta la interacción con sus iguales a través del juego, al mismo tiempo que se trabajan las habilidades sociales y la autoestima de la paciente.

Resultados y Conclusiones: La terapia del juego ha permitido, a la paciente estructurarse, adquirir las habilidades sociales necesarias para relacionarse con sus iguales y aumentar su autoestima. Lo que ha repercutido en una mejoría significativa tanto en el ambiente escolar como a crear una situación de bienestar en el núcleo familiar.

LOS TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS EN BASE A LA EVIDENCIA: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

53

Puntí Vidal J¹, Agustín Morras R², Fusté Coetzee G², Gracia Lino R²; Piera Pinto E², Pàmias Massana M², Palao Vidal D².

¹Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona; ²Corporación Sanitaria del Parc Taulí.

Introducción. Los trastornos de conducta en niños y adolescentes (el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial), constituyen un motivo de derivación habitual a los recursos especializados de salud mental. Los clínicos se enfrentan al reto de dar respuesta a las necesidades clínicas derivadas de los mismos, de hacerlo en períodos de tiempos breves y en base al paradigma científico.

Objetivos. Se dispone de pocos estudios metodológicamente rigurosos en relación a los tratamientos que se han mostrado eficaces en los trastornos de conducta. Entre estos tratamientos cabe citar el combinado con metilfenidato y psicoterapia cognitivo-conductual para el TDAH (MTA, 1999), así como los programas de entrenamiento de padres (Rey, 2006). El objetivo de esta comunicación es presentar una propuesta de programa de intervención al amparo de la evidencia empírica disponible para estos trastornos, priorizando el trabajo interdisciplinar, con inclusión de los profesionales pertenecientes a la salud mental, la educación, los servicios sociales y la justicia de menores. Se describen las estrategias terapéuticas empleadas.

Desarrollo. El programa de intervención incide en: disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas disruptivas, entrenar a los educadores en los principios conductuales de manejo de la conducta disruptiva, facilitar el autocontrol, la identificación y expresión de sentimientos, enseñar habilidades sociales de resolución de problemas y motivar un aprendizaje conductual en el menor basado en la responsabilidad social.

Conclusión. Los resultados preliminares de nuestro programa muestran que el trabajo interdisciplinar es una buena modalidad de intervención de la conducta disruptiva.



54 RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN EN ADOLESCENTES

Guzmán Llorente M, Lago García BM, Rodríguez Hernández PJ, Naranjo Castro N, Sánchez Bravo J, Díaz Machado O.

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La risperidona es un neuroléptico atípico que se ha utilizado en los últimos años, en la infancia y adolescencia, para el tratamiento de cuadros psicóticos y comportamentales. La presentación inyectable de larga duración (ILD) se utiliza en pacientes previamente estabilizados con tratamiento oral. Presentamos las primeras experiencias obtenidas en nuestra Unidad con adolescentes en los que no se ha logrado una adecuada adhesión al tratamiento oral y en los que resulta imprescindible el tratamiento neuroléptico.

Material y Método: Se describen los datos más importantes en la evolución de seis adolescentes de 15 y 16 años (5 varones, 1 mujer) en tratamiento con risperidona ILD. Se decide la formulación intramuscular al constatare dificultades importantes en la administración del tratamiento oral.

Resultados. Paciente 1: Mujer de 15 años. Esquizofrenia hebefrénica. Internada en un Centro Terapéutico. Rechazo activo al tratamiento oral. Sintomatología psicótica florida, con graves problemas conductuales. Tras comenzar tratamiento intramuscular, se observa mejoría progresiva en los indicadores clínicos.

Paciente 2: Varón de 16 años. Encefalopatía epiléptica, trastorno disocial. Abandonos domiciliario habitual con múltiples conductas de riesgo. El tratamiento intramuscular estabiliza las conductas de riesgo y mejora la adhesión a la psicoterapia.

Paciente 3: Varón de 15 años. Trastorno de ideas delirantes. Rechazo al tratamiento neuroléptico oral con exacerbación del delirio paranoide que precisa de ingreso hospitalario. Tras inicio de tratamiento intramuscular, se produce mejoría progresiva y reintegración en la escolarización.

Paciente 4: Varón de 15 años. Trastorno disocial, retraso mental leve. Distocia familiar grave. Internado en un Centro Terapéutico. El tratamiento produce mejoría conductual en entornos controlados y disminución de la heteroagresividad, no así en entornos no controlados.

Paciente 5: Varón de 16 años. Esquizofrenia paranoi-

de. Conductas disociales y consumo de tóxicos. El tratamiento I.M. permite una cumplimentación óptima y se reduce la sintomatología por vez primera, desde el inicio del cuadro 6 meses antes.

Paciente 6: Varón de 16 años. Trastorno de ideas delirantes con escasa adherencia terapéutica hasta la administración I.M. Mejoría de la sintomatología.

Conclusiones: La risperidona ILD es una alternativa eficaz en el control de los síntomas psicóticos y comportamentales de adolescentes con escasa o nula adhesión al tratamiento neuroléptico vía oral. En estos casos, no es posible estabilizar al paciente previamente con medicación oral. La principal dificultad se encuentra en la aceptación del “pinchazo”, aunque una vez administrada la primera dosis se observa una mayor adhesión que con la medicación con vía oral.



ACTUACIÓN ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS EN DOLESCENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Marín Gormaz A, Domene López L, Hernández Guerrero MC, Molano Beteta AM, Herrera López S.

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

Introducción. La coexistencia en el adolescente de trastornos por uso de sustancias con trastornos psiquiátricos es un tema poco explorado. En estos pacientes, los trastornos psiquiátricos preexistentes constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias y, a su vez, el abuso de sustancias suele ocasionar la aparición de sintomatología psiquiátrica.

Objetivo. Por este motivo creemos que durante su ingreso en hospital de día es un momento en el cual podemos detectar el uso de sustancias y proporcionar una atención temprana para los pacientes con un consumo experimental y ocasional, ofreciendo una terapia más extensa e intensa a los pacientes que tienen un consumo moderado, y poder trabajar en estrecho contacto con la familia.

Método. La atención se basa en la realización de unos talleres que tienen como objetivo la disminución del consumo de tóxicos por parte del adolescente durante su ingreso hospitalario y post-alta, así como potenciar la adquisición de habilidades que ayuden a los adolescentes a evitar el consumo de sustancias tóxicas a lo largo del ingreso.

Conclusiones. Los pacientes que participaron en los talleres experimentaron cambios favorables en el patrón de uso de tóxicos, y en su actitud hacia los mismos. Se observó una reducción en el consumo de cannabis, alcohol y tabaco, así como una mayor percepción de los riesgos de estas sustancias. Estos resultados avalan la importancia de las intervenciones precoces en adolescentes con trastornos psiquiátricos y consumo de tóxicos experimental u ocasional.

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL DEL HOSPITAL DE DÍA DE LEGANÉS. ESTUDIO DE RELACIÓN ENTRE DIVERSAS VARIABLES.

García Rosales AA¹, De Frutos Guijarro JJ¹, Bustillo Gálvez G², Bokler Obarzanek E², Prados Arjona JR², Alcamí Pertejo M².

¹ Hospital Universitario La Paz; ² Hospital de Día Infantil de Leganés.

Objetivos: Describir la población de niños atendidos en el Hospital de Día-CET Infantil de Leganés durante su primer año de funcionamiento.

Material y Método: El centro cubre las áreas sanitarias 8, 9 y 10 de Madrid y atiende a niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Se ha diseñado una base de datos con el programa estadístico SPSS versión 16 para Mac. Se han recogido datos de filiación, tutela, área de procedencia y escolarización. Se ha hecho especial hincapié en los diagnósticos recibidos por los pacientes utilizando tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Edición (CIE-10) como la Clasificación Francesa de Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000) así como el eje V de la CIE-10 que codifica las "Situaciones psicosociales anómalas asociadas" (códigos Z).

Resultados: La muestra consta de 15 pacientes. Dos tercios son varones con una edad media de 8 años y medio (desviación típica de 6 meses); un 20% vive con otros familiares que no son sus padres. La práctica totalidad de los pacientes presentan repercusiones negativas en los aprendizajes. Se comparan los diagnósticos CIE-10 recibidos previamente por los pacientes con el diagnóstico realizado por el equipo terapéutico tanto con CIE-10 como con CFTMEA-R-2000. A nivel psicosocial llama la atención el porcentaje elevado de "alteraciones en el patrón de las relaciones familiares" (40%) y "supervisión y control inadecuado de los padres" (60%). Un 60% de los familiares de los pacientes tienen antecedentes de trastornos mentales y un 40% abuso de sustancias psicoactivas.

Conclusiones: La alta prevalencia de factores psicosociales y de patología psiquiátrica en los familiares muestra la confluencia de factores genéticos y ambientales en nuestra población. La utilización de distintas clasificaciones, que reflejan marcos teóricos diferentes, puede aportar una mejor comprensión de la patología mental del niño.



56 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Ruiz Lázaro PM, Comet MP, Pérez J, Gómez A, Calado M, Calvo AL, Zapata M, Cebollada M, Trébol L.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes tempranos españoles con métodos estandarizados. **Métodos:** estudio de corte en dos estadios de prevalencia en una muestra representativa de estudiantes españoles de 12 a 13 años en 2007 en colegios de Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander. **Evaluación:** cribado con cuestionarios autocumplimentados (EAT-26 con punto de corte de 20) y entrevista individual semiestructurada (SCAN). Se calculan las características sociodemográficas, prevalencia de TCA con sus intervalos de confianza 95% (CI) con Confidence Interval Analysis (C.I.A.) disk version 2.0.0 (Altman et al, 2000). El estudio se financia con fondos F.I.S. PI 05/2533. **Resultados:** en 2007 se estudia 1.867 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, en centros de secundaria públicos y privados (87 aulas) en Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander (España). 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, altas puntuaciones en EAT-26; 235 seleccionados de la muestra sin riesgo). La prevalencia puntual de TCA es 12/1,867, el 0,6% de Trastornos Conducta Alimentaria no especificados (TCANE) F 50.9 (CI 95%: 0,4%-1,1%). **Conclusiones:** las tasas de prevalencia puntual de TCA CIE-10 en la población española de estudiantes adolescentes tempranos es similar a la publicada en otros países desarrollados. La prevalencia de TCA subclínicos o atípicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos es sustancialmente mayor que los síndromes completos.

ANSIEDAD Y PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE NO CLÍNICA

Puerto Suárez de Mendoza RM, Rodríguez Santos L, Rodríguez Velasco FL.

Universidad de Extremadura.

Objetivo: Observar el nivel de ansiedad que presentan los niños de 9 a 15 años en población no clínica, analizar la frecuencia con la que aparecen determinados síntomas psicossomáticos a estas edades, y si existen diferencias en relación al género y la edad.

Material y método: La muestra fue seleccionada de la población de niños de entre 9 y 15 años escolarizados en Extremadura, participando finalmente 490 estudiantes. Mediante un cuestionario específico se recogió con qué frecuencia aparecían determinados síntomas psicossomáticos, realización de dietas y horas de sueño. Para evaluar la ansiedad se utilizó el STAIC.

Resultados: Las niñas presentaron un mayor nivel de ansiedad-rasgo y una mayor frecuencia de síntomas psicossomáticos que los niños. Estos mismos resultados se encontraron en el grupo de mayor edad, junto a una mayor tendencia a realizar dietas en las niñas de este último grupo.

Conclusiones: Dada la inespecificidad sintomática con la que con frecuencia se presentan los trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia, y la propia dificultad de éstos para solicitar ayuda, es importante que los profesionales estén atentos a los síntomas somáticos más frecuentemente asociados a problemas psicológicos a estas edades y fundamentalmente a las niñas, ya que los problemas emocionales parecen asociarse más frecuentemente al sexo femenino.



LA IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN QUE REALIZA EL EQUIPO DE TRABAJO SOCIAL EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL DEL HOSPITAL CLÍNICO PROVINCIAL DE BARCELONA

Bondia Quero M, Ibáñez Escuder M, Castro Formeles J, Lazaro García L, Calvo Escalona R.

Hospital Clínic Provincial de Barcelona.

Introducción. El equipo del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil considera imprescindible trabajar con el entorno social del paciente y de sus familiares o responsables legales, para ayudar a la consecución de sus objetivos terapéuticos. La Trabajadora Social de ambos servicios tiene la función de realizar las coordinaciones con los servicios de la red comunitaria.

Objetivos. Conseguir una atención integral de nuestros pacientes, mediante el pensar conjunto de los diferentes servicios de la red comunitaria sobre sus dificultades para ayudarlos a conseguir un bienestar.

Desarrollo. Desde el equipo de Trabajo Social se entiende la coordinación como un intercambio de información, un trabajo de colaboración entre los servicios de la red comunitaria.

Se decide realizar la coordinación cuando:

- el paciente vive una situación de riesgo
- se considera que los recursos de otro servicio pueden ayudar en el tratamiento del menor
- se está interviniendo desde otro servicio tanto con el paciente como con su familia.

Conclusiones. Después de evaluar las coordinaciones realizadas por el equipo de trabajo social, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La importancia del papel que juega la red comunitaria en la mejoría psicopatológica del paciente
- La eficacia de poder establecer un plan común de trabajo entre todos los servicios que intervienen en el núcleo familiar, evitando la duplicación y la contradicción de las intervenciones
- La agilidad para vincular el menor con los diferentes servicios de la comunidad potenciando sus habilidades sociales y sus relaciones entre iguales e incrementando la sociabilización del menor.

GUÍA CLÍNICA DEL TRASTORNO DE CONDUCTA EN EL HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

57

Vidal Hagemeyer A, Font E, Peramiqel M, Roca B, Lorente A, Bondia M, Lazaro L.

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: Los pacientes con trastorno de conducta (TC) son cada vez más prevalentes en los Hospitales de Día de Psiquiatría Infanto-Juvenil (HD). El tratamiento del TC consiste en una intervención individual, familiar y escolar, y el HD ofrece también un tratamiento contextual. Para este tercer componente del tratamiento se elaboró una Guía Clínica para el tratamiento de pacientes con TC en el HD.

Métodos: Esta Guía está basada en los principios básicos de la terapia de conducta. Se definieron las conductas a las que se debían hacer extinción, y se implantó un programa de refuerzo positivo en el que se valoraba respeto al material, respeto a los otros, autocontrol y participación. Se realizó un listado de conductas disruptivas clasificándolas en leves, graves y muy graves, cada una con una consecuencia específica, inmediata y predecible. Se rehabilitó un espacio para poder aplicar la técnica de "tiempo fuera". La Guía se elaboró por todos los miembros del HD, con la finalidad de conseguir una consistencia situacional y temporal en su aplicación.

Resultados: Aún no hay suficientes datos para valorar cuantitativamente si la Guía disminuye las conductas disruptivas. La impresión del equipo es que el control externo de la conducta que ofrece la Guía ayuda a los pacientes a mejorar su autocontrol, la mayoría de pacientes aceptan de buen grado su implementación, y sirve de ejemplo a los padres para la posterior implementación de un programa de economía de fichas en el ámbito familiar.



58 **HISTORIA FAMILIAR DE CONDUCTA SUICIDA Y ABUSO EN LA INFANCIA. EFECTO EN LA CONDUCTA AUTOLÍTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR**

Carballo JJ², Harkavy-Friedman J¹, Oquendo MA¹.

¹Columbia University; ²Clinica Universitaria de Navarra.

Resumen: El trastorno bipolar está asociado a una elevada prevalencia de tentativas autolíticas y de suicidios consumados. La historia familiar de conducta suicida y la historia personal de abuso en la infancia son factores de riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar.

Métodos: Pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida e historia personal de abuso en la infancia (BP-AMBOS), pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida o historia personal de abuso en la infancia (BD-UNO) y pacientes bipolares sin ninguno de estos factores de riesgo (BD-NINGUNO) fueron comparados en relación a características demográficas y clínicas.

Resultados: Casi un 70% de la muestra había presentado un intento autolítico. Hubo diferencia significativa en la prevalencia de intentos autolíticos entre los grupos. BP-AMBOS presentaron la conducta autolítica a una edad significativamente más joven y en un mayor número de ocasiones. BD-AMBOS fueron significativamente más jóvenes en el momento de presentar el primer episodio del trastorno del estado de ánimo así como presentaron mayor comorbilidad con trastorno por uso de sustancias y de trastorno de personalidad borderline.

Conclusiones: Pacientes bipolares con historia familiar de conducta suicida y que hayan estado expuestos a abuso físico y/o sexual en la infancia presentan un riesgo mayor de conducta autolítica que los que presenten uno o ninguno de estos factores de riesgo. Son necesarios estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

MANIFESTACIONES ORALES DE LA BULIMIA

Peláez de Loño E, Cano Pérez S, Villanueva Villanueva M, Gutiérrez Villar MD, Flores Gudiño E, Gracia Ruiz C, Terrades Oliver M.

Institut Catala de la Salut.

Introducción: La bulimia es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingestión masiva de grandes cantidades de alimentos de manera compulsiva. A consecuencia de los reiterados vómitos el paciente bulímico suele presentar alteraciones en la cavidad oral.

Objetivos: Incidir en la gran importancia del diagnóstico precoz de la bulimia y el papel del odontostomatólogo en detectar esta peligrosa patología.

Desarrollo: La visita al odontólogo puede poner de manifiesto la existencia de un paciente bulímico. Muchos de estos pacientes suelen acudir al odontólogo como consecuencia de las hiperestesias debidas a las abrasiones dentarias o por la mera apariencia externa de las mismas. En la exploración de la cavidad oral hay que prestar atención a los signos orales de esta patología, muchas veces ocultada por el paciente. La exploración oral de un paciente bulímico puede evidenciar erosiones, abrasiones y opacidades a nivel del esmalte dental en determinadas zonas. Existen otras causas de lesiones orales similares a las que se producen en la bulimia y por tanto que deben considerarse a la hora de realizar el diagnóstico diferencial (hiperemesis gravídica, úlceras pépticas, reflujos gastroesofágicos, etc.). La sospecha diagnóstica debe ser posteriormente confirmada con un delicado interrogatorio tanto del paciente como de sus familiares y allegados. La rehabilitación oral de estos pacientes, además de aliviarles la sintomatología, también solventará el compromiso estético de su cavidad oral, aspecto fundamental para incrementar su autoestima.

Conclusiones: Los profesionales de la salud oral deben estar vigilantes a la detección de los signos orales de los trastornos alimentarios y de este modo colaborar con otros profesionales sanitarios a fin de procurar un adecuado tratamiento.

Palabras clave: Bulimia. Manifestaciones orales. Odontología.



¿ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA?

Carballo JJ⁷, Blanco C³, Pérez-Rodríguez M², Jiménez Arriero MA⁴, Ferre Navarrete F⁶, Artés Rodríguez A¹, Baca-García E⁵.

¹Universidad Carlos III; ²Hospital Ramón y Cajal; ³Columbia University; ⁴Hospital 12 de Octubre; ⁵Fundación Jiménez Díaz; ⁶Universidad Complutense de Madrid; ⁷Clinica Universitaria de Navarra.

Introducción: Un número escaso de investigaciones han estudiado la estabilidad diagnóstica a largo plazo de los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y la adolescencia

Métodos: Se partió del registro de pacientes pre-escolares, niños y adolescentes del área del Hospital 12 de Octubre y de la Fundación Jiménez Díaz (Madrid) atendidos entre el 1 de enero de 1992 y el 30 de abril de 2006. Examinamos tres índices complementarios de estabilidad diagnóstica: 1) Consistencia temporal, 2) Constancia de diagnóstico 3) Probabilidad de la Transición:

Resultados: De los 23163 jóvenes incluidos en el registro, 1869 recibieron un diagnóstico de trastorno de ansiedad antes de los 18 años. Las cifras de consistencia temporal fueron altas. No hubo diferencias significativas en la consistencia prospectiva que osciló entre 66.4% en “otros” trastornos de ansiedad y 78.6% en “trastornos relacionados con estrés”. La consistencia retrospectiva fue significativamente menor en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y en “otros” trastornos de ansiedad que en trastornos fóbicos, de ansiedad social o los relacionados con estrés. Los diagnósticos de TOC y los diagnósticos de otros trastornos de ansiedad fueron significativamente menos constantes que los del resto de trastornos de ansiedad estudiados.

Conclusión: Los trastornos de ansiedad estudiados presentaron una estabilidad diagnóstica considerablemente alta. La estabilidad diagnóstica no es homogénea y varía entre los diversos tipos de trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y la adolescencia. Son necesarios nuevos estudios que utilicen similar metodología que confirmen y extiendan estos hallazgos.

COLLINGHAM CHILD AND FAMILY CENTRE: UNA UNIDAD DE INGRESOS PARA NIÑOS PRE-ADOLESCENTES

Vila Grifoll M¹, De-Witt L², Rose G².

¹Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London; ²Collingham Child and Family Centre, CNWL NHS Foundation Trust.

Introducción. Collingham Child and Family Centre es un Centro abierto de lunes a viernes que funciona como Hospital de Día y como Unidad de Ingresos para niños pre-adolescentes con problemas psiquiátricos y/o psicológicos severos y complejos.

Objetivos. 1. Describir como funciona la Unidad y los diferentes tratamientos que se ofrecen. 2. Aportar datos demográficos del último año.

Desarrollo. Los ingresos en la Unidad se planean con antelación. Las derivaciones provienen de Centros de Salud Mental infanto-juveniles, y en contadas ocasiones desde Servicios de Urgencias. Antes del ingreso se valora la idoneidad del mismo en una reunión con la familia, la escuela, y el resto de especialistas implicados en el caso.

En el Centro trabaja un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos, terapeutas de familia, terapeuta ocupacional, logopeda, enfermeros, trabajadores sociales, profesores y monitores que ofrecen una visión holística de cada caso.

En el Unidad se realizan evaluaciones psiquiátricas y/o psicológicas, tratamiento individual, grupal y o familiar y valoraciones de las necesidades educativas de cada niño.

El objetivo del equipo es hacer el ingreso lo más corto posible y ayudar al paciente a reintegrarse en el colegio y en la comunidad lo antes posible; y conjuntamente con la familia, ayudarlo a sostener los cambios positivos conseguidos durante el ingreso.

Discusión. Se describirán los principales diagnósticos y se discutirán en profundidad los diferentes tratamientos que se ofrecen y el rol de los diferentes profesionales que trabajan en la Unidad.



60 LA VISIÓN QUE LOS MÉDICOS DE CABECERA TIENEN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN LA ADOLESCENCIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO CUALITATIVO

Vila Grifoll M², Fernández V², Iliffe S¹, Kramer T², Garralda ME².

¹UCL; ²Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London.

Introducción. El trastorno depresivo es frecuente en la adolescencia, y hay evidencia de su persistencia y recurrencia. Existe necesidad de mejorar su detección en los Centros de Asistencia Primaria ya que hay estudios que muestran que los médicos de cabecera fracasan en el diagnóstico de depresión en adolescentes. Hay pocos estudios sistemáticos que hayan abordado esta cuestión.

Objetivos. Describir las opiniones de médicos de cabecera sobre el uso que los adolescentes hacen de los centros de Asistencia Primaria, y de las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con depresión.

Metodología. Se trata de un estudio cualitativo. Los datos se recogieron en un Servicio de Asistencia Primaria en Londres. Nueve médicos de cabecera fueron entrevistados con una entrevista semi-estructurada diseñada para el estudio. Estas se grabaron y se transcribieron "verbatim" para su análisis. Las transcripciones fueron leídas y los principales temas de contenido identificados por todos los autores de forma independiente.

Resultados, conclusiones y discusión. Se detectaron dos temas principales:

1. La percepción sobre el uso que los adolescentes hacen de los centros de Atención Primaria: difíciles de vincular, presentaciones complejas, inclusión de la familia y falta de tiempo.

2. La manera como los médicos de cabecera entienden la depresión en la adolescencia como un problema entre la patología y la normalidad.

Los temas se discuten en relación a la literatura.

La conclusión es que hay la necesidad de educar y entrenar a los médicos de cabecera en la detección y tratamiento de la depresión en la adolescencia.

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN EL APEGO

Ribé Buitrón JM³, Ochoa Palacios R¹, Pedreira Massa JL².

¹Instituto Nacional de Psiquiatría; ²Hospital Universitario Niño Jesús; ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Introducción: El conocimiento actual de la ciencia (Kandel) está intentando buscar los puentes de unión entre las teorías biológicas y psicológicas. Frente a perspectivas excluyentes, exclusivistas y a posiciones reduccionistas, se están buscando líneas de investigación más acordes con la dirección actual de la ciencia. El caso más paradigmático de estas perspectivas de integración lo encontramos en la teoría del apego y del vínculo, la cual ha sido expuesta de forma más extensa desde los escritos de John Bowlby.

Objetivos: Revisar las relaciones entre funcionamiento neuropsicológico, aportaciones psicopatológicas y psicosociales en relación a las conductas de apego y los procesos vinculares de la primera infancia. Exponer los factores (positivos y negativos) más relevantes implicados en el apego. Actualizar las aportaciones bibliográficas de los diferentes autores en este tema.

Desarrollo: Se realiza una búsqueda sistemático-bibliográfica mediante buscadores online.

Conclusiones: Las teorías etológicas encuentran su constatación práctica en los constructos de conductas de apego y proceso vincular. Adquieren una gran importancia en la construcción del sistema mental desde el primer contacto madre-hijo, traduciendo los registros neurobiológicos a procesos mentales activándose por la acción de las conductas de apego: la urdimbre afectiva.

Palabras clave: apego, vínculo, neurobiología...



SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN ALUMNOS BRITÁNICOS DE UNA ESCUELA DE SECUNDARIA. VALIDACIÓN DE LA CHILDREN'S SOMATIZATION INVENTORY

Vila Grifoll M, Kramer T, Garralda ME.

Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College London.

Introducción: las quejas somáticas son frecuentes en la población pediátrica. Para investigar la presencia de síntomas físicos en niños y adolescentes se requiere un instrumento válido y fiable como el Children's Somatization Inventory (CSI). Evidencia de su validez y fiabilidad se ha documentado en EEUU, Holanda y Ucrania. Datos normativos de niños y adolescentes en el Reino Unido no se han aportado hasta la fecha.

Objetivos: en una muestra comunitaria de 1200 jóvenes en el Reino Unido (11-16 años): 1. Estudiar las propiedades psicométricas de la CSI 2. Recoger datos normativos 3. Examinar las asociaciones con síntomas emocionales y conductuales y discapacidad asociada 4. Comparar los resultados con los de otros países

Metodología: este es un estudio transversal de alumnos de una Escuela de Secundaria. Se usaron los siguientes cuestionarios: 1. CSI (Children's Somatization Inventory), 2. MFQ (Moods and Feelings Questionnaire), 3. SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire). También se evaluó la afectación en las actividades de la vida diaria.

Resultados y Discusión: hemos obtenido datos normativos de una muestra de niños británicos mayoritariamente blancos. Diferencias de género y edad, asociaciones con síntomas emocionales y conductuales y diferencias en la prevalencia de síntomas entre países se discuten.

Conclusiones: el CSI en esta población es válido y fiable. La identificación de un grupo de niños especialmente vulnerable se ve reforzada por el uso de un cuestionario que evalúa la afectación en actividades de la vida diaria.

IMAGEN CORPORAL Y PATRONES DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Ochoa Palacios JM¹, Ribé Buitrón JM², Pedreira Massa JL⁴, Molina Valdespino D³.

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ³Instituto Nacional de Pediatría; ⁴Hospital Universitario Niño de Jesús.

Introducción: Los adolescentes con enfermedades autoinmunes tienen serios problemas con los efectos adversos de los esteroides; incremento de peso, alteraciones del crecimiento, cushing e insatisfacción en la imagen corporal, factores que pueden afectar los patrones de alimentación generando trastornos alimentarios.

Objetivo: Comparar entre un grupo de adolescentes sanos y otro con enfermedades autoinmunes y detectar si existen alteraciones de la imagen corporal y en los patrones de alimentación.

Hipótesis: Se espera que los pacientes que cursan con cushing y sobrepeso presenten más alteraciones de imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria, en comparación con aquellos que no las presentan.

Método: Estudio transversal, comparativo en 30 adolescentes de 12 a 17 años sanos y 30 con enfermedades autoinmunes manejados con esteroides, pareados por edad y sexo. Se aplicó Test de actitudes alimentarias (EAT-40), Cuestionario de Modelos Estéticos (CIMEC), Percepción de la imagen corporal (PIC) y Calidad de vida.

Resultados: La media de edad fue de 14.8. La media de peso para los sujetos sanos 49.6 kg y controles 56.5kg (p=0.008). La media del IMC sanos 21.26, controles 22.28 (p=.002) Media EAT-40 17.93 casos vs controles 11.63 (p=0.002). Media CIMEC casos 19.7 vs controles 11.6 (p=0.000). En esquema corporal se encontraron diferencias en cuello (p=0.0001), brazos (p=0.003), manos (p=0.01), cintura (p=0.0001), cadera y piernas (p=.0001).

Conclusiones: Se encontraron diferencias significativas entre grupos en el EAT-40, el CIMEC y percepción de la imagen corporal, presentando mayor grado de insatisfacción y alteraciones en la conducta alimentaria los adolescentes con enfermedades autoinmunes.

Palabras clave: Imagen corporal, Patrón de alimentación, Enfermedades autoinmunes.



62 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS EN LA INFANCIA

Jiménez Sánchez FJ, Guijarro Granados T, Sánchez Vázquez V, Gay Pamós E.

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Aunque sólo un bajo porcentaje de los trastornos psicóticos se presentan en la infancia, aquí los síntomas son más severos y crónicos por su efecto funcional devastador. Hemos creído interesante revisar y estudiar todos los trastornos psicóticos tratados en nuestra USMI-J. **Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo de las formas de aparición de la psicosis en la infancia para detectar síntomas y formas de comienzo que ayuden a su diagnóstico precoz. **Material y Método:** Análisis de las Historias Clínicas de la USMI-J desde el año 2002 hasta la actualidad con diagnóstico de trastorno psicótico (F20-F29 CIE-10). **Resultados:** La frecuencia de presentación por criterio diagnóstico es la siguiente: 20% de casos de Esquizofrenia, 20% de Trastornos de ideas delirantes, 50% de Trastornos psicóticos agudos y transitorios, 10% de Psicosis sin especificación. Por género: 60% varones y 40% mujeres. Edad de comienzo menor en mujeres (media de 13 años) que en varones (14.17 años). Las alteraciones del comportamiento, falta de asistencia a clase y clínica depresiva con frecuencia son anteriores a los síntomas psicóticos. En la mayoría de los trastornos agudos la ideación delirante fue de perjuicio y presentaban retraso madurativo. **Conclusiones:** En nuestra muestra la incidencia de trastornos psicóticos es menor de la esperada, lo que podría indicar dificultad para detectar síntomas precoces por parte de los filtros asistenciales. La mayoría se diagnostican de trastornos psicóticos agudos y con gran asociación con retraso madurativo. El tamaño limitado de la muestra (10 casos) nos ha impedido inferir datos de mayor peso estadístico.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN EN TDAH

Ferrín Erdozain M, González Hernández A, Guedella Sebastián N, Salcedo Marín MD, Altuna López A, Granados Josefa M, Veguillas Miguel R.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: CAMS (Child Adherent to Medication Study) es el primer estudio clínico prospectivo y randomizado en el que se comparan los efectos de la intervención psicoeducativa sobre la adherencia al tratamiento y la sintomatología de niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA). **Objetivo/Hipótesis:** La psicoeducación resulta efectiva para mejorar la adherencia a la medicación que presentan estos pacientes, mejorando la respuesta terapéutica y reduciendo los efectos secundarios. **Desarrollo:** El estudio incluye un total de 110 pacientes con diagnóstico clínico de hiperactividad (DSM-IV) y pertenecientes al complejo hospitalario de Jaén, con independencia del tratamiento farmacológico que reciban y las comorbilidades que presenten. Pacientes y familiares serán evaluados en la fase 1 del estudio, en niveles de adherencia (contaje de pastillas), actitudes hacia tratamiento (QATT, Ferrín, 2006), severidad de síntomas (Conners, SNAP-IV), funcionamiento global (C-GAS) y rendimiento cognitivo (RAVEN). Posteriormente se procederá a la randomización de pacientes, que será aleatoria por orden de listado. En la fase 2, aquellos pacientes asignados al grupo "tratamiento" recibirán un programa de psicoeducación específica (modificado de Colom y Vieta, 2004) centrado en la enfermedad y su tratamiento, mientras que los asignados al grupo "control" acudirán a un grupo de apoyo con el mismo número de sesiones e impartido por los mismos terapeutas. **Conclusiones:** Se evaluará si existen diferencias en los niveles de adherencia terapéutica, evolución de síntomas, y funcionamiento global entre ambos grupos. Los resultados del estudio podrían suponer un cambio en las nuevas guías terapéuticas para este trastorno.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CONDUCTAS SUICIDAS INFANTILES

Gamero Arias L², Hernández Sánchez A¹, Sainz Pezonaga MC², Fontalba Pinto R².

¹Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de G.C.; ²Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de G.C.

Objetivo: Describir las características de los pacientes valorados por el Servicio de Interconsultas del Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria por posibles conductas suicidas.

Material: Historia clínica, interconsulta, material informático y evaluador experto.

Método: Muestra: Pacientes atendidos en el Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de G.C. en el período de un año (mayo 2006-mayo 2007). 20 pacientes: 15 niñas y 5 niños, entre 9 y 13 años.

Variabes: Cualitativas y nominales con varias modalidades: Sexo, Edad, Tipo de conducta suicida, Método utilizado, Antecedentes psiquiátricos personales y Familiares, Características familiares, Motivación para la conducta, Intención de la conducta y Psicopatología.

Recogida de datos: Análisis retrospectivo de la información recogida en la historia clínica y la interconsulta, mediante un evaluador experto.

Análisis estadístico: Descriptivos (frecuencias y porcentajes).

Resultados: Sexo: 75% niñas y 25% niños. Edad: 20% entre 9 y 11 años, 80% entre 12 y 13 años. Tipo de conducta suicida: 20% no conducta suicida, 5% cogniciones suicidas sin conducta, 65% conducta parasuicida y 10% tentativa suicida. Método utilizado: 45% psicofármacos, 20% precipitación, 10% cortes superficiales, 5% otros fármacos y 20% otros métodos. Antecedentes personales psiquiátricos: 45% contacto previo con Unidad de Salud Mental y

20% conductas suicidas previas. Familiares con antecedentes psiquiátricos: 70% familiares con tratamiento con psicofármacos y 25% familiares con conductas suicidas previas. Características familiares: 65% en situación de desamparo. Motivación de la conducta: 15% tristeza, 15% factores escolares y 70% conflicto familiar. Intención de la conducta: 12% deseo de muerte, 31% disminución de malestar y 57% cambio de ambiente. Psicopatología: 70% psicopatología y 30% no psicopatología.

Conclusiones: Tres veces más niñas que niños. La mayoría entre 12 y 13 años. Presentan conductas para-

suicidas, métodos poco dañinos con posibilidad de rescate. La mayor parte realiza ingesta voluntaria de psicofármacos (benzodiazepinas) en dosis no tóxicas pertenecientes a algún familiar de primer grado. El principal desencadenante son los conflictos familiares y la mayoría de las familias desestructuradas. En un porcentaje se han encontrado alteraciones conductuales y emocionales significativas. Grupo de riesgo: hijos de pacientes con tratamiento psicofarmacológico.



64 ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS (2005-2007) GENERADA POR LOS PSQUIATRAS DE LOS CSMIJ DE LA REGIÓN SANITARIA DE BARCELONA. CATALUT

Peláez De Loño J², Sicras Mainar A², Rodríguez Darriba M², Peláez De Loño E¹, Cano Pérez S¹, Villanueva Villanueva M¹.

¹Instituto Catalan de la Salut. Barcelona; ²Servei Català de la Salut. Regió Sanitaria de Barcelona.

Introducción: El análisis de la prescripción farmacéutica en el ámbito de la salud mental es objeto de creciente de estudio por parte del "Servei Català de la Salut (SCS)".

Objetivo: Analizar la prescripción (2005-07) de los médicos psiquiatras de los centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) del SCS.

Metodología: Estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo sobre la prescripción ambulatoria de medicamentos generada por los CSMIJ de la región sanitaria de Barcelona. Período 2005-2007. Análisis por subgrupo terapéutico de mayor consumo (SNC): Neurolépticos, Tranquilizantes, Antidepresivos y Psicoestimulantes. Unidad de medida a partir de indicadores cuantitativos y cualitativos específicos. Datos obtenidos de ficheros de facturación de la prestación farmacéutica (SPF-SCS). Análisis estadístico descriptivo (ji cuadrado) y ns p<0,05.

Resultados: Incremento de prescripción de todos los subgrupos terapéuticos (envases, pvp y DDD; p:0,023, 0,023 y <0,001), disminución del coste relativo (coste/DDD p:0,043) y mejora de indicadores(VIFE p:ns, EFG p<0,05, NT p:ns).

Discusión: Psicoestimulantes y antidepresivos son los fármacos más utilizados. Incremento del número de pacientes <18 años con ISRS y psicoestimulantes. Mejora de indicadores de calidad de prescripción.

Conclusión: La política de mejora de la atención a los trastornos mentales en la atención primaria en Cataluña ha permitido la potenciación, en los últimos años, de los centros de atención específica para niños y adolescentes (CSMIJ). Dicha actividad asistencial ha originado un aumento significativo en la utilización de los recursos terapéuticos disponibles, con un coste relativo inferior y una mejora significativa de los indicadores de evaluación de la calidad de la prescripción (criterios de eficacia, seguridad y eficiencia).

Palabras Clave: EFG (especialidad farmacéutica genérica). VIFE (valor intrínseco farmacológico elevado). DDD (dosis diaria definida). NT (novedad terapéutica).

PERFIL ASISTENCIAL Y ACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE CRISIS DE ADOLESCENTES: 2 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

Sabrià Ramiro O, Niubó de Castro I, Roig Vidal J, Muntané Ruiz J, Rodríguez Trabalón MJ, Peña Roca J.

Clinica Psiquiàtrica Universitaria. Institut Pere Mata, Reus.

Introducción: La UCA es un recurso de hospitalización para adolescentes de 11 a 18 años, con patología psiquiátrica que no puede ser tratada ambulatoriamente. En funcionamiento desde Enero 2006 con un total de 110 adolescentes hospitalizados.

Objetivos: Presentación de UCA, análisis descriptivo del perfil de adolescentes, la comparativa y revisión de datos.

Desarrollo: El balance de los primeros dos años de funcionamiento es de estancia media de 43,36 días en el primer año y 50,45 días el segundo.

El primer año ingresaron 59 adolescentes con estancia media de 43,36 días. Hubo predominio de varones (57%). La media de edad fue 15,5 años. El tipo de ingreso principalmente vía urgente (52,54%). La derivación al alta fue CSMIJ en un 64% y HDA (22%). Hubo un 20,3% de reingresos.

El segundo año ingresaron 51 adolescentes con estancia media de 50,45 días. La edad media fue 15,2 años, siendo mayor el porcentaje de mujeres (54%). Un 49% de los adolescentes ingresaron vía urgente versus 50,9% con carácter programado.

Al alta fueron derivados a CSMIJ con un 72,54% frente al 15,6% de HDA. Aumentó el porcentaje de reingresos al 35,2%.

En la comparativa entre los diagnósticos de los dos años destaca el aumento en el grupo de los TP del 7% al 25,4% así como de los trastornos psicóticos del 8% al 13,7%.

Conclusiones: Los cambios en la actividad de la unidad y la definición del perfil de usuario podrían relacionarse con la consolidación del recurso asistencial.

Los datos obtenidos reflejan el recurso como una unidad de corta- media estancia que permite abordaje individual y familiar así como coordinación con dispositivos terapéuticos al alta.



SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL

Domínguez Rodríguez MT, De la Gándara JJ.

Complejo Asistencial de Burgos.

Introducción. El Síndrome de Alienación Parental (SAP) se define como un desorden que surge en el contexto de las disputas por la custodia de los hijos, siendo su primera manifestación, la campaña de difamación injustificada contra una figura parental por parte del hijo, fenómeno que resulta del sistemático adoctrinamiento de uno de los progenitores y de la propia contribución del hijo a la denigración del progenitor rechazado.

Objetivos. Revisión bibliográfica. Se exponen conductas maltratantes del progenitor alienante y criterios de identificación del niño alienado, analizando las consecuencias psicopatológicas en pacientes atendidos en consulta.

Desarrollo. El SAP surge cuando se hace partícipe al hijo de los conflictos que ha generado la separación. Las conductas de interferencia comienzan con una obstaculización leve de la relación del hijo con el progenitor no custodio, pudiendo derivar en un tipo de maltrato infantil. Las estrategias sutiles, las creencias socialmente aceptadas y el desarrollo en la intimidad del hogar hacen difícil su descubrimiento y abordaje terapéutico. La detección de menores expuestos a situaciones traumáticas precisa de una búsqueda activa, para minimizar el riesgo de Síndrome por Estrés Postraumático.

Conclusiones. En niños y adolescentes es frecuente la negación del sufrimiento. No disponen de herramientas para verbalizar sus emociones, o evitan expresarlas como forma de proteger al progenitor. Se detectan conductas evitativas y regresivas, embotamiento emocional o retraimiento socio-académico. Es posible la evolución a Síndrome de Estrés Postraumático en función de la psicopatología preexistente, calidad del vínculo, estrategias de afrontamiento, de resistencia, y etapa evolutiva del desarrollo del niño.

ATENCIÓN A POBLACIÓN PREESCOLAR EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Álvarez Arroyo S, De Sande Díaz F, Sánchez Sánchez J, González Santana S, León Quintana CI, Gutiérrez Casares JR.

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: La asistencia entre 0 y 6 años está recibiendo una gran atención actualmente. Buscar el inicio de los trastornos mentales en sus primeras manifestaciones, el desarrollo de tratamientos, y la generalización de estudios familiares y genéticos han contribuido al desarrollo de esta área.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas de pacientes preescolares derivados a nuestra Unidad de Salud Mental así como la influencia de variables tales como el sexo, antecedentes perinatales y familiares. **Material y Métodos:** Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra USM-NA con una edad igual o inferior a 7 años en el periodo de 2000 a 2007. Se excluyeron las interconsultas de Pediatría solicitadas con pacientes hospitalizados.

Resultados: Se evaluaron 306 pacientes pre-escolares. Existe una prevalencia mayor del sexo masculino (207/99). La edad media en el momento de consultar fue de 66.95 ± 17.74 meses. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas.

En cuanto a los diagnósticos, el mayor porcentaje es para el TDAH, seguido de trastornos emocionales y trastornos de conducta. Según el sexo, los niños tienen un porcentaje mayor en TDAH (44%). El 40.5% refieren antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (el 28.7% los antecedentes familiares eran graves o muy graves).

Conclusión: Los pacientes pre-escolares representan un número constante durante los años estudiados. Son lo suficientemente numerosos y su patología lo bastante importante como para necesitar programas específicos. Los trastornos más frecuentes son los TDAH, los emocionales y las alteraciones conductuales. Existen cifras excesivamente altas de antecedentes familiares.



66 ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN LA USMI DE CASTELLÓN EN EL AÑO 2006

Gómez Corral MT, Ballester Pérez C, Espinosa Mate M, Ferrer Castelló M, Real López M, Gómez Corral MT, Sospedra Felip D, Vicent Huguet M.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón)

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población en un segundo nivel.

La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante el año 2006 son las siguientes:

1. Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
2. Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
3. Reunión con diversos recursos educativos, sanitarios y sociales del área.
4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante el año 2006.

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en el año 2006, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.

CONTROVERSIAS SOBRE EL TRATAMIENTO CON CLOZAPINA EN ADOLESCENTES CON DISCRASIA HEMATOLÓGICA Y ESQUIZOFRENIA RESISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pascual García B, Sabrià Ramiro O, Niubó De Castro I, Roig Vidal J, Alonso Muñoz RM, Tassara Taco G, Peña Roca J.

Institut Pere Mata

Introducción. Los trastornos psicóticos frecuentemente se inician en la adolescencia siendo algunos de los factores más relevantes en su evolución y pronóstico la edad de inicio y la respuesta al tratamiento inicial. La clozapina es un antipsicótico atípico de demostrada efectividad en la Esquizofrenia refractaria, siendo su uso restringido en población pediátrica por los potenciales efectos adversos y los controles analíticos periódicos. A pesar de la contraindicación en pacientes con alteraciones hematológicas su uso podría estar justificado en determinadas circunstancias. A continuación les presentamos nuestra experiencia en un paciente adolescente con plaquetopenia, que ha requerido tratamiento con clozapina.

Objetivo. Valorar el uso de la clozapina en pacientes adolescentes con Esquizofrenia refractaria y plaquetopenia.

Desarrollo. Se trata de un paciente varón de origen marroquí de 15 años que ingresó en Unidad de Crisis de Adolescentes durante ocho semanas por episodio psicótico refractario al tratamiento con antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina) a dosis altas y posteriormente combinación de éstos sin mejoría clínica.

Se detectó plaquetopenia y microcitosis en la analítica de ingreso previa al inicio de tratamientos farmacológicos. Existía escasa contención familiar con oposición al manejo terapéutico propuesto (derivación a unidad de subagudos y estudio en servicio de Hematología)

Se orientó como plaquetopenia idiopática. Dada la persistencia de la sintomatología psicótica se inició tratamiento con clozapina a dosis reducidas para minimizar efectos secundarios.

Conclusiones. A pesar de los efectos secundarios, la clozapina es considerado fármaco de segunda línea en el tratamiento de la Esquizofrenia resistente en pacientes con plaquetopenias no severas.



FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ENFERMEDAD BIPOLAR PEDIÁTRICA

Escamilla Canales I, Soutullo Esperon C, Figueroa Quintana A, Gamazo Garrán P, Machiñena K.

Clinica Universitaria, Universidad de Navarra.

Objetivos: Analizar los factores pronósticos de la enfermedad bipolar (BP) en niños.

Métodos: Evaluamos los niños diagnosticados de BP (n=38) en nuestra Unidad (1999-2005). Utilizamos el método longitudinal de la gráfica del humor del NMHI y la Escala de Impresión Clínica Global-Severidad.

Resultados: 30 (79%) eran chicos; (44,7%) tenían BP-1, 2 (5,3%) BP-2, 12 (31,6%) BP-NES, 6 (15,8%) BD-3 y 1 (2,6%) BD-4. La mediana (AIQ:Q25;Q75) de la edad al diagnóstico fue: 13,9 (10,64;15,84). Los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (21,1%) necesitaron alguna hospitalización durante el seguimiento, mientras sólo el 53% de los niños sin TDAH la necesitaron ($p<0,05$). Los niños de 12 años o menos pasaron 50% del tiempo de seguimiento en un episodio y los mayores, 44,6% ($p<0,05$). Los niños con peor respuesta al tratamiento (60,5%) presentaron antes los primeros síntomas: 10,5 años (8,5;12,75) que los niños con mejor respuesta al tratamiento: 13 años (11,5;12,25) ($p<0,05$). Los niños que recibieron tratamiento previo con antidepresivos (65,7%) tuvieron más episodios en el primer año pero tuvieron mejor respuesta al tratamiento ($p<0,5$). No encontramos diferencias significativas entre los niños que tenían euforia y/ grandiosidad (23,6%) o uno de los dos (49,8%) y los que no tenían ninguno.

Conclusiones: La edad de inicio menor de 12 años y la comorbilidad con TDAH son factores de mal pronóstico en la BP pediátrica. Los propuestos síntomas cardinales (euforia y grandiosidad) no influyen en el curso de la enfermedad. Se necesitan más estudios para definir el impacto del tratamiento previo con antidepresivos.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO INFANTIL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL FRENTE AL S.A.P (SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL)

Serrano ML.

Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: EL S.A.P. (Síndrome de Alienación Parental) es una alteración que surge casi exclusivamente durante las disputas por la custodia de un hijo y consiste en una “maniobra en la que uno de los padres dirige, de forma solapadamente sutil y perversa, a los hijos con la intención de alienar (ALEJAR) al otro progenitor, sin que exista una justificación razonable para ello”. El personal especialista en Salud Mental debe estar preparado para reconocer y actuar frente a los conflictos sociales actuales.

Objetivos: Dotar de conocimientos y habilidades al Personal Especialista en Salud Mental en el abordaje del S.A.P. enfocándolo a la atención de la infancia-adolescencia.

Material y Métodos: Estudio CUALITATIVO utilizando además de un CONSENTIMIENTO INFORMADO las siguientes escalas: TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA (Corman), LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R) (Reynolds y Richmond), CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS) (Lang y Tisher).

Resultados y Discusión: Ésta propuesta es el resultado de un “Anteproyecto de Investigación” por lo que no ha sido llevado a la práctica aunque se propondrá su aplicación futura esperando alcanzar los objetivos planteados.

Conclusiones: No debemos olvidar que para prevenir el “Maltrato Infantil” se requiere de un “Gran Compromiso” en todos los sectores... ya que son los Niños los que necesitan mayor Protección de sus Derechos, por que serán estos los adultos del mañana. Sin olvidar que el niño maltratado de hoy, puede ser el adulto conflictivo de mañana... Así que no debemos “Hipotecar su Futuro”... De ahí la importancia de la presentación del póster.



68 DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Morcillo Peñalver MC, Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, San Sebastián Cabasés J.

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Describir la psicopatología presentada en un varón de 13 años como ejemplo de la riqueza y diversidad psicopatológica de los trastornos psiquiátricos en el niño. Describir las posibles comorbilidades y los factores de confusión implicados en la dificultad de emitir un juicio diagnóstico.

Material y Métodos: Dos psiquiatras expertos realizan cuatro entrevistas clínicas exhaustivas con el niño y sus familiares de primer orden. Recopilamos los informes psiquiátricos y psicológicos previos consistentes en dos informes de alta de una Unidad de Hospitalización Breve y los emitidos desde distintos servicios de urgencias de varios hospitales de nuestra ciudad. Se trata de ajustar la exploración psicopatológica observada a las clasificaciones categoriales actuales (DSM-IV y CIE-10) con la finalidad de obtener un diagnóstico preciso.

Resultados: Tras un seguimiento de 14 meses se ha objetivado un solapamiento y variabilidad de la sintomatología que dificulta su clasificación en los sistemas actuales diagnósticos (CIE-10 y DSM-IV). Parte de la sintomatología inicial se ha mitigado (dislexia, avidez por la lectura comprensiva, rituales, aislamiento social, crisis de heteroagresividad, frecuentes llamadas de atención, celos contra su hermano e intereses excéntricos) en función de factores ambientales y madurativos del niño. Hace 14 meses, este niño recibió los diagnósticos de: TDHA, Dislexia, TOC, Síndrome de Asperger y Síndrome de Gilles de la Tourette.

Conclusión: Existe una tendencia a emitir más de un diagnóstico psiquiátrico en la población infantil debido a las características de presentación de la psicopatología en esta población, definida por su escasa especificidad, su variabilidad a lo largo del tiempo, por la frecuente comorbilidad existente entre los trastornos y la influencia en la sintomatología del momento evolutivo y madurativo, lo que dificulta la precisión diagnóstica.

¿Estamos en realidad ante varias entidades nosológicas o sólo son diferentes manifestaciones de un único trastorno?

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, Morcillo Peñalver MC, San Sebastián Casés J.

Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: Determinar en base a la literatura científica más reciente, las opciones terapéuticas farmacológicas más eficaces en el tratamiento del trastorno bipolar en el niño y adolescente. Comparar estos resultados con nuestra casuística.

Material y Métodos: Revisión en Medline de los estudios publicados en este campo desde 1972 al 2007. Revisión de 3 casos clínicos heterogéneos con diagnóstico de Trastorno Bipolar en seguimiento actual escogidos al azar.

Resultados: Aunque existe gran controversia y escasos estudios randomizados y doble ciego, las guías terapéuticas actuales avalan la eficacia del litio como tratamiento de primera línea en niños mayores de 12 años con trastorno bipolar. Como tratamiento de segunda elección en caso de baja respuesta o aparición de efectos adversos al litio, el ácido valproico ha demostrado claramente su eficacia frente a placebo. Si existe poca respuesta a un único estabilizador, la combinación de dos estabilizadores del ánimo (litio, ácido valproico o carbamacepina) resulta más eficaz que la asociación de un estabilizador y un antipsicótico atípico. Cuando concurren síntomas psicóticos, es necesaria la asociación de un antipsicótico atípico a uno o incluso dos estabilizadores del ánimo. Esto contrasta con los resultados obtenidos en ensayos abiertos en los que algunos autores defienden el uso en monoterapia con determinados antipsicóticos de nueva generación (olanzapina y risperidona) el trastorno bipolar del niño y adolescente.

Observamos el tratamiento pautado en cuatro niños diagnosticados de trastorno bipolar en nuestra consulta, coincidimos en la necesidad de combinar dos eutimizantes previo a la asociación de un antipsicótico atípico.

Conclusiones: Es necesario la realización de más estudios controlados y randomizados que comparen la eficacia de las distintas opciones terapéuticas.



TÉCNICAS GRUPALES DE RELAJACIÓN Y BÁSICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN TRASTORNOS ADAPTATIVOS Y DE ANSIEDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ADECUACIÓN A LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Solé Llop P¹, Solé Llop P¹, Vara Ortiz A², Cobo Gómez J¹,
Fernandez Juan M², Gracia Liso R¹.

¹Corporación Parc Taulí; ²Centro de Asistencia Primaria Sta Perpetua.

Introducción:

- La relajación es un componente básico de todos los tratamientos de ansiedad y adaptativos.
- se pueden aplicar tanto a niños y adolescentes y por personal y profesionales entrenados.
- El entrenamiento en técnicas básicas de resolución de problemas es altamente eficaz en el tratamiento de las dificultades de adaptación en la infancia y adolescencia.

Objetivos:

1. Adecuar diferentes técnicas de relajación en población infanto-juvenil.
2. Adecuar diferentes técnicas básicas de resolución de problemas en población infanto-juvenil.
3. Averiguar si el ámbito de Atención Primaria es tanto o más adecuado para su realización que los ámbitos especializados.

Desarrollo

- Realizamos un Programa de formación específico desde el Equipo de Psicología del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil con el objetivo de facultar al personal de Enfermería del Centro de Asistencia Primaria (CAP) en las diferentes técnicas.
- Establecimos un circuito interno de derivación e interconsulta.
- Realizamos una programación de 10 sesiones para dos grupos piloto poblacionales de 10 sujetos: Grupo infantil hasta 12 años (n=10) y Grupo de adolescentes de 12 a 18 años (n=10).
- Los diagnósticos admitidos fueron: Trastornos Adaptativos y/o Trastornos de Ansiedad.
- Realizamos las sesiones en la sala de educación situada en el mismo CAP y fuera del horario escolar, con medios adecuados.

Conclusiones

- Se completaron los dos grupos: infantil y adolescentes.
- La adaptación de las técnicas a estos grupos de po-

blación fue óptima y la satisfacción de los usuarios/as fue elevada.

- La intervención de Enfermería se demostró adecuada a los objetivos.
- El ámbito de la Atención Primaria se demostró al menos tan eficaz como el ámbito especializado para la realización de estos programas específicos.



70 QATT: QUESTIONNAIRE ON ATTITUDES TOWARDS TREATMENT AND ADHERENCE IN ADHD (CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TDAH)

Ferrin Erdozain M¹, Guedella Sebastian N², Blanc Betes M³, Ruiz Veguilla M¹, Sinclair M², Taylor Eric².

¹Complejo Hospitalario de Jaén; ²Institute of Psychiatry; ³Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una enfermedad de inicio en la infancia caracterizada por inatención, aumento de actividad e impulsividad. A pesar de la efectividad de los fármacos, el porcentaje de pacientes que cumple adecuadamente con el tratamiento se estima bajo.

Objetivos: Determinar factores relacionados con adecuado cumplimiento de la medicación en adolescentes con TDAH. Desarrollar una nueva escala para valorar actitudes de adherencia al tratamiento en este grupo.

Material;

- Desarrollo de escala Likert con 58 ítems incluyen: educación e información hacia la enfermedad y su tratamiento, insight, barreras hacia el tratamiento, relación con terapeuta, beneficios y efectos adversos del tratamiento.

- Aplicación a 90 jóvenes (>12 años) con TDAH del área sur de Londres y sus respectivos padres (padre y/o madre).

- Niveles de adherencia a tratamiento (fármacos y visitas)

- Factores demográficos, familiares, tipo de tratamiento, y enfermedad

Métodos: Análisis de fiabilidad y replicabilidad. Análisis factorial.

Resultados: Adherencia asociada a edad avanzada, nivel socioeconómico alto, ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares, y buena estructura familiar. Alta consistencia interna y replicabilidad (Cronbach alpha =0.81). Análisis factorial: 5 componentes principales (56% de varianza): 1) conocimiento sobre la enfermedad y medicación, 2) relación con terapeuta y autoestima, 3) insight, 4) efectos secundarios de la medicación (psiquiátricos y físicos), 5) beneficios de la medicación (concentración y comportamiento).

Conclusiones: El Cuestionario de Actitudes hacia el Tratamiento para jóvenes con TDAH (QATT) supone un avance novedoso en el estudio del TDAH, con aplicación clínica y en investigación.

DIFERENCIAS PARENTALES EN LA PERCEPCION DE LOS SINTOMAS DE TDAH

Aragón M², García-Campos N¹, Miernau López I¹, Campos JA², De Dios MJ³, Amador L², Quintero Gutiérrez del Alamo J⁴.

¹Instituto Neuroconductual de Madrid;

²Clínica Dr. Quintero;

³CONFIAS; ⁴Hospital Infanta Leonor.

Introducción. El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Es por tanto, 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.

Uno de los instrumentos de evaluación más utilizados para la identificación de las distintas conductas asociadas al TDAH, tanto en el ámbito escolar como en el ámbito familiar, son las escalas de Conners. Publicaciones previas de otros estudios realizados sobre las diferencias parentales a la hora de cumplimentar dicha escala, como es el que realizaron Althoff et al. con padre, madre y profesores de gemelos holandeses, donde no se encontraron diferencias parentales significativas en la identificación de las distintos síntomas del TDAH.

Objetivo y Metodología. El objetivo principal ha sido conocer cual es la percepción de la clínica de TDAH por parte de los Padres, y conocer si estas existen diferencias entre las mismas. Se evaluaron a 60 pacientes diagnosticados de TDAH siguiendo los criterios del DSM-IV, a cuyos padres se les solicitó que cumplimentaran por separado el CPRS-R:S (Escala de Conners para padres revisada) durante el mismo tiempo evolutivo del paciente. Se han tenido en cuenta otras variables de interés para la investigación como son; La situación familiar, la Edad del paciente, la presencia de otros diagnóstico y el Cociente Intelectual.

Resultados. Se analizaron los 60 casos, siendo la n final de 60, ya que todos los casos fueron analizables. La edad media de los pacientes fue de 10 años, con un 88% de varones y un 12% de niñas. La media del CI fue de 96 y el 46,6% presentaron algún trastorno comorbido sobre el TDAH. La media de los datos del CPRS fue; CPRS-Padre (Media=28,7, S.D.= 11,52) y del CPRS_Madre (Media=31,26; S.D.= 12,5). A pesar de las diferencias, al comparar las medias (ANOVA) la diferencia no es estadísticamente significativa (p=0,06). La correlación entre



ambas variables si alcanzó una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones. La información de los Padres, como buen evaluador externo, es importante tanto en la evaluación, como en el seguimiento y evolución de los pacientes con TDAH. Las diferencias encontradas no alcanzan diferenciación estadística y la correlación entre ambas es alta, lo que nos podría hacer suponer que la información por uno de los progenitores puede ser suficiente durante las consultas. No obstante hemos de analizar algunos factores como el estatus entre los padres, la gravedad del trastorno, o la presencia de comorbilidades, en como influyen. También la presencia de clínica TDAH-like entre algunos de los progenitores, que podría hacer que ese progenitor tolerara mejor los síntomas y por tanto puntuara mas bajo la clínica. De la misma manera una variable que puede ser importante es el tiempo que pasa cada progenitor con el niño y como esto influye en la valoración.

Bibliografía.

- Althoff RR, Copeland WE, Stanger C, Derks EM, Todd RD, Neuman RJ, Van Beijsterveldt TC, Boomsma DI, Hudziak JJ. The latent class structure of ADHD is stable across informants. *Twin Res Hum Genet.* 2006 Aug;9(4):507-22.
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.
- Rasmussen ER, Todd RD, Neuman RJ, Heath AC, Reich W, Rohde LA. Comparison of male adolescent-report of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms across two cultures using latent class and principal components analysis. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002 Sep;43(6):797-805.

EVOLUCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES DEL APRENDIZAJE A LO LARGO DE MÁS DE UNA DÉCADA.

Miernau Lopez P, García-Campos N¹, Aragón M², Loro M², Unzeta B², De Dios MJ³, Quintero Gutiérrez del Álamo J⁴.

¹Instituto Neuroconductual de Madrid; ²Clínica Dr. Quintero; ³CONFIAS; ⁴Hospital Infanta Leonor.

Introducción y Objetivo. Los trastornos del aprendizaje (TA) son dificultades delimitadas a la adquisición y uso de las aptitudes escolares. (Quintero Gutiérrez del Álamo et al. 2006) La prevalencia se sitúa entre el 2 y el 10%. Según el DSM-IV-TR, se diagnostica un TA (trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado) cuando el rendimiento académico es inferior a lo esperado para la edad y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. En términos de comorbilidad, muchos autores señalan que un gran porcentaje de pacientes con TA reúnen los criterios para el TDAH y viceversa. (Spencer et al. 1999; Quintero et al. 2006; Artigas J. 2003; Brown 2003)

La presente investigación pretende estudiar la evolución, la prevalencia y la comorbilidad de los TA entre los años 1994 y 2007.

Material y Método. Se revisaron la historia de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, de la Clínica Doctor Quintero desde el año 1994 hasta el 2007 ambos incluidos, mediante un archivo informatizado.

En primer lugar, del total de los pacientes (n=3517) se analizaron aquellos que fueron diagnosticados de TA según el DSM-IV y DMV-IV-TR. Se dividieron los pacientes en función de la edad de 6 a 11 años (educación primaria) y de 12 a 16 años (educación secundaria). Las pruebas psicométricas utilizadas fueron TALE, WISC-R y WISC-IV. Se analizaron los datos teniendo en cuenta tres grupos en función de la comorbilidad con los TA.

Resultados y Conclusiones. Durante los años 1994-2007 ingresaron en la clínica 3.517 pacientes de los cuales 533 fueron diagnosticados de TA. La distribución anual oscila entre un 8,95% y un 22,28% obteniendo una media de 15,15%.

En el primer grupo se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados únicamente de TA (Grupo I). Del total de pacientes con TA 533 pacientes, 104 pertenecían al Grupo I, es decir un 19,5%. En el segundo se estudiaron



72 aquellos con comorbilidad de TA y otros trastornos (Grupo II). En este grupo se registraron 100 pacientes, un 18,8% del total de pacientes diagnosticados de TA. Y en el tercer grupo se incluyeron los pacientes con comorbilidad del TA y TDAH (Grupo III). Aquí se encontraban el resto de pacientes con TA, 329 de un total de 533. es decir un 61,7%. Al observar la excesiva representatividad del Grupo III, se hizo el análisis a la inversa y se buscaron los pacientes diagnosticados de TDAH (n=890) y que a la vez presentaban TA. De los 890 pacientes con TDAH, 380 cumplían los criterios de TA, es decir un 42,69%. Así pues encontramos en educación primaria un 66,06% y en educación secundaria un 33,94% de pacientes con TDAH y TA. Al calcular los Riesgos Relativos encontramos que Los pacientes con TDAH tienen 4,76 veces más probabilidad de tener TA que los no TDAH y Los pacientes con TA tienen 3,28 veces más probabilidad de tener TDAH que los que no tienen un TA.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSMIV-TR. 4ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
- Brown T E. Trastorno por déficit de atención: una mente desenfocada en niños y adultos. Barcelona: 2006.
- Lyon GR. Learning disabilities. Future Chile 1996;6:54-76
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity. Pediatric Clin N Amer 1999; 46:915-927

EL DIFÍCIL ENTRAMADO DE LAS CLASIFICACIONES DE TRASTORNOS MENTALES EN LA PRIMERA INFANCIA

Pedreira Massa JL³, Ochoa R², Ribé JM¹, Gutiérrez S³, Faya MM³, Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³.

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Instituto Nacional de Pediatría; ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: La clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia es un tema que no está resuelto en la actualidad. Las actuales clasificaciones de trastornos mentales son para la edad adulta y utilizarlas en la primera infancia es poco riguroso. Existen algunas clasificaciones que se están estudiando en la actualidad, pero no está generalizado su uso.

Objetivo: Revisar las clasificaciones para los trastornos mentales de la primera infancia

Material y métodos: Se presenta un caso clínico complicado y complejo. Se realiza un intento de clasificación con cinco sistemas de clasificación de trastornos mentales: DSM-IV-TR; CIE-10-MIA; CIF; CFTMEA y NCCIP.

Discusión y conclusiones: Las clasificaciones generales resultan harto insatisfactorias e imprecisas para la clasificación de los trastornos mentales de la primera infancia, sobre todo de los complejos y más graves. Tampoco la clasificación de discapacidades aporta soluciones. La CFTMEA puede ser útil por representar un modelo psicopatológico y dimensional, pero su excesiva dependencia teórica la hace de difícil aplicación en determinados casos. La NCCIP se está desarrollando, aunque es atractiva. Aún se precisa profundizar más en comparaciones clínicas para obtener clasificaciones de los trastornos mentales en la primera infancia.



PSICOINMUNOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Molina Valdespino D², Trancoso M², Ochoa R², Pedreira Massa JL².

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: Las últimas investigaciones acerca de los trastornos psicósomáticos en la infancia relacionan de forma relevante las alteraciones inmunológicas y su enlace con los procesos mentales, campo conocido como psicoimmunología.

Objetivo: Revisar el estado actual de los conocimientos en psicoimmunología y trastornos psicósomáticos de la infancia

Material y métodos: Revisión de la bibliografía. Empleando como buscadores: psicoimmunología, psicósomática, infancia.

Discusión y conclusiones: Las teorías de la primera vinculación han aportado el fundamento clave para este tipo de investigaciones, siendo el principal valedor el Prof. Kandel con sus investigaciones acerca de neurobiología y algunos conceptos procedentes del campo del psicoanálisis. Algunas investigaciones acerca de la inmunología en los receptores de algunas células inmunológicas (en concreto los linfocitos T) así lo atestiguan. El modelo biomédico tiene limitaciones para explicar el papel de la subjetividad emocional en el fenómeno de la patología sistémica. Por lo que la investigación de ligazón entre sustratos emocionales y parámetros inmunológicos es necesaria.

¿PSICOSIS DESORGANIZADA O HEBEFRENIA EN LA ADOLESCENCIA?

73

Pedreira Massa JL², Trancoso M¹, Suárez R³, Martínez Cantarero C², Faya MM², Graell Berna M².

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ³Hospital Central de la Defensa.

Introducción: Las psicosis en la infancia y la adolescencia son un campo poco explorado y escasamente contrastado clínicamente con ejemplos clínicos. Se aplican los criterios diagnósticos de la edad adulta y no siempre se corresponden con la clínica que encontramos. Un caso actual es el concepto de psicosis desorganizada y la desaparición de la hebefrenia.

Objetivo: Debatir acerca de los criterios diagnósticos de los trastornos psicóticos en la adolescencia

Material y métodos: Se presenta un caso clínico cuya forma clínica de presentación fue compleja, aparentaba un cuadro borderline, pero la evolución fue aportando síntomas y signos de gran complejidad y desorganización mental.

Discusión y conclusiones: En la actualidad parece emerger el concepto de "psicosis única", sobre todo en la infancia y la adolescencia. Este caso nos sitúa ante este concepto con el emerger y una presentación precoz del trastorno hebefrénico que, a nuestro parecer, es más adecuado que el de psicosis desorganizada, al menos en estas etapas de la adolescencia. Revisamos el concepto desde la perspectiva histórica, fenomenológica, psicopatológica y clínica, en relación al caso que nos ocupa. Una vez más debemos concluir en la inadecuación de los sistemas de clasificación actuales para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia.



74 TDAH Y ADOPCIÓN: ENCUENTROS Y DESEN- CUENTROS

Pedreira Massa JL², Trancoso M¹, Suárez R³, Graell Berna M², Faya MM², Martínez Cantarero C².

¹Instituto Nacional de Pediatría; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; ³Hospital Central de la Defensa.

Introducción: El TDAH se está transformando en un trastorno de paradoja: frente al infradiagnóstico en la población general, existe un sobrediagnóstico patente en la población infantil. Este sobrediagnóstico es alarmante en el caso de las adopciones, sobre todo internacionales.

Objetivo: Presentar trastornos comparables con la clínica de TDAH en niños adoptados; debatir el diagnóstico diferencial y comparar con otros trabajos de investigación

Material y métodos: Se presenta un estudio de 23 casos de niños adoptados procedentes de una muestra clínica de 100 casos remitidos con el diagnóstico de TDAH. Se siguió el protocolo de Meter Hill para la exploración y diagnóstico de TDAH. Se emplearon tanto los criterios de inclusión como los de exclusión de los sistemas de clasificación de trastornos mentales. Se buscó en la bibliografía y se compararon nuestros resultados con los de la literatura científica, con criterios de Psiquiatría basada en la evidencia.

Discusión y conclusiones: De esos 23 casos solamente uno reunía los criterios precisos de TDAH, aplicando tanto los criterios de inclusión como de exclusión de los sistemas internacionales de clasificación, sin embargo los 23 casos estaban con tratamiento farmacológico estimulante. Se detectan casos de posible síndrome feto-alcohol y, sobre todo, la institucionalización precoz, lo que nos obligó a buscar en la bibliografía y obtener el solapamiento de los síntomas en estos casos, con lo que la conclusión es similar a la de Vera Fahlberg (2006): "Los datos de las investigaciones sobre niños institucionalizados nos aportan que los síntomas de estos niños que se criaron sin cuidados primarios eran similares a los vistos en niños con TDAH, pero no padecían un TDAH". Nuestras conclusiones resaltan: La mejor conclusión es tener una posición crítica, honesta y humilde: Necesitamos más estudios y mejor diseñados metodológicamente, así como estudios de seguimiento longitudinal y contextualizados; se pueden replicar resultados, pero las conclusiones poseerán poco valor, escasa evidencia científica y estarán plagados de sesgos; se han investigado los factores de riesgo, en el futuro habremos de investigar los factores de protección y resiliencia si queremos comprender el proceso de la adopción en su conjunto. Todo un reto para la investigación

EXPRESIÓN DIFERENCIAL DEL GEN NRG1 EN PACIENTES CON TDAH Y CON TRASTORNO BIPOLAR: RESULTADOS PRELIMINARES OB- TENIDOS MEDIANTE MICROARRAYS DE ADNC

Gálvez Gómez MD, Soutullo Esperón CA, Patiño García A, Ortuño Sánchez-Pedreño F.

Clínica Universitaria de Navarra.

Introducción. Los niños y adolescentes diagnosticados de trastorno bipolar a menudo presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como TDAH, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Ambos trastornos presentan un importante componente genético. Dado que las dimensiones clínicas son insuficientes para aclarar cuestiones nosológicas, es útil examinar otras fuentes de validación como son los estudios genéticos.

Objetivo. Evaluar el transcriptoma humano mediante arrays de expresión para detectar genes que se expresen diferencialmente entre niños y adolescentes con TDAH o con trastorno bipolar.

Métodos. Se reclutaron 16 pacientes con TDAH (DSM-IV), 12 varones y 4, cuya media de edad era de 14 años (de 9 a 21) y 9 pacientes con trastorno bipolar, 3 varones y 6 mujeres, cuya media de edad era de 18 años (de 10 a 23). Únicamente se incluyeron en el análisis de expresión los pacientes con TDAH tratados con metilfenidato (n=11). De una muestra de sangre de cada paciente, se extrajo el ARN y se analizó mediante el array GeneChip® Human Genome U133 Plus 2.0 de Affymetrix. La hibridación de los arrays y el subsiguiente análisis bioinformático se realizó en colaboración con la empresa PROGENIKA Biopharma S.A. (Derio, España).

Resultados. Se detectaron 1057 sondas diferencialmente expresadas entre ambos diagnósticos. Destaca el gen de la neuregulina 1 (NRG1), que está significativamente sobreexpresado en pacientes con trastorno bipolar respecto a pacientes con TDAH (p<0,005).

Conclusiones. Estudios previos han mostrado evidencias de la implicación del gen NRG1 en la susceptibilidad a trastorno bipolar y a esquizofrenia, pudiendo desempeñar un papel en la etiología de las psicosis funcionales que cursan con síntomas maníacos e incongruentes con el estado de ánimo. Nuestros resultados apuntan a un posible papel de la neuregulina 1 como biomarcador en este tipo de patologías.



ORGANIZACION Y EVOLUCION VINCULAR EN MADRES DE PACIENTES PSIQUIATRICAS ADOLESCENTES

Bayo Fernández C, Gállego Valverde B, Martínez Ladrón J, Morandé Lavin G.

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

Introducción y Objetivos: El presente trabajo trata de profundizar en la relación madre-hija y valorar el tipo de vinculación trigeracional existente en distintos desarrollos patológicos.

A partir del estudio de la organización vincular de las madres (con su propia madre y con sus hijos) esperamos:

- hallar diferencias en el tipo de vinculación existente en los distintos grupos estudiados
- confirmar la incidencia de v.insegura en diferentes cuadros psiquiatricos de la adolescencia
- explorar la transmisión transgeneracional del vínculo considerando los vínculos con los hijos

Material y Método: 120 entrevistas realizadas con las madres, divididas en 6 grupos, utilizando la AAI (Adult Attachment Interview- Kaplan y Main). Programa estadístico SPSS.

Resultados y Conclusiones:

- se encuentran diferencias significativas en la vinculación con la madre en todos los grupos
- la mayor incidencia de vinculación segura (en todas las variables) se da en el grupo control
- la mayor incidencia de v. insegura se da en los grupos de pacientes ingresadas
- en el grupo de trastornos de alimentación se dan v. inseguros de tipo preocupado tanto con las pacientes como con sus hermanos.
- en general se observa mejor vinculación de la madre con los hermanos que con los pacientes

Se observa que a psicopatología más grave se da peor vinculación, tanto con la prole como con la familia de origen y menor evolución vincular favorable a lo largo del tiempo (movimientos compensatorios vinculares).

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN LA USMI II DE CASTELLÓN EN EL AÑO 2007

Gómez Corral, Huguet MT, Sospedra Felip M, Real López D, Gómez Corral M, Ferrer Castello MT, Espinosa Mate M, Ballester Pérez M,

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población infanto-juvenil de castellón. La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Via.

Las actividades realizadas durante el año 2007 son las siguientes:

- Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
- Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
- Reunión con diversos recursos sanitarios, educativos y sociales del área.
- Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante el año 2007

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en el año 2007, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.



76 PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA INFANTIL PARA TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Villaseñor A, Graell M, Gil L, Cabello V, González T, Faya M, Morandé G.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Los trastornos de alimentación prepuberales presentan características clínicas específicas que obligan a manejar distintos sistemas de clasificación y estrategias de tratamiento. El HIUNJ propone dentro del modelo de continuidad de cuidados en la Unidad, un programa de Hospital de Día Infantil cuyo objetivo principal es proporcionar experiencias terapéuticas alternativas sin separar al niño de su familia, medio social y escolar ofreciéndole un medio estable, estructurado y altamente coordinado con diversas modalidades terapéuticas: individual, grupal, familiar, académico, recreativo, social, médico y enfermería; contando con un equipo multidisciplinar cualificado: psicólogo, psiquiatra, enfermera, maestra, logopeda, nutricionista y trabajadora social.

Dicho programa consta de objetivos terapéuticos, y de gestión. Existiendo criterios de admisión, exclusión y evaluación. La organización como Hospital de Día intrahospitalario sigue el modelo bio-psicosocial y establecimiento de: vínculo terapéutico, principios cognitivo-conductuales, pedagógicos e intervención de enfermería. La actuación es grupal, familiar e individual, siendo la grupal e individual 3 días a la semana en un horario de 8 a 15h; el grupo de padres es bisemanal.

Nuestra experiencia en un año ha sido N=30. Edad Media 10'23. Sexo: niños 30%, niñas 70% distribuidos en los siguientes diagnósticos: Anorexia nerviosa restrictiva, AN Infantil, Disfagia funcional, Trastorno Alimentación no especificado, Bulimia nerviosa, Comedores selectivos. Potomania. T. Afectivo. Más trastornos comórbidos. Con una estructura familiar que va desde la familia organizada hasta la caótica. Estancia media de 45 días. Discusiones en diagnóstico multiaxial. Necesidad de evaluación conductual por varios informantes, equipo multi-disciplinar, familia disponible y entrenada.

ESTABILIDAD DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA: ESTUDIO LONGITUDINAL PRELIMINAR

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

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Objetivos: Evaluar la estabilidad a los dos años de seguimiento de los rasgos de personalidad de pacientes adolescentes que sufren un trastorno de alimentación.

Material y Método: Estudio longitudinal, se evaluó a los pacientes durante la hospitalización y a los dos años. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y rasgos de personalidad con el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). De la muestra inicial presentamos los datos preliminares de 25 pacientes con ANR [edad media 14,92 (1,47)].

Se realizó la prueba estadística de Wilcoxon para muestras relacionadas. Se aplicó la prueba de Cohen para observar el efecto del cambio. Se utilizó el paquete estadístico SPSS. 15.0 para realizar los análisis. Consideramos que existían diferencias significativas cuando la $p \leq 0,05$.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los prototipos de personalidad conformista, sumiso, oposicionista y límite entre el momento inicial y al seguimiento. Se encontraron diferencias significativas en los prototipos de personalidad egocéntrico e histriónico puntuando más en el momento de seguimiento y los prototipos introversión, inhibido, pesimista y autopunitivos puntuaron menos en seguimiento.

Conclusiones: En adolescentes con anorexia nerviosa restrictiva, los rasgos conformistas (obsesivos), sumiso (dependiente), oposicionista (pasivo-agresivo) y límites se mantienen estables. Los rasgos egocéntricos (narcisistas) e histriónicos no se mantienen estables, incrementándose a los dos años. Los rasgos de introversión (esquizoide), inhibido (evitativo), pesimista (depresivo) y autopunitivo no se mantienen estables, decreciendo a los dos años.



EL BOSQUE DE LA VIDA. PROGRAMA DE ENLACE USMIJ/ONCOLOGIA INFANTIL

Alonso Cuesta R Dorado Siles I, Quiroga Cantero E, Márquez Vega C, Ramírez Villar G.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El contenido forma parte del programa de enlace que desde el año 2001 se lleva a cabo entre la USMIJ y la Unidad de Oncología Infantil. El árbol es uno de los símbolos más antiguos que se conoce y que tiene en sí mismo una doble representatividad. De un lado es una representación del “sí-mismo” (C.G. Jung) pero también representa el vivir y morir de la naturaleza, sus ciclos y cambios, y nos permite simbolizar a través de él los ciclos de cambio de nuestra propia vida.

Objetivo: Este poster no será un análisis científico sino sólo la representación a través de los árboles, a veces tan dañados, del bosque desconocido y a veces tan amenazante que constituye la vida de nuestros pacientes oncológicos. Es pues un pequeño homenaje a estos chicos que cruzan el bosque llenos de coraje.

Desarrollo: La idea de utilizar el dibujo del Árbol como un instrumento diagnóstico auxiliar, se la debemos a E. Jucker y nosotros lo utilizamos porque en la situación en que se encuentran los pacientes de oncología infantil es una prueba que requiere unas condiciones mínimas: materiales (lápiz y papel), no tiene límite de tiempo, no exige esfuerzo, es bien aceptado por niños de cualquier edad.

En contrapartida nos permite percibir contenidos inconscientes que nuestro interlocutor no pretendía, no podía e incluso evitaba comunicar.

Conclusiones: A través del dibujo del árbol (T. del Árbol) podemos extraer información útil que nos permite comprender y ayudar mejor a estos pacientes que se encuentran viviendo una grave crisis personal en la cual “la palabra” a veces se torna imposible y no solo por motivos psicológicos.

DESCRIPCIÓN Y PROPUESTA DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL

Geijo Uribe S, Ballesteros Alcalde MC, Pérez Ruiz E, Imaz Roncero C.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: Estudio descriptivo retrospectivo sobre ingresos, en los primeros nueve meses de funcionamiento (23 Mayo 07-Febrero 08), en la Unidad Regional de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Dispositivo con 8 camas, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de referencia para toda la comunidad de Castilla y León.

Población, Material y Método: Se recogieron datos de: Edad, Sexo, Provincia y Medio de procedencia, Tipo de Ingreso, Tratamiento psiquiátrico previo, Motivo del ingreso, Nacionalidad, Días de estancia, Diagnóstico al alta, EEAG al ingreso y al alta y Reingresos.

Resultados: Ingresan 68 pacientes (50% varones y 50% mujeres). Edad media de 14 años; un 12% tiene menos de 12 años. El 49% de los ingresos son derivaciones de fuera de Valladolid, siendo el 62% de procedencia urbana y el 89% de nacionalidad española. El 61% son ingresos programados y el 35% no había tenido tratamiento psiquiátrico previo. Total de estancias de 1566, con una media de 21,68 días (rango 1-71), una ocupación del 70,9% y un 13% de reingresos, la mayoría por trastornos de la alimentación (TCA). El objetivo del ingreso era someterse a tratamiento intensivo en un 81%, mientras que el 19% restante lo hace para diagnóstico diferencial. Las causas que motivan el ingreso son: auto y/o heteroagresividad (59%), alteración de la conducta alimentaria (20%), síntomas psicóticos (11%), alteraciones emocionales (5%) y ansiedad (5%); mientras que los diagnósticos principales más prevalentes son el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los TCA. El 29% de los pacientes presenta un CI límite o retraso mental y el 41% presentan comorbilidad médica y solo un 7% consumo de tóxicos. Existe una mejora en EEAG.

Conclusiones: Se esperaba una mayor prevalencia de Trastornos psicóticos. El rango de edad para el ingreso es amplio (5-17 años) valorándose la buena integración de las distintas edades. Hay una buena satisfacción en el funcionamiento tanto de los profesionales como de pacientes y familia, con independencia de su procedencia.



78 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO SOMATOMORFO CON DULOXETINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

García Martín I, Soutullo Esperón C, Carballo JJ, Figueroa Quintana A, Gálvez D.

Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los trastornos somatomorfos se caracterizan por la presencia de síntomas físicos recurrentes no explicados por una condición médica o por el efecto directo de una sustancia. No son provocados de forma deliberada por el paciente. Se cree que estos síntomas somáticos pueden estar asociados a factores psicológicos.

Duloxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y de noradrenalina. Este fármaco se ha consolidado como un tratamiento seguro y efectivo para pacientes adultos con trastorno depresivo y síntomas físicos. Sin embargo, existe una información limitada acerca del uso de duloxetina en niños y adolescentes.

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad, seguridad y tolerabilidad de duloxetina en el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno somatomorfo.

Métodos: Describimos dos casos de pacientes adolescentes que fueron valorados en consultas externa de nuestro Departamento a petición del Departamento de Pediatría y Neuropediatría respectivamente, por presentar numerosos síntomas físicos abigarrados y discordantes. Todas las exploraciones realizadas para descartar causa orgánica que justificara dicha sintomatología fueron normales.

Resultados: Tras valorar a los pacientes (historia psiquiátrica y test psicodiagnósticos) se les diagnosticó de Trastorno Somatomorfo. Fueron tratados con múltiples fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, estimulantes y eutimizantes) pero sólo presentaron mejorías parciales y poco mantenidas en el tiempo. Al iniciar tratamiento con Duloxetina (30mg/día y 60mg/día respectivamente) se evidenció mejoría moderada a la semana y tres semanas respectivamente, resolución progresiva de los síntomas somáticos, y finalmente remisión total. La respuesta se mantiene tras 7 y 14 meses respectivamente.

En ninguno de los pacientes se observó la aparición de efectos adversos tras el inicio de tratamiento con duloxetina

Conclusiones: Duloxetina puede ser un tratamiento efectivo y bien tolerado para niños y adolescentes con trastorno somatomorfo.

Estos hallazgos deben ser considerados como provisionales. Son necesarios estudios clínicos controlados.



ANOREXIA NERVIOSA EN PACIENTES PREPÚBERES. MANEJO Y TRATAMIENTO EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Vila Grifoll M², Hill V¹, Mukherjee K¹, Rose G¹.

¹Collingham Child and Family Centre; ²Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry.

Introducción: Las características de la Anorexia Nerviosa son: 1. rechazo a mantener un peso corporal mínimo (inferior al 85% del esperado, no ganancia del peso esperado en prepúberes), 2. miedo intenso a ganar peso y 3. alteración significativa de la percepción del cuerpo. En mujeres postpúberes hay presencia de amenorrea. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta de alimentos. Cuando no se cumplen todos los criterios diagnósticos se habla de Anorexia Nerviosa Atípica según la CIE 10 o de Trastorno de Conducta Alimentaria no especificado según el DSM-IV.

El trastorno se presenta generalmente durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, aunque también puede aparecer al final de la niñez. La prevalencia e incidencia del trastorno varía dependiendo de la muestra estudiada.

Esta enfermedad se trata con una combinación de diversos tratamientos: rehabilitación nutricional, terapia motivacional y modificación de conducta, terapia cognitivo-conductual y terapia familiar.

Objetivos, Metodología y Resultados: Se describen las características demográficas y psicopatológicas, y los síntomas físicos de 4 pacientes prepúberes, ingresadas con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa o de Anorexia Nerviosa Atípica. Comentaremos los factores precipitantes, los rasgos de personalidad y las dinámicas familiares de los casos. Se discutirá el manejo y las diferentes terapias ofrecidas durante el ingreso.

Conclusiones: La Anorexia Nerviosa es un trastorno de mal pronóstico en la infancia. El diagnóstico precoz es imprescindible, ya que la enfermedad puede tener efectos devastadores durante este periodo crucial de crecimiento y maduración del niño.

TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN: ¿INFRADIAGNÓSTICO O SOLAPAMIENTO SINTOMÁTICO?

Lázaro Redondo M, Pérez-Templado Ladrón de Guevara J, San Sebastián Cabases J.

Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: El trastorno reactivo de la vinculación es un trastorno poco frecuente en la consulta de psiquiatría infantil, que aparece en niños menores de 5 años, siendo muchas veces detectado por los servicios sociales que atienden a menores que sufren negligencia. El vínculo es la medida de relación entre el niño y su cuidador, que se caracteriza por ser recíproca y que desarrollada de manera temprana y segura favorece la autonomía del niño. **Objetivos:** Resaltar la necesidad de detección precoz de este trastorno a través de la descripción de un caso clínico.

Material y Métodos: Se describe un caso clínico de un niño de 4 años y medio que fue remitido a la consulta de psiquiatría infantil con el diagnóstico de retraso madurativo y del lenguaje, así como comportamiento extraño de pobre relación con sus pares, actitud de "lejanía" ante su madre y reactividad indiferenciada ante extraños.

Resultados: Ante un caso de un niño que asocia retraso madurativo y del lenguaje con comportamiento extraño se debe hacer un diagnóstico diferencial sobre todo con trastornos generalizados del desarrollo y en menor medida, con otros trastornos. En el caso que describimos, el niño cumple criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 de trastorno reactivo de la vinculación con presencia de anomalías en las formas de relación social del niño, con la presencia de vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para mostrar vínculos selectivos adecuados, en los que se asocia una carencia parental no respondiendo adecuadamente a las necesidades emocionales del niño.

Conclusiones: El trastorno que se describe, está presente en las clasificaciones internacionales de consenso vigentes (CIE-10 y DSM-IV) siendo su causalidad relacionada con la crianza y de trasfondo psicodinámico. En consecuencia, también su abordaje debe serlo e implicar a distintos profesionales en una labor coordinada y de equipo.

¿Puede deberse su escasa incidencia a una deficiente identificación del trastorno, motivado ello por una escasa consideración de los factores psicodinámicos implicados?



80 ANOREXIA NERVIOSA ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PRONÓSTICO

Guijarro Granados T, Zurita Gotor P, Sanz Y.

Servicio Andaluz de Salud.

Introducción: El pronóstico de la anorexia nerviosa depende del diagnóstico y la intervención precoz. A medida que se han ido constituyendo programas específicos, su cronicidad ha disminuido. Algunos estudios analizan la correlación entre las subpuntuaciones del EDI y el pronóstico de la anorexia pero pocos relacionan el Índice de masa corporal con las subpuntuaciones del EDI.

Objetivos: Determinar si existe relación entre el Índice de masa corporal y la evolución de la enfermedad. Analizar si el Índice de masa corporal correlaciona con determinadas puntuaciones del EDI.

Material y Métodos: 30 pacientes que acuden a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil entre 2002-2004, 23 diagnosticadas de anorexia nerviosa (AN) atípica y 7 con diagnóstico de AN típica. 8 cumplen criterios de cronicidad (sin alta en los 2 años siguientes al diagnóstico), 23 sin criterios de cronicidad. Análisis realizado con programa estadístico spss 10.0 (test de Mann-Whitney y Spearman's rho).

Resultados: La media del IMC inicial es de 18.88 entre las que desarrollarán una AN crónica y de 19.3 entre las que no se cronificarán, sin diferencias estadísticamente significativas (p de 0.818). Encontramos una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre valores del IMC y las subpuntuaciones del EDI-2 de insatisfacción corporal (correlación del 0.609, siendo $p < 0.01$) y entre el IMC y la subpuntuación de ascetismo (correlación de 0.640, siendo $p < 0.01$)

FACTORES DE VULNERABILIDAD EN INTENTOS DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES

Laporte Breyse V, Vicente Antoñanzas V.

Corporació Sanitària Parc Taulí.

Introducción: Ante el aumento de conductas autolíticas en la adolescencia atendidas en nuestro servicio de urgencias psiquiátricas, se plantea registrar y analizar factores de vulnerabilidad.

Material y métodos: Se ha estudiado un grupo de 15 casos de población adolescente atendida por intento de suicidio, en 2007. Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de variables demográficas (edad y sexo); de factores de vulnerabilidad psicosociales en relación a los vínculos afectivos y situación académica; y de factores psiquiátricos y psicológicos como el tipo de intento suicida, recurrencia del intento, diagnóstico y sintomatología previa al intento.

Resultados: La relación varón/mujer es de 10/5 y la media de edad ha sido de 15,2 años. Se observa una predominancia de intentos de suicidio por ingesta de benzodiazepinas extraídas del botiquín del domicilio. Aparece una correlación alta entre el abandono de estudios, fragilidad en los vínculos y la tentativa de suicidio. Prevalece una finalidad evitativa o contra-ansiosa a la finalidad de muerte. Se observa una correlación mayor del intento de suicidio con ansiedad/irritabilidad y sentimientos previos de soledad y baja autoestima.

Conclusiones: Hemos observado una correlación entre el abandono previo de los estudios y la tentativa, así como con el hecho de una estructura familiar frágil, ya sea por rupturas, o acontecimientos traumáticos. En relación a los aspectos psicológicos, la tentativa se correlaciona con un estado ansioso y sentimientos de soledad y baja autoestima. Es preciso ampliar el estudio de la casuística a partir de entrevistas diagnósticas estandarizadas para confirmar nuestros resultados y poder establecer factores de protección.



SÍNDROME DE RETT: NUEVA MUTACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

De Sande Díaz F²; León Quintana C², Garzón Gómez M², Álvarez Arroyo S¹, Gómez Pérez S², Cabrera C², Gutiérrez Casares JR¹.

¹Servicio Extremeño de Salud; ²Servicio Canario de Salud.

Introducción: El síndrome de Rett es un trastorno neurológico progresivo incluido dentro de los trastornos generalizados del desarrollo que afecta esencialmente a niñas. Tras un desarrollo pre y perinatal normal comienzan a aparecer en torno a los 6 meses de edad los primeros síntomas (microcefalia, pérdida de habilidades manuales adquiridas, estereotipias, de integración social, lenguaje adquirido y ataxia) con un curso progresivo, incapacitante y grave deterioro intelectual. Su herencia es autosómica dominante, ligada al cromosoma X con mutaciones en el gen MECP2, la mayoría de novo.

Objetivo: Conocer la existencia de una nueva mutación encontrada para este síndrome y los pasos seguidos para el diagnóstico.

Material y Métodos: Paciente mujer de 2 años y medio de edad remitida a la consulta con el diagnóstico de rasgos autistas y retraso psicomotor. Se inicia estudio mediante realización de entrevistas a familiares de primer grado, observación del paciente y exploración clínica, cumplimentación de escalas (M-CHAT) realización de pruebas complementarias (RMN, EEG, PEATC, Estudio metabólico, estudio genético).

Resultados: Ante la sospecha clínica de S. de Rett se solicita estudio de la mutación MECP2, detectándose la presencia de una mutación de dicho gen no descrita, hasta el momento actual, en la literatura.

Conclusiones: El S. de Rett es una patología poco frecuente que causa gran discapacidad. El diagnóstico precoz es de gran importancia para el inicio de un tratamiento adecuado en la mayor brevedad posible y evitar así un mayor deterioro del paciente.

SALUD MENTAL EN EDAD PREESCOLAR: DESDE LA TEORÍA DE LA MENTE A LAS CLASIFICACIONES CATEGORIALES

De Sande Díaz F¹, Álvarez Arroyo S², León Quintana C¹, Sánchez Sánchez J³, González Santana S¹, Gutiérrez Casares JR³.

¹Servicio Canario de Salud; ²Servicio Extermaño de Salud; ³Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La salud mental en la edad preescolar ha sido un importante foco de atención en la literatura científica. Son múltiples los autores que han intentado dar una respuesta a la etiología de la enfermedad psiquiátrica buscando en estas edades, cómo se manifiesta en los niños preescolares y los posibles tratamientos a estas patologías.

Objetivo: Dar a conocer los últimos conocimientos en este campo y relacionarlos con las teorías sobre el desarrollo y psicopatología así como los tratamientos empleados y su evidencia científica.

Desarrollo: Las clasificaciones diagnósticas habituales (DSM-IV y CIE10) presentan muchas dificultades para su aplicación en este rango de edad. Se dispone de los Research Diagnostic Criteria: Preschol Age y de los Diagnostic Criteria: 0-3R para el diagnóstico. Estos criterios adaptan los criterios DSM-IV a las diversas características del desarrollo pero fueron creados para estudios de investigación y no existen adaptaciones al castellano. Los tratamientos más recomendados se centran en los aspectos psicoterapéuticos basados en técnicas cognitivo conductuales con padres. Existen 17 estudios sobre la utilidad de psicofármacos en preescolares. Sólo existe parcial evidencia de la utilidad de los psicofármacos a esta edad y sólo para determinadas patologías.

Conclusión: El estudio de la salud mental en preescolares continúa creciendo. No disponemos aún de clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas adecuadas a esta edad. La variabilidad en el desarrollo evolutivo y procesos de neurodesarrollo, la importancia de los factores externos (sociales, familia,...) y las dificultades de evaluación a estas edades hacen necesaria la realización de más estudios sobre la sintomatología, etiología, evolución y tratamiento.



82 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DEMANDA DE LOS AÑOS 2006- 2007 DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN LA USMI II DE CASTELLÓN

Gómez Corral MT, Real López M, Gómez Corral MT, Espinosa Mate M, Ballester Pérez C, Vicent Huguet M, Ferrer Castelo M, Sospedra Felip D.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón).

Introducción: Las unidades de Salud Mental Infanto Juveniles de Castellón tienen como labor asistencial el atender a la población en un segundo nivel. El primer nivel es la atención primaria, y el segundo nivel es la atención especializada donde está ubicada la Usmi II.

La población que se atiende en la USMI tiene un intervalo de edad de 0 a 14 años 11 meses.

La USMI-II está formada por una psiquiatra a tiempo parcial, tres psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería; y se encuentra ubicada en el Centro Salud Gran Vía.

Las actividades realizadas durante los años 2006 - 2007 son las siguientes:

1. Asistencia sanitaria de los diversos pacientes que acuden a la USMI
2. Realización de Programas psicoeducativos para tratar diversas patologías de los pacientes.
3. Reunión con diversos recursos educativos, sanitarios y sociales del área.
4. Formación de MIR, PIR y EIR en salud mental infantil.

Objetivo: Describir las características de la población de estudio atendida en la USMI de Castellón durante los años 2006-2007

Método: Estudio descriptivo de la demanda de la población infantil a la USMI II en los años 2006 2007, en la que se describen las siguientes características: Edad, sexo, motivo de consulta, nacionalidad, motivo P-10, Etc. Se elabora un registro de recogida de datos y se recogen de las historias clínicas de esa población de estudio.

Resultados: Se obtienen las modas, frecuencias de cada una de las variables descritas en el estudio descriptivo, mediante la representación de gráficos.

Conclusiones: Conociendo los datos de la población atendida, podemos analizar mejor nuestra actividad asistencial y adecuar nuestros servicios a la realidad clínica existente así como proponer la creación de nuevos recursos que complementan los ya existentes.

PROGRAMA DE ENTRETENIMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA EL SÍNDROME DE ASPERGER

Gómez Corral MT, Gómez Corral MT, Alonso Romero V, Espinosa Mate M, Ballester Pérez C, Real López M, Agüero Ramón-LLin C.

Unidad de salud mental infantil Gran Vía (Castellón).

Introducción: Se considera Síndrome de Asperger (Asperger Síndrome-AS) un desorden dominante que dentro del espectro del autismo. Se caracteriza por una falla sostenida en la interacción social y por el desarrollo de patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses y actividades. Respecto al autismo, esta condición no presenta retrasos obvios en el lenguaje o en el desarrollo cognitivo ni en las habilidades y autosuficiencia según la edad.

Muchas de las personas que sufren de Asperger desean desarrollar amistades e interactuar con sus semejantes, pero carecen de la habilidad para comprender y utilizar las reglas de comportamiento social. Tienen dificultad para utilizar y comprender gestos, juzgar la proximidad de otros y mantener contacto visual, todo lo cual puede impedir el desarrollo de relaciones interpersonales. El comportamiento social que exhibe la persona que sufre de AS tiende a ser ingenuo y peculiar y sus movimientos tienden a ser torpes. Debido a un interés marcado en uno o dos temas exclusivos, esta persona tiende a hablar sin tomar en consideración el interés o la atención del interlocutor. Aunque la persona con AS hace esfuerzos por interactuar socialmente con otros, su comportamiento peculiar deja a los demás sin saber como responder. Es por esto que a menudo este individuo es mal entendido y puede encontrarse aislado de otros. Teniendo en cuenta las características de este trastorno es muy conveniente crear un programa que entrene y mejore las habilidades sociales en estos niños.

Objetivo: Explicar el programa psicoeducativo de habilidades sociales en niños con Síndrome de Asperger.

Conclusiones: Se explica brevemente el programa psicoeducativo de habilidades sociales de seis sesiones cinco sesiones para los niños y una sesión para los padres donde se entrenan las habilidades sociales en niños con Síndrome de Asperger.



ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DESAJUSTES DEL PESO CORPORAL

Rodríguez Velasco FJ¹, Puerto Suárez de Mendoza R², Rodríguez Santos L².

¹Servicio Extremeño de Salud. Universidad de Extremadura;

²Universidad de Extremadura.

Objetivos: Analizar la ansiedad rasgo/estado de los padres de niños obesos, definiendo las diferencias existentes según las variables sociodemográficas e institucionales sometidas a estudio.

Material y Métodos: La muestra de estudio está compuesta por 543 sujetos, de los cuales tras la eliminación de datos espúreos, así como outliers ha quedado con un tamaño muestral de 510, de los cuales 255 eran hombres (50%) y 255 mujeres (50%), correspondientes al área de Atención Primaria de Salud de Badajoz. Se ha realizado un cuestionario compuesto por ítems relativos a características sociodemográficas, y ansiedad estado-rasgo de los padres (STAI-A/R de Spilberger), medidos todos ellos mediante una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Se utilizará el análisis correlacional bivariado, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Por otra parte, se procederá a realizar el análisis de varianza (AN.O.VA). Se determinará la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario administrado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

Resultados y Conclusiones: La ansiedad de padres y madres de niños obesos parece presentar efecto diferencial según las variables sociodemográficas sometidas a estudio. La ansiedad estado de los padres y madres presentan índices más altos en los niños con problemas de sueño (incluido los despertares nocturnos y pesadillas) y dolores abdominales. La ansiedad estado de las madres de los niños que necesitan ayuda para comer parece presentar también efecto diferencial, entre otros.

ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES ALIMENTARIAS ANÓMALAS. PAPEL MEDIADOR DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL. ESTUDIO DE UNA MUESTRA ADOLESCENTE REPRESENTATIVA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Real López M¹, Rojo Moreno L².

¹Unidad de Salud Mental Infantil-2, Castellón; ²Unidad de Trastornos Alimentarios H. U. La Fe, Departamento de Medicina, Universidad de Valencia.

Introducción: Datos previos en niños y adolescentes corroboran la asociación entre insatisfacción corporal previa y conductas alimentarias anómalas restrictivas, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se ha intentado aclarar la relación existente entre la insatisfacción corporal (IC) y la realización de dieta, siendo el peso (como índice de masa corporal, IMC), propuesto como factor mediador, el factor más directamente relacionado con la aparición de IC.

Objetivo: Analizar las relaciones entre el estado nutricional y la IC, y entre ésta y la realización de dieta y presencia de hábitos alimentarios anómalos.

Material y Método: Encuesta escolar que recogía información sociodemográfica y de hábitos alimentarios, la versión infanto-junvenil del EAT (ChEAT), y tres subescalas del cuestionario EDI (IC, Impulso a la Delgadez e Ineficacia). Los alumnos fueron pesados y medidos.

Resultados: Participaron 486 escuelas y 43592 estudiantes (entre 12 y 17 años). Comparamos las puntuaciones obtenidas en cada uno de los distintos estados nutricionales por edad y género. Con una regresión múltiple valoramos las relaciones entre IC, anomalías alimentarias y el IMC.

Discusión: La IC aumenta con el IMC, al igual que en estudios previos. Conjuntamente, las mujeres presentan mayor IC pero se deben tener en cuenta las particularidades del ideal estético para cada género. Sólo la realización de dieta y conductas de restricción purga se correlacionan con el IMC de un modo significativo. En los distintos estados nutricionales se observan diferencias en las variables estudiadas.



84 COMPLEJIDAD CEREBRAL EN EL TDAH

Quintero Gutiérrez del Álamo J¹, Navas Tejedor M¹, Fernández A², Ortiz T².

¹Hospital Infanta Leonor; ²Universidad Complutense de Madrid (3)

Introducción. Son muchos los datos y estudios que han encontrado defectos de función cerebral en los pacientes con TDAH. En este sentido la mayoría de las investigaciones apuntan a que las deficiencias se localizan de manera específica en el Cortex Prefrontal. Algunos datos, también sugieren que el Parietal posterior puede estar afectado.

La Magnetoencefalografía (MEG) es una técnica de neuroimagen funcional, cuyas dos características fundamentales son la posibilidad de conseguir secuencia temporales y el bajo riesgo para la realización de la prueba, lo que situaría a esta técnica como de utilidad en estos trastornos.

Material y Métodos. El propósito de este trabajo es buscar las diferencias que en la MEG presentan los pacientes con TDAH, al compararla con controles sanos. Para lograr este fin se hizo un análisis de la complejidad de Lempel-Ziv. Se exploraron 14 casos entre 8 y 13 años, con primer diagnóstico de TDAH y sin tratamiento previo. Y se comparó con controles sanos.

Se presentan los datos preliminares del estudio piloto de la prueba.

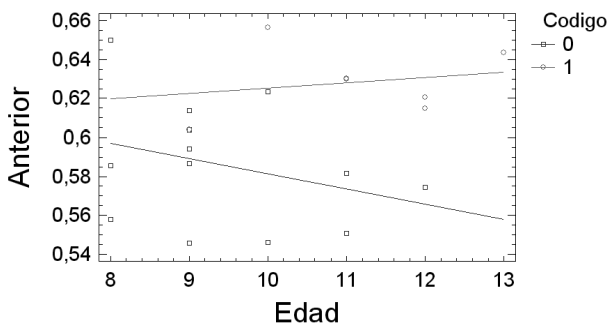
pruebas sobre la base etiopatogénica del TDAH como un trastorno del Neurodesarrollo.

Además de esta idea, se abren una serie de cuestiones como son las posibles implicaciones diagnósticas de la MEG, al llegar a objetivar una prueba que presenta una alta sensibilidad y especificidad, máxime a partir de los 10 años. Estos datos serán discutidos durante el congreso.

Bibliografía

- Castellanos FX. Anatomic magnetic resonance imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dialogues Clin Neuroscience* 2002;4:444-8.
- Maestú F, Fernández A, Simos PG, Gil-Gregorio P, Amo C, Rodríguez R y cols. Spatio-temporal patterns of brain magnetic activity during a memory task in Alzheimer's disease. *Neuroreport* 2001;12(18): 3917-22
- Quintero Gutiérrez del Álamo F J, Correas Lauffer J, Quintero Lumberras F J. Déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Madrid 2006.

Gráfico del Modelo Ajustado



Resultados y Conclusiones. Los primeros análisis sugieren que los pacientes con TDAH (0) presentan una estadísticamente significativa menor complejidad cerebral que los controles No TDAH (1), lo que aportaría nuevas



INTERVENCIÓN DEL/A ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL ANTE LA ANSIEDAD: EL CAMINO HACIA EL CAMBIO DE SEXO

Cubero Plazas L, Martínez Peleteiro L.

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Las personas transexuales son hombres o mujeres que han padecido la difícil experiencia de haber crecido y sido educados/as en un rol de género opuesto al suyo verdadero, con todas sus consecuencias y con gran confusión emocional. Lo que más necesitan es lograr una armonía estable física y psíquica, y fijarla reafirmando su identidad de género. Ya desde la adolescencia e incluso la niñez, el proceso transexualizador, desde que se descubren tal como son, y hasta llegar a conseguir el sexo sentido y deseado, junto con una experiencia de la vida real que ha de llevarse a cabo, genera consecuencias emocionales personales inmediatas y profundas, donde la ansiedad y el estrés de la situación merman su estabilidad mental.

Este es un estudio cuasi-experimental antes-después; valora los cambios en el nivel de afrontamiento y manejo de la ansiedad, empleando una valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, la escala HRSA, y la escala SECHS. Pretende lograr un bienestar psicológico duradero, durante y después del proceso transexualizador, maximizar la adaptación psicológica y la posterior inserción social; proporcionará recursos psicológicos y sociales para afrontar el cambio de género, y tener armas para futuros afrontamientos de situaciones de ansiedad y estrés. Mejorará las habilidades sociales de estos pacientes, aumentará su autoestima y su integración social. Aprenderán técnicas de afrontamiento y manejo de la ansiedad durante los cambios en cada una de las etapas hasta llegar a la cirugía de reasignación de sexo, pasando por la experiencia en la vida real.

BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Coscollá Iranzo A¹, Caro Gabalda F, Calvo Penádes I,
López Montesinos B¹.

¹Unidad Reumatología Pediátrica Hospital Infantil La Fe, Valencia; ²Universidad de Valencia.

Objetivos. Explorar el estado psicológico de los adolescentes con enfermedades reumáticas e investigar las diferencias entre chicos y chicas.

Material y métodos. Cuarenta adolescentes (31 chicas y 9 chicos) pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia, con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, fueron evaluados empleando diversas medidas acerca de su estado psicológico.

La evaluación de los adolescentes se llevó a cabo a través de los siguientes cuestionarios: CDS. Escala de Depresión Infantil de Lang and Tisher, STAI y STAI-C Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo para niños de Spielberg, Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL 90-R), y la Lista de Problemas Conductuales Infantiles de Achenbach (CBCL).

Resultados. Los resultados indican la existencia de algunos problemas en el funcionamiento psicosocial. Los resultados de las pruebas psicológicas indican que esto es así especialmente en el caso de las chicas. La muestra presenta más problemas relacionados con la ausencia de capacidad para experimentar alegría, diversión, y felicidad que problemas relacionados con la depresión. Los chicos, aunque en menor medida que las chicas, presentan también problemas de ajuste psicosocial. En su caso destaca la dimensión hostilidad.

Conclusiones. La adolescencia aparece como un momento especialmente complicado para los jóvenes que deben hacer frente a la restricción de actividades deportivas y de ocio, dificultades escolares, dolor, fatiga, sobreprotección paterna, cambios en su imagen corporal debidos a la medicación y la incomprensión al padecer una enfermedad socialmente desconocida. Las conclusiones de este trabajo nos permiten establecer las principales líneas del tratamiento psicológico.



86 ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON FIBROMIALGIA

Coscollá Iranzo A², Caro Gabalda I¹, Calvo Penádes I², López Montesinos B².

¹Universidad de Valencia; ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos. Identificar los principales componentes de la terapia psicológica con adolescentes con un diagnóstico de fibromialgia.

Material y Método. Desde la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Infantil La Fe de Valencia hemos explorado la aplicación y la adaptación de las técnicas y procedimientos empleados en la terapia psicológica de pacientes adultos a los pacientes adolescentes.

Resultados. El protocolo de intervención psicológica con adolescentes con fibromialgia debería incluir los siguientes componentes (basado en Comeche, Diaz y Vallejo, 2005): 1) conocer las características de la enfermedad y los factores psicológicos vinculados a ella, 2) reestructuración cognitiva. Identificación de los pensamientos negativos sobre el dolor, la enfermedad y otros problemas de su vida; 3) identificar las situaciones que generan tensión muscular y utilizar la relajación; 4) identificar las principales emociones (ira, depresión y ansiedad) así como las situaciones en las que se manifiestan, 5) centrarse en las actividades abandonadas por culpa del dolor y recuperarlas gradualmente, recobrando así su estilo de vida habitual; 6) búsqueda de un actitud responsable de aceptación que fomente un equilibrio entre obligaciones, descanso y diversión; 7) aprender a controlar las emociones en distintas situaciones; 8) afrontamiento del insomnio y de la ansiedad ante los exámenes.

Conclusiones. Las conclusiones basadas en el tratamiento a lo largo de estos dos últimos años apuntan hacia la idoneidad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de adolescentes con fibromialgia. Especial mención merece la mejoría en la calidad de vida de los pacientes, la adaptación de las técnicas a las características de la adolescencia y la importancia de la instrucción parental.

ANÁLISIS DEL PATRÓN DE CONSUMO DE TÓXICOS EN ADOLESCENTES Y SU COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Muñoz MJ¹, Fatjó-Vilas M², Miñano MJ¹, Selva FJ¹, Toledo E¹, Martín M¹, Navarro E¹.

¹Unidad de Crisis de Adolescentes. C.A.S.M. "Benito Menni" ; ²Facultad de Biología. Universidad de Barcelona.

Introducción: El abuso de sustancias es un comportamiento de riesgo que cada vez debuta a edades más tempranas (PNSD, 2002) y en adolescentes frecuentemente se presenta comórbidamente con trastornos psiquiátricos (Armstrong y Costello, 2002).

Objetivos: i) estudiar la prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes ingresados por patología psiquiátrica, ii) analizar el patrón de consumo en relación al sexo y al diagnóstico.

Método: Se evaluaron un total de 143 pacientes (72H/71M, entre 12-17 años). A todos se les realizó un test de tóxicos al ingreso y una entrevista semiestructurada sobre el tipo e intensidad del consumo.

Resultados: El 30.8% no consumen tóxicos, el 68.5% consume tabaco y/o alcohol, el 34.3% consume además cannabis y el 20.3% consumen más tres sustancias. No se observaron diferencias entre sexos. Los grupos diagnósticos establecidos según DSM-IV-TR (39% trastorno de conducta, 20.6% de trastorno psicótico, 31.9% trastorno del estado de ánimo y 8.5% otros) presentaron frecuencias similares de consumo de tabaco y cannabis. Sin embargo, los pacientes con un trastorno de conducta presentan un mayor consumo de alcohol, cocaína y de otros tóxicos (heroína, sedantes y disolventes) ($p < 0.05$) y muestran más frecuentemente un perfil de policonsumo que los demás ($p = 0.01$).

Conclusiones: Se constata la asociación entre la presencia de psicopatología y un inicio más precoz de consumo de tóxicos. Asimismo, el trastorno de conducta parece estar asociado a un perfil de policonsumo, apoyando la idea de que las conductas de riesgo en la adolescencia tienden a covariar en su ocurrencia (Glantz, 1992; Kazdin, 1993).



PSICOSIS POSTICTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Pedreira Massa JL³, Pascual M², Campos JA¹, Faya M³,
Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³, Duat A³.

¹MIR Psiquiatría Hospital Psiquiátrico de Segovia; ²MIR Psiquiatría Hospital Universitario Virgen del Rocío; ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: Los síntomas comportamentales asociados a las descargas epilépticas están muy descritos en la literatura científica, entre ellos se incluyen alucinaciones, estados confusionales, ansiedad, descontrol conductual y síntomas afectivos. En muchas ocasiones estos síntomas son muy difíciles de aislar de la propia epilepsia e incluso de calificar como síntomas acompañantes o secuelas de la misma (Machanda, 2003). Pero la psicosis postictal, muy descrita en la edad adulta, se caracteriza por la existencia de un intervalo lúcido tras la crisis epiléptica y tras la regulación medicamentosa de dicho proceso, tras dicho periodo aparecen síntomas de la serie psicótica. Cuadro muy descrito en la etapa adulta, en los últimos años han aparecido algunas publicaciones comunicando en total una treintena de casos en la etapa infanto-juvenil, a esta casuística nosotros podemos añadir estos casos que representarían casi el 10% del total publicado.

Material y métodos: Los casos han sido seleccionados de una prevalencia anual de los ingresos psiquiátricos acontecidos durante el año 2006 en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del HNJS. Entre ellos hemos seleccionado aquellos casos compatibles con el diagnóstico de crisis psicótica y que había aparecido en un periodo comprendido entre 3-7 días tras la aparente yugulación de un periodo de crisis epilépticas. Para llegar a dicho diagnóstico se establecía por la clínica psicótica y la realización de un video-EEG.

Resultados y comentarios: En todos los casos que presentamos la forma prioritaria de presentación fue una clínica comportamental desorganizada y con agitación, acompañada de síntomas deliriosos y alucinatorios, así como conductas reiterativas y bizarras y otras alteraciones sensorio-perceptivas. Durante el ingreso se introdujeron neurolepticos atípicos que hubo que compaginar de forma equilibrada con el tratamiento antiepiléptico, de tal suerte que se yugularan tanto la clínica psicótica como la actividad epileptógena.

Conclusiones: En la etapa infanto-juvenil el diagnóstico de psicosis postictal está iniciando a aportarse, al

menos en la bibliografía científica. El criterio dominante es un proceso epiléptico que cuando tiene yugulado el proceso clínico y la actividad bioeléctrica aparece más normalizada, tras un periodo libre comprendido entre 3-7 días, se inicia una clínica de la serie psicótica y en el video-EEG aparece una actividad definida como espiga y cuya localización fundamental es en hemisferio temporal o tèmpero-parietal. El tratamiento suele combinado de antiepilépticos y neurolepticos. Apotamos estos casos que suponen casi el 10% del total comunicado en la literatura científica internacional.



88 PSICOSIS TÓXICAS VERSUS PSICOSIS DESENCADENADAS POR CONSUMO DE TÓXICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Pedreira Massa JL¹, Ochoa,R², Ribé JM¹, Gutiérrez S³, Faya MM³, Martínez Cantarero C³, Graell Berna M³.

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles; ²Instituto Nacional de Pediatría;³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: Existe un gran debate si el consumo de sustancias de abuso produce trastornos psicóticos o, si por el contrario, los tóxicos actúan sobre una vulnerabilidad previa y desencadenan la aparición de trastornos psicóticos. Lo cierto es que, por uno u otro mecanismo, los ingresos por esta causa se han incrementado en los últimos años y esta es la razón de realizar esta comunicación: presentar la experiencia de una unidad de hospitalización paidopsiquiátrica en atender primeros brotes psicóticos en pacientes que previamente habían consumido sustancias de abuso.

Material y métodos: Los casos han sido seleccionados de una prevalencia anual de los ingresos psiquiátricos acontecidos durante el año 2006 en la unidad de hospitalización psiquiátrica infantil del HNJS. Entre ellos hemos seleccionado aquellos casos que ingresaban por un primer brote psicótico y que habían consumido sustancias de abuso durante, al menos, tres años de anterioridad. Para llegar a dicho diagnóstico se establecía por la clínica psicótica, la historia clínica y la determinación de tóxicos por parte del laboratorio del HNJS.

Resultados y comentarios: En todos los casos que presentamos la forma prioritaria de presentación fue una clínica comportamental con agitación, acompañada de síntomas delirantes y alucinatorios con contenido referencial o megalomaniaco, así como conductas bizarras y otras alteraciones sensorio-perceptivas. El tóxico más utilizado fue el cannabis y sus derivados, seguido de la cocaína y de drogas de diseño. Durante el ingreso se trató con neurolepticos atípicos y al alta se recomendó asistir aun Hospital de día psiquiátrico para adolescentes.

Conclusiones: El incremento del uso de sustancias de abuso en la etapa infanto-juvenil es un problema epidemiológico, sobre todo por la tolerancia social y la baja percepción del riesgo de uso en la población diana. Pareja a esta situación estamos comprobando un incremento de primeras crisis psicóticas en consumidores que iniciaron precozmente el uso de las sustancias (sobre los 11 años). Nos alejamos de la opinión de que este cuadro sea meramente el concebido como psicosis tóxicas, sino que

creemos más bien que, por nuestros datos clínicos, el consumo de sustancias es un desencadenante de una vulnerabilidad previa en estos sujetos. La sustancia más consumida resulta ser el cannabis. La intervención terapéutica debe ser prolongada y se utilizarán dispositivos intermedios tras la hospitalización.



ENFERMERÍA EN LA INTERACCIÓN BIOPSI-COSOCIAL

González Somalo R¹, Nóvoa Pérez J².

¹E.U.E. Universidad de La Rioja; ²E.U.E. Universidad de Valencia.

Introducción. El concepto de salud mental abarca un conjunto de aspectos que van más allá de la ausencia de enfermedad mental; estar mentalmente sano significa mantener un equilibrio adecuado entre necesidades y grado de satisfacción de las mismas, que además depende de cómo nos sentimos con nosotros mismos, en nuestras relaciones con los demás y cómo respondemos a esas exigencias que se nos plantean.

Objetivos. Dotar a los niños de habilidades y cobertura necesarias para afrontar sus exigencias de salud biopsicosocial.

Si el entorno afectivo inmediato del niño no sabe o no puede proporcionárselas, proponer que los profesionales de la salud asuman como objetivo una actuación integral sobre el pequeño universo que rodea al niño y los satélites que ejercen su influencia sobre él.

Desarrollo. Esta actuación multidisciplinar abarcará un amplio abanico de factores etiológicos para conformar un anillo de actuaciones vertebradas alrededor del niño y que estén presentes en los escenarios en los que éste se desenvuelve.

Esta unidad de acción pretende una mayor autonomía del niño, mejora del ambiente familiar, descenso del fracaso escolar y menor demanda de consultas de salud mental; y exige la participación de profesionales que ofrezcan conexión y continuidad a todas las intervenciones.

Conclusiones. El profesional enfermero añade a su vocación de promoción y prevención de la salud una presencia versátil y cercana en diversos escenarios y un enfoque integral de la salud y del individuo, que pueden ser aprovechados para generar la interacción y cohesión de las intervenciones terapéuticas a realizar.

RESULTADOS DEL ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL A HIJOS DE MUJERES MALTRATADAS

89

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

Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducción. Presenciar situaciones violentas entre adultos de forma intermitente tanto directa como indirectamente, sin explicaciones de lo ocurrido y la falta de control sobre la situación, hace que los niños tiendan a presentar ciertas alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales. Los hijos/as también sufren los malos tratos. Una intervención terapéutica adecuada y un buen apoyo familiar y social, son fundamentales para el sano desarrollo de los menores, evitando así que el antecedente inmediato de maltrato, afecte en la vida adulta llegando a transmitirse a sucesivas generaciones.

Objetivos del estudio.

- Describir el perfil clínico de niños víctimas de violencia doméstica y disminuir la sintomatología observada.

- Expresión gradual de situaciones que conlleven emociones intensas desde un lenguaje digital a un lenguaje analógico; resolución de situaciones o conflictos a nivel individual y grupal.

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

Procedimiento. Muestra: 6 niños: un niño y 5 niñas. Edades: 9 a 11 años.

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

Encuadre: Se llevó a cabo en septiembre '06 - junio del 07' en el Servicio de psiquiatría, en la Clínica Infantil del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Las sesiones eran quincenales con una duración de 1h y media. Se realizó durante 11 meses, con 2 psicoterapeutas. Paralelamente se realizaba otro grupo terapéutico con las madres.

Evaluación y material utilizado: STAI/IC, CEDI-I y CEDI- II, Test de percepción de las diferencias (caras), puntos a contar de rey, Conners, Edelbrock, ADHD rating scale, Cuestionario CBCL de Achenbach, TAMAI, Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), Cuestionario de Autoconcepto (CAG), Escala de gravedad del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa y cols., 1997) (Adaptado a muestra infantil), Escala pediátrica de estrés emocional PEDS, Escala de Inadaptación (Echeburúa,



90 Corral y Fernandez-Montalvo, 2000), Test Conducta - Objetivo.

Resultados: comparación de los tests y los retests

- STAIC: Bajada de la ansiedad rasgo. Bajada ligera la ansiedad estado.

- CEDI: El sentimiento de fracaso ha desaparecido. Aumento del déficit operativo en el área escolar.

- TDAH: Persisten los signos de disatención en unos y de hiperactividad en otros, no observándose el cuadro entero. Atribuibles a manifestaciones comportamentales de ansiedad y depresión.

- CBC: Se mantiene las manifestaciones de retraimiento social y conducta internalizante (inhibición).

- TAMAI: Aumento de la conciencia de haber padecido maltrato paterno. Percepción de las diferencias educativas entre el padre y la madre. Sentimientos de insatisfacción familiar. Y, al tiempo, se consideran ajustados al ambiente familiar.

- La autoestima continua positiva.

- TEPT de Echeburúa: no presentan sintomatología significativa.

- PEDS (medición del TEPT infantil): bajada de la sintomatología de estrés postraumático. Menos en uno de los casos, que se encuentra en peor situación por tener contacto con el enfermo mental.

Conclusiones:

- Los temas que hacen referencia directa al maltrato psicológico sobre ellos, como integrantes de su familia, no han sido explicitados verbalmente ni por escrito. Bloqueándose.

- Sí han podido reconocerse y explicitarse las situaciones de tensión familiar y han asociado a ello la pérdida del padre.

- Mejor percepción de la distocia familiar y de la disintonía de los padres con el consiguiente caos educativo.

- Ha habido una mejora del estado emocional de sus integrantes: bajada de la ansiedad y de la depresión. Adaptación equilibrada a la situación conflictiva.

EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL DE PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Gimillo Asensio J, Blanco Vicario F, Morande Lambin G, Olmedo J, Moratalla, M.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción: El presente trabajo muestra los aspectos terapéuticos más importantes del tratamiento de adolescentes mujeres con trastorno límite de personalidad. Durante 2 años y en el marco institucional del Hospital del Niño Jesús de Madrid y que se desarrolla de forma ambulatoria la asistencia de severos trastornos emocionales.

Objetivos: 1.- mostrar un modelo asistencial que las patologías graves de la personalidad, un trabajo a través del espacio grupal (hospitalización, grupo con padres, grupo de pacientes de orientación psicodinámica, grupo psicoeducativo). 2.- análisis de las características más importantes del funcionamiento psíquico de estos pacientes, en los que predomina los mecanismos de control omnipotente, defensa ante lo depresivo y mediante la acción, utilización de la escisión y de la proyección masiva, uso de mecanismos de defensa muy primitivos como son la negación y la identificación proyectiva; hacia una evolución de funcionamiento psíquico más adulto e integrado. 3.- desarrolla las modificaciones técnicas grupales más importantes para trabajar con patologías narcisistas desde la orientación de W.R-BION.

Desarrollo: a través del análisis del tratamiento de 15 pacientes mediante este dispositivo asistencial se evidencia las modificaciones conseguidas tanto a nivel individual como a través de los aspectos relacionales en el grupo; así como los aspectos clínicos y de la técnica psicoterapéutica que se evidencian en la patología límite de personalidad.

Conclusiones: 1.- necesidad de un funcionamiento asistencial amplio que generalmente precisa de la hospitalización a lo largo del tratamiento; 2.- el beneficio de la utilización de técnicas interpretativas de la psicoterapia psicodinámica de la patología narcisista (O. Kernberg, W.R.Bion etc.) 3.- el importante trabajo de mentalización y de técnicas que conduzcan a ello. 4.- la necesaria integración en el tratamiento de otros espacios de orientaciones terapéuticas no propias de la psicoterapia profunda, 4.- Evidenciar las dificultades que a lo largo del tratamiento se producen y en especial las relativas al equipo terapéutico.



TEMAS DE INTERÉS DE LAS FIGURAS MATE- RNAS ACERCA DE LOS TRASTORNOS MENTA- LES EN LA PRIMERA INFANCIA

Pedreira Massa JL², Gutiérrez S², Suárez R¹, Faya M².

¹Hospital Central de la Defensa; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: El trabajo grupal con las figuras maternas en los trastornos de la primera infancia nos acerca de forma fundamental a la calidad de las interacciones madre-bebé. Esa calidad se consigue en la exteriorización y verbalización acerca de los puntos de interés que tienen las familias acerca de su hijo, pero también del porvenir de su hijo en concreto. La técnica que empleamos en nuestro abordaje grupal creemos que ha facilitado en gran medida la verbalización de estos puntos de interés y permite que el trabajo grupal adquiera una dimensión preventiva de gran relevancia.

Material y métodos: El grupo de figuras maternas proviene de las madres de los niños que acuden al Hospital de Día de primera infancia (3-6 años). La periodicidad del grupo es semanal, con una duración de 1h 30min. Se constituye como grupo abierto y la técnica empleada es mixta: psicoeducación (similar a la descrita por Faloon) y de grupo operativo (Pichon Rivière y Bauleo). La primera sesión se realiza con la técnica de “tormenta de ideas” para seleccionar los temas de interés en el aquí y ahora grupal, en dicha sesión se ordenan los temas y se prioriza la secuencia de abordar los temas, dichos temas son expuestos al grupo por la madre que ha sugerido el tema en la fase de tormenta de ideas.

Resultado y discusión: La continuidad está asegurada, pues su asistencia es total a prácticamente todas las sesiones, existiendo casi ninguna ausencia en cada una de las sesiones y ningún abandono. No es extraño que tras ser dado de alta el niño del Hospital de Día la figura materna solicite continuar asistiendo al grupo de madres, de forma habitual se acepta su permanencia en el grupo. Su grado de participación resulta elevado y su preparación del tema es variado, transmitiendo con facilidad su comprensión del problema y la ansiedad que les genera. Temas como el porvenir/pronóstico, la actitud de los demás niños y mayores ante el problema de su hijo, la posibilidad de comunicarse con sus hijos y la capacidad de comprensión de éstos, la salida al “parque” adquieren un máximo de relevancia, junto con todos y cada uno de los síntomas de su proceso. Conclusiones: Abordar estos problemas con esta técnica permite tratar los temas relevan-

tes de importancia para cada agrupamiento que se realiza y, por lo tanto, adquieren una dimensión preventiva de gran relevancia. Es desde esta dimensión preventiva que se puede abordar, con posterioridad, la forma concreta de intervenir en cada caso en concreto.



92 SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LONDRES

Octavio del Valle I, Taylor E.

King's College at Maudsley. Institute of Psychiatry

Introducción. El número de problemas de Salud mental en niños y adolescentes está en ascenso. Los servicios de hospitalización de Salud Mental infantil en Londres atienden a menudo creciente. Los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes en el área de Londres están centrados en la atención comunitaria. Existen unidades de hospitalización según la edad de desarrollo y condición de salud mental presente.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la red de unidades de hospitalización para niños y adolescentes en el Área de Londres.

Desarrollo. Los problemas de la población infantil y adolescente son a menudo altamente complejos, implicando enfermedades de salud mental y con frecuencia, serios problemas sociales, familiares y trastornos cerebrales. Problemas como depresión, psicosis, trastornos de alimentación son a intensos y persistentes, requiriendo en ocasiones la necesidad de servicios de hospitalización para este sector de la población.

Las unidades de hospitalización en Londres están organizadas en función de la edad del niño o adolescente y problemas presentes. En ellas, es atendida la población de Londres y de aquellas áreas del resto del país que carecen de servicios especializados.

Las Áreas de Atención Primaria (Primary Care Trust) del Sistema Nacional de Salud proveen los medios económicos y gestión para el desarrollo de servicios especializados, en este caso de Salud Mental, en función de las necesidades de la población que atiende.

Conclusiones. Esta población requiere la existencia de unidades de ingreso especializadas y bien organizadas para las necesidades según la edad de desarrollo y trastornos de salud mental según menciona la ley de asistencia al menor vigente en el país.

NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE LONDRES

Octavio del Valle I¹, Taylor E², Banton R¹.

¹London Specialised Commissioning Group; ²King's College at Maudsley. Institute of Psychiatry.

Introducción. Las unidades de hospitalización infantil en Londres atienden a la población de Londres y algunas de ellas son también de referencia nacional. La gestión de las camas la realiza cada Área de Atención Primaria. La fragmentación progresiva de estas áreas hasta las 31 actuales, junto con otras circunstancias, han hecho que la provisión y gestión de servicios adecuados de hospitalización en Londres para niños y adolescentes con problemas de salud mental sea de gran complejidad. En este contexto y en el de cambios en la ley de atención al menor el Departamento de Salud del Sistema Nacional de Salud (NHS) realiza un estudio sobre los ingresos en Londres en el periodo de tiempo de 2004-2008.

Objetivo. En este trabajo se presentarán datos clínicos de las hospitalizaciones en niños y adolescentes realizadas en unidades de hospitalización del NHS y privadas, durante 2004-2008.

Material y Método. Estudio descriptivo transversal en las unidades de agudos del NHS y privadas en Londres durante 2004-2008. Se presentarán datos clínicos sobre las características de estos ingresos.

Resultados. Se ha llevado a cabo el análisis estadístico de la muestra de pacientes recogida.

Datos sobre las características clínicas de los pacientes atendidos en las unidades de agudos de Londres durante 2004-08, dada las normas vigentes de uso y manejo de datos de proyectos en proceso de realización del Departamento de Salud, y las también referidas a datos confidenciales y que involucran a pacientes.



CRISIS CONVERSIVAS EN LA HOSPITALIZACIÓN PAIDOPSIQUIÁTRICA

Campos JA¹, Pedreira Massa JL², Pascual M¹, Pedreira Massa JL², Pascual M³, Gutiérrez S⁴, Faya MM⁴, Martínez Cantarero C⁴, Graell Berna M⁴.

¹Hospital General de Segovia; ²Hospital Infantil UNiversitario Niño Jesús; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío; ⁴Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Introducción: En los últimos meses hemos venido observando un repunte de la clínica conversiva en niños y adolescentes, teniendo en cuenta los ingresos que se han producido en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Niño Jesús de Madrid.

Material y Método: Del total de caso que cumple criterios de clínica conversiva y que han ingresado en la UHB del Hospital Niño Jesús de Madrid, se analiza la historia, recogiendo diferentes variables tales como género, edad, número de orden en la fratría, forma de presentación, características clínicas, pruebas complementarias realizadas...

Resultados y Conclusión: La mayoría de las formas de presentación fueron como clínica neurológica. Habían tenido varios diagnósticos clónicos previo a su ingreso definitivo en la UHB. La gran mayoría fueron dados de alta sin ningún tratamiento farmacológico especial, remitiéndose para tratamiento psicoterapéutico a su Centro de Salud Mental correspondiente. Nos parece una buena oportunidad para volver a revisar y analizar los trastornos conversivos (¿Histeria?) de forma más detenida y profunda en niños y adolescentes.

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LOS NIÑOS Y EN SUS PROGENITORES.

Cortijo M*, Ochando G**, Pereda A*, Loño J**

Hospital Universitario Infantil la Fe, Valencia. *Servicio de Gastroenterología Infantil. ** Servicio Paidopsiquiatría.

Introducción: Diversas investigaciones están aportando evidencia de la importancia de los factores psicológicos (acontecimientos vitales estresantes, trastornos psiquiátricos y factores de personalidad) en el transcurso de las enfermedades inflamatorias intestinales. Pero, ¿podemos asociar la aparición de factores estresantes con la actividad de la enfermedad?, ¿están la ansiedad y la depresión presentes a lo largo de todo el curso de la enfermedad?, ¿existe algún tipo de personalidad que nos predispone al desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal?

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo de los factores de personalidad de los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y sus progenitores, valorando tanto los rasgos de personalidad como las variables psicopatológicas ansiedad y depresión en el proceso de la enfermedad.

Material y métodos: Incluimos 15 pacientes pediátricos de la unidad de Gastroenterología de nuestro hospital, con EII. 8 niños con media de edad de 11,00 años (rango 5-17) y 7 niñas con media de edad de 13,29 años (rango 7-17). Criterios de inclusión: Diagnóstico de una EII, y menor de 18 años. Criterios de exclusión: Negativa a colaborar en la elaboración de cuestionarios, ó en remisión completa de enfermedad. Dos grupos: a) 9 pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) y b) 6 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). Instrumentos de evaluación: entrevista estructurada y los cuestionarios: a) Niños: CDI, STAIC, TAMAI, y EPQ-J y b) Progenitores: HAD, BECK, y CAQ.

Resultados: El 16,67% presentaron depresión, y el 33,33% ansiedad. Un 50% de los padres referían síntomas depresivos y el 40% ansiedad. Factores de personalidad, en los niños: el 16,7% puntuaron en la escala de neuroticismo o emotividad, el 41,7% puntuaron en introversión, el 33,3% puntuaron en el factor dureza, y el 50% puntuaron en la escala sinceridad. Progenitores: el 75,00% puntuaron en hipocondriasis, el 66,67% en depresión suicida, el 50,00% en depresión ansiosa y el 83,33% en depresión baja de energía. El 66,67% puntuaron en culpabilidad-resentimiento y el 75,00% en apatía-retirada.



- 94 La escala paranoia, puntuaron en un 50,00 %, el 58,33 % en esquizofrenia y en desajuste psicológico el 66,67%.

Conclusiones: Los progenitores presentaron puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión, con rasgos de personalidad elevados en hipocondriasis, conductas depresivas, y de apatía impidiendo un ajuste psicológico positivo al proceso de enfermedad del hijo/a. Los pacientes puntúan alto en neuroticismo e introversión, coincidiendo con la literatura existente. Existe una ineludible necesidad de que estos pacientes reciban desde el diagnóstico apoyo psiquiátrico, imprescindible para el mejor ajuste a la enfermedad, y mejora de su calidad de vida. Esta necesidad se amplía a sus progenitores, debido a la comorbilidad que presentan.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS MENORES

Mestre V, Samper P, Tur AM, Cortés MT, Molina B, Orero A.

Dpto. Psicología Básica. F. Psicología. Universitat de València.

Resumen

La investigación sobre las consecuencias psicológicas de la violencia de género muestra resultados concluyentes sobre los efectos que tiene en la mujer y también en los menores que la viven como observadores, o en muchos casos son maltratados junto a sus madres. En el estudio que aquí presentamos se ha evaluado a un total de 121 menores (hijos/as acogidos/as con las madres en Centros de Servicios Sociales Especializados). Los menores han sido evaluados según su edad cronológica a través de la observación, la información de las madres y/o cuestionarios de autoinforme dirigidos a registrar el nivel de desarrollo madurativo del menor, así como su estado psicológico y el impacto de convivir con la conflictividad familiar y la violencia. Los resultados de la evaluación realizada a los/las menores acogidos/as en los Centros con sus madres, que han compartido los malos tratos hacia la madre o han sido observadores de la violencia hacia ella en el ámbito familiar muestran que presentan en porcentajes elevados problemas en su autoconcepto, sintomatología depresiva, inestabilidad emocional, expresiones de ira como respuesta ante los conflictos y dificultades de autocontrol. Los más pequeños muestran retraso en su desarrollo madurativo especialmente en el área adaptativa que evalúa los recursos de que dispone el menor para adaptarse a las situaciones nuevas en la vida cotidiana. Los resultados obtenidos ponen de relieve la necesidad de ofrecer una atención psicológica a las madres y a sus hijos/as víctimas de violencia.

Investigación realizada a través de un Convenio entre la Fundación Tolerancia Cero (Conselleria de Benestar Social) y la Universitat de València.



UNIDAD DEL NIÑO INTERNACIONAL. ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO ADOPTADO Y/O INMIGRANTE: UN RETO A NUESTRO ALCANCE.

Ochando G¹, Peris S¹, Millán MC², Otero C³, Nuño A⁴, Monteagudo E⁵, Santos M⁶, Llinares L⁷, Aracil A⁸, Forment C⁸, Magna M⁸, Tarazona MC⁸, de Loño J¹.

1 Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 2 Pediatría E.A.P. CS Alacuás. 3 Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 4 Unidad de Urgencias. Hospital Infantil La Fe. Valencia. 5 Coordinador Atención Primaria-Hospital Infantil La Fe. Valencia. 6 Unidad Microbiología. Hospital La Fe. Valencia. 7 Departamento de Psicología Social. Universidad de Valencia. 8 Servicio Postadopción. Consellería de Bienestar Social. Valencia.

Se han descrito como efectos adversos raros en pacientes tratados con valproato: encefalopatía, hepatotoxicidad, supresión medular.

Objetivos: Se pretende describir en pacientes tratados con valproato e hiperamoniemia, la sintomatología confusional para realizar diagnóstico diferencial, definir el control y manejo de la misma.

Método: Se realiza una descripción psicopatológica y clínica de dos casos en tratamiento con valproato que presentaron clínica de encefalopatía aguda con hiperamoniemia en nuestra unidad.

Resultados: Varón de 12 años que ingresa por clínica afectiva orientándose de trastorno bipolar inespecífico. Se introduce quetiapina hasta 800mg/día y valproato como eutimizante hasta 1200mg/día. El paciente inicia somnolencia, disminución atencional, inhibición psicomotriz, astenia, apatía, temblor distal, molestias abdominales llegando a presentar estado confusional. Se realizó analítica obteniendo valores de amonio de 111 uMol/l (9-33), orientándose de encefalopatía hiperamoniémica. Se retiró valproato con remisión paulatina de la sintomatología y normalización de los niveles de amonio. Se realizó estudio de aminoácidos y de enzimas para estudio del ciclo de la urea. El segundo caso, es mujer de 17 años que ingresa por episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. En tratamiento con olanzapina 20 mg/día y clomipramina 150mg/día, durante el ingreso se diagnostica epilepsia mioclónica juvenil iniciando valproato hasta 600mg/día, se objetiva disminución atencional, enlentecimiento psicomotor y temblor distal. Amonio de 89 uMol/L, se sustituye tratamiento por carbamazepina.

Conclusiones: Proponemos control sistemático de niveles de amonio si inicio tratamiento/aumento dosis y monitorizar clínica encefalopática para identificar encefalopatías hiperamoniémicas como efecto adverso.

Introducción: La población infantil española ha crecido en los últimos años gracias al fenómeno de la inmigración y de la adopción. La Comunidad Valenciana se ha perfilado como una zona destacada de recepción de este grupo de población. Junto a los problemas sanitarios se plantean retos psicosociales que provienen de la diversidad cultural y socioeconómica. La infancia resulta relevante ya que si se obtienen los cuidados que precisan (epidemiológicos, infecciosos, oportunidades de crecimiento psico-social y desarrollo adecuado) pasan de ser “población de riesgo” a “población normalizada”.

Objetivos: El objetivo de la Unidad del Niño Internacional es aunar las intervenciones realizadas sobre estos niños en una unidad integrada en la estructura orgánica de nuestro hospital y funcionalmente jerarquizada en el Servicio de Pediatría.

Desarrollo: La intervención será primordialmente sanitaria y abordará las instancias relevantes para el menor que le permitan una adecuada inserción en el sistema médico, social y educativo. Estará constituida por tres servicios: el servicio médico y psiquiátrico, el servicio de apoyo a la familia adoptiva y el servicio psicopedagógico.

Conclusiones: Nos encontramos actualmente con un reto sanitario, psicopedagógico y social que es necesario resolver de forma unificada: un enfoque multidisciplinar es la clave del éxito y los equipos interdisciplinarios su instrumento.



96 TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN POBLACION
INFANTIL INMIGRANTE. UNA PATOLOGÍA
EMERGENTE EN UN NUEVA POBLACION

Millán M, Ochando G, Peris S, Loño J.

Unidad de Salud Mental Infantil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción. El flujo progresivo de población inmigrante a nuestro país ha desencadenado una emergente prevalencia de psicopatología ante dificultades de adaptación familiar, social y escolar, que obliga a elaborar protocolos de prevención y detección.

Objetivos. Establecer un protocolo de detección precoz y tratamiento de Trastornos Adaptativos y psicopatología derivada en población infantil inmigrante, implicando a pediatras de atención primaria y profesionales de la educación en centros escolares.

Estimación de la prevalencia actual de Trastornos Adaptativos en dicha población y evaluación de la eficacia y dificultades del protocolo diseñado.

Detección de factores de protección y de riesgo para generar actividades preventivas.

Metodología. El ámbito de aplicación comprenderá todos aquellos centros escolares y ambulatorios pertenecientes al área de salud de influencia de nuestro centro hospitalario.

Plan de trabajo

1ª FASE: elaboración y divulgación de un protocolo de detección y derivación de Trastornos de Adaptación y psicopatología derivada a nivel escolar y a nivel de pediatría ambulatoria. Establecer redes de comunicación entre tutores, pediatras de atención primaria y la Unidad Hospitalaria de Salud Mental Infantil.

2º FASE: confirmación diagnóstica y actividades terapéuticas y de seguimiento sobre la muestra poblacional derivada.

3ª FASE: estimación de prevalencias y evaluación de deficiencias en el protocolo aplicado mediante reuniones con representantes de los distintos niveles de actuación

4º FASE: divulgación de resultados, promoción de actividades preventivas a nivel escolar y sanitario.

¿ES VÁLIDA LA ESCALA EDAH EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LAS AULAS?

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

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

Introducción: Las Escalas EDAH (Escala Déficit de Atención e Hiperactividad) pueden utilizarse en una primera fase del diagnóstico como screening o, en una fase más avanzada para valoración y seguimiento de los efectos terapéuticos. Se trata de un instrumento de gran sencillez tanto por el tipo de material utilizado como por la facilidad de corrección y puntuación.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar si a través del cuestionario EDAH para profesores podemos realizar una detección temprana del TDAH, concretando si la proporción de casos con riesgo de TDAH en el EDAH coincide en su mayor parte con los casos confirmados posteriormente en la consulta.

Material y Método: El tamaño muestral (N) fue 2232 niños (7 y 14 años) de 8 colegios de nuestra área de salud. La recogida de datos se realizó en una primera fase en los centros escolares, mediante la realización de Cuestionarios EDAH para Profesores. Posteriormente se evaluaron los casos con riesgo moderado o elevado de TDAH en la consulta mediante Historia Clínica detallada, Cuestionarios EDAH para Padres y valoración de Criterios Diagnósticos DSM-IV.

Resultados: Obtuvimos riesgo moderado o elevado de TDAH en el cuestionario EDAH realizados por profesores en 9,3% (208 niños). De ellos acudieron a la consulta 85 para confirmación diagnóstica. Se diagnosticó TDAH en 73% (62 pacientes), descartándose en 27% (23 pacientes). La media del EDAH profesores entre los que confirmamos el diagnóstico fue 40.35, y entre los que no fue 36.13. Comparamos ambas variables con la Prueba T, encontrando una diferencia significativa (p – valor = 0.007). Los alumnos diagnosticados obtuvieron mayor puntuación en el EDAH profesores que en los que no se confirmó el diagnóstico.

Discusión: Elegimos esta prueba ya que para el profesor supone poco esfuerzo, los ítems son pocos y de fácil comprensión siendo la inversión de tiempo mínima. El evaluador hace una rápida valoración cuantitativa, la subclasificación en los diferentes subtipos clínicos permite dar orientaciones en base a una evaluación cualitativa y



posibilita establecer los límites entre TDAH y trastorno de conducta.

Conclusiones: La realización de escalas de evaluación son importantes para confirmar la sintomatología en varios ambientes y aportan información cuantitativa (grado de afectación) y cualitativa (subtipo clínico). Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el papel de maestros y equipos psicopedagógicos en centros escolares para detectar niños y niñas con TDAH. Nadie como ellos se encuentra en mejor condición para evaluar al niño al poder observarlo en una situación de exigencia continuada de atención realizando tareas académicas y en comparación constante con otros niños de su edad. Por lo tanto, es fundamental sensibilizarlos respecto a los indicadores de riesgo que puede manifestar su alumnado para que se inicie el estudio diagnóstico del TDAH.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

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

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno complejo que se caracteriza por producir gran impacto en la infancia y en la edad adulta en áreas cognitiva, emocional y social y en las familias de estos niños.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar la prevalencia actual de TDAH en la Comunidad Valenciana.

Material y Método: El tamaño muestral (N) fue 2232 niños entre 7 y 14 años, de 8 colegios de nuestra área de salud. La recogida de datos se realizó en una primera fase en los centros escolares, mediante la realización de Cuestionarios EDAH (Evaluación Déficit de Atención e Hiperactividad) para Profesores. Posteriormente se evaluaron los casos con riesgo moderado o elevado de TDAH en la consulta de Salud Mental Infantil mediante Historia Clínica detallada, Cuestionarios EDAH para Padres y valoración de Criterios Diagnósticos DSM-IV.

Resultados: En relación a la Prevalencia del TDAH en nuestra población afirmamos, con un nivel de confianza del 95% (0.021, 0.035), que la estimación conservadora se encuentra entre el 2.1% y el 3.5%.

Discusión: El diagnóstico del TDAH es un proceso controvertido, que puede condicionarse por el sistema de clasificación diagnóstica, el instrumento de medida, la población elegida y la fuente de información. Esta disparidad de factores se pone de manifiesto en los estudios epidemiológicos, donde los índices de prevalencia varían entre el 1% y el 30%, aunque la mayoría de los estudios la sitúan entre un 3 y un 7%.

Conclusiones: La Prevalencia del TDAH en nuestra población está entre el 2.1% y el 3.5%. En nuestra muestra encontramos diagnosticados con anterioridad al inicio del estudio un 1,1% del total por lo que podemos presuponer que dicho trastorno se encontraba infradiagnosticado en nuestra muestra poblacional.



**98 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
CON HIPERACTIVIDAD: ¿EXISTE EL SUBTIPO
HIPERACTIVO-IMPULSIVO?**

Ochando G, Peris S, Millán MC, de Loño J.

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

Introducción: Según la clasificación del Manual DSM-IV se define el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como una alteración del desarrollo de inicio en la infancia; aunque no todos los portadores del trastorno muestran homogeneidad sintomática. Es posible encontrar niños con afectación específica de la atención sin o con muy poco compromiso de los otros síntomas nucleares (impulsividad e hiperactividad). Según predominen los síntomas de hiperactividad-impulsividad, de desatención o ambos, puede diagnosticarse de TDAH con predominio inatento, TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo y TDAH combinado.

Material y Método: Para la realización de nuestro estudio descriptivo evaluamos los subtipos diagnósticos encontrados en 62 pacientes con edades comprendidas entre 7 y 14 años con diagnóstico de TDAH.

Resultados: En cuanto a los subtipos TDAH encontramos que de los pacientes diagnosticados de TDAH: el 56.5% correspondieron al subtipo combinado, el 38.7% correspondieron al inatento, y finalmente el 4.8% correspondieron al hiperactivo-impulsivo. Los intervalos de confianza para los tipos de TDAH en nuestra muestra con un nivel de confianza del 95% fueron: TDAH-combinado: (0,009, 0,022) prevalencia entre el 0.9% - 2.2%; TDAH-inatento: (0,005, 0,016) prevalencia entre el 0.5% - 1.6%. La prevalencia del TDAH-hiperactivo fue tan baja, que podría cuestionarse que exista tal subtipo.

Discusión: Encontramos una escasa proporción de TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo, lo que estaría a favor de las últimas revisiones que se vienen realizando a la clasificación DSM-IV en las que se analiza si el subtipo hiperactivo-impulsivo es una forma evolutiva del combinado en sus fases iniciales. Para corroborar este hallazgo sería conveniente aumentar el tamaño muestral a fin de descartar la posibilidad de sesgo de nuestro trabajo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos de la distribución del TDAH según sus subtipos clínicos son congruentes con otros estudios, en los que afirman que el TDAH combinado es el subtipo más frecuente, siendo el menos frecuente el subtipo hiperactivo-impulsivo. Sugerimos como investigaciones futuras el profundizar en el estudio de dicho hallazgo.