



“Qué mal pero qué bien”

Síndrome del ligamento arcuato medio en el diagnóstico diferencial del TCA

Muñoz Domenjó, Andrea (1), Jiménez García, Raquel (2) Agaç, Ümmühan Nilay (3), Gutiérrez Priego, Silvia (1) Vegazo Sánchez, Esmeralda (3)

1. Servicio de Psiquiatría y Psicología Hospital Infantil Universitario Niño Jesús ; 2. Servicio de Pediatra - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús 3. Servicio de Psiquiatría Bursa Uludağ Üniversitesi

Introducción

El dolor abdominal que limita la ingesta alimentaria puede ser un síntoma de presentación en algunos trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estos casos son un reto diagnóstico y terapéutico. La mala evolución obliga a la ampliación del diagnóstico diferencial, especialmente en casos cuya clínica no es congruente. Presentamos un caso de Síndrome de ligamento arcuato medio (SLAM) en una paciente con diagnóstico previo de sospecha de TCA.

Descripción del caso

Adolescente de 14 años, previamente sana, trasladada a Unidad de Hospitalización de TCA tras más de 60 días ingresada en otros centros con sospecha de TCA. Presentaba pérdida ponderal progresiva en contexto de dolor abdominal epigástrico postprandial que limitaba la ingesta y el siguiente cuadro y evolución:

Predisponentes:

- A. Familiares TCA: madre y hermana.
- Tendencia internalizante.
- Somatizaciones previas.
- AP Salud mental: ansiedad reactiva separación padres.

Precipitantes:

- Dieta restrictiva H. Pylori y disminución ponderal
- Cambios en grupos de amigos (más aislada).
- Conflicto con hermana.

Síntomas sospecha TCA:

- Restricción progresiva
- Desnutrición
- Rechazo a la realimentación
- Intensa reacción ante sospecha TCA.

2024: Dolor abdominal epigástrico y RGE. Seguimiento en CEX Digestivo.

Pérdida de peso progresiva

Noviembre 2025 Ingreso Pediatría Hospital 1

Diciembre 20256 Traslado a Hospital 2 con sospecha TCA:

Enero 2026 Traslado a Unidad TCA

PPCC:
Test aliento + (negat desde 2025)
Ecografía abdominal: normal
pHimpedanciometría: normal
Gastroscopia: sin alteraciones.

SNG por mala tolerancia oral. Negativa ingesta completa durante ingreso.
Analíticas: dentro de lo esperable en desnutrición.
PIC Psiquiatría: traslado. (IMC: 15,33kg/m2)

SNG cambio a transpilórica con mejoría parcial por vómitos incoercibles. Posteriormente se mantiene en SNG fraccionada. por mala tolerancia oral.
EDA: normal
TGE (tránsito): normal
Ecografía abdominal: posible pinza aortomesentérica (descartada después. IMC: 14,45 kg/m2

1. Intenso dolor postprandial y náuseas. Paso a S. Transpilórica.
2. Exposición progresiva oral: episodios dolorosos incoercibles que limitan ingesta oral. **
3. Repetición Ecografía abdominal: normal.
4. Se solicita TAC con alto índice de sospecha: confirmación diagnóstica: SLAM. Fig.1 y 2.
5. Indicación quirúrgica.
6. Mejoría clínica y renutrición oral. IMC actual: 17,3kg/m2

Discusión

El síndrome del ligamento arcuato medio (Fig.3) es una condición rara que requiere de un alto índice de sospecha clínica y cuyo tratamiento supone un alivio relevante para paciente y familia. Ante la mala evolución de los casos clínicos se debe reconsiderar el diagnóstico de sospecha aunque aparezcan datos predisponentes congruentes con el diagnóstico (antecedentes familiares TCA, disfunción familiar...).



Figura 1. Compresión tronco celiaco por ligamento arcuato medio



Figura 2. Compresión tronco celiaco por ligamento arcuato medio

Compresión del tronco celiaco por el ligamento arcuato medio

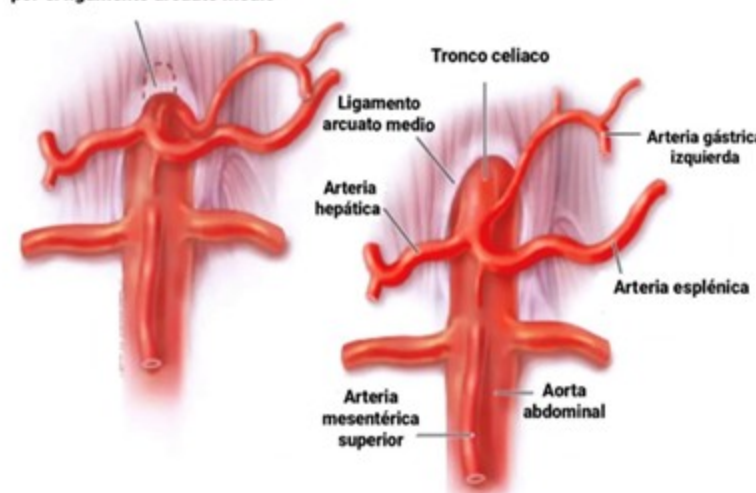


Figura 3. Síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM)



69ab186d331c1

"Y SE LEVANTÓ Y CAMINÓ": Cuando la marcha desaparece sin causa orgánica.

Yohanna Rincón Lemus^{1a*}, Pilar Baos Sendarrubias^d, Elena Nogales Campos^{1b},
Verónica Duarte Chang^{1c}, Luis Beato Fernández^{1e}.

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

^a ORCID: 0009-0001-3309-1864, ^b ORCID:0009-0006-7028-1241, ^c ORCID: 0009-0008-8004-5896

^d Facultativo Especialista Adjunto en Psiquiatría Infantil.

^e Jefe del Servicio de Psiquiatría.

EVOLUCIÓN CLÍNICA



INTRODUCCIÓN

El trastorno de síntomas neurológicos funcionales (TSNF), previamente denominado trastorno conversivo, se caracteriza por síntomas neurológicos incompatibles con enfermedades neurológicas reconocidas (1).

En población pediátrica puede manifestarse mediante debilidad motora y alteraciones de la marcha, frecuentemente asociadas a factores estresantes psicosociales (2).



DISCUSIÓN

La debilidad aguda en población pediátrica requiere descartar causas neurológicas, neuromusculares, metabólicas o tóxicas potencialmente graves (3).

En este caso, la ausencia de hallazgos orgánicos en estudios complementarios repetidos, junto con síntomas somáticos funcionales previos, factores estresantes psicosociales e incongruencia clínica, orientó el diagnóstico hacia un trastorno neurológico funcional (4).

Los TSNF en infancia y adolescencia suelen asociarse a vulnerabilidad emocional, ansiedad escolar, conflictos familiares, duelo y experiencias de enfermedad en el entorno familiar (5).

La discordancia afectiva respecto al síntoma y la preservación de movimientos espontáneos durante el sueño constituyen hallazgos sugestivos de TNF.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 11 años que, desde los 9 años, presentaba manifestaciones somáticas, absentismo escolar, con múltiples consultas a urgencias y con pruebas analíticas normales.

Consultó por debilidad súbita en miembros inferiores e imposibilidad para la bipedestación, en contexto de ansiedad escolar, conflictos intrafamiliares y fallecimiento reciente de la abuela paterna.

Ingresó en pediatría para estudio, con reporte de resonancia magnética y pruebas neurofisiológicas sin hallazgos patológicos. A su egreso persiste un mes sin deambulación, llegando a precisar silla de ruedas.

Posteriormente ingresó en psiquiatría infantil, donde destacaba discordancia afectiva respecto al síntoma y presencia de movimientos espontáneos de miembros inferiores durante el sueño, orientando el cuadro hacia un trastorno neurológico funcional, con el abordaje terapéutico multidisciplinar presentó recuperación progresiva de la marcha.



CONCLUSIONES

El TSNF debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la pérdida aguda de la marcha en población infantil especialmente ante estudios orgánicos normales e incongruencia clínica (1-5).



DATOS CLÍNICOS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES (TSNF)

Distribución de las principales manifestaciones clínicas en pacientes con TSNF (n=127)¹



- ✓ Los síntomas motores y de la marcha son frecuentes en el TSNF pediátrico.
- ✓ Suelen asociarse a factores psicosociales y ansiedad escolar.
- ✓ La detección e intervención precoz favorecen la recuperación.

Gráfico 1: Stone J, Sharpe M, Carson A, Warlow C. UpToDate 2025. (1)



REFERENCIAS



FINANCIACIÓN

No financiación



ACCIONES TRAS SUICIDIO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO PROTOCOLO INTERDEPARTAMENTAL SALUD-EDUCACIÓN

Adriana Goñi-Sarriés¹; Itziar Irazábal Zuazua²; Clara Madoz Gúrpide¹; Milagros García Andión²; Alicia Burguete Elarre²

1 Red de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2 Departamento de Educación. Gobierno de Navarra



INTRODUCCIÓN

- El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en adolescentes.
- Genera un profundo impacto en la comunidad educativa conllevando efecto contagio.
- El contexto escolar espacio clave para prevención y postvención.

MÉTODO

1. Proceso colaborativo entre Salud Mental y Educación
2. Revisión de literatura y análisis normativo
3. Reuniones interdisciplinares y consenso técnico
4. Elaboración del protocolo

OBJETIVO: Desarrollar un protocolo interdepartamental para una respuesta estructurada y coordinada, estableciendo roles y responsabilidades.

GESTIÓN INICIAL Y COORDINACIÓN DE CRISIS

- Verificar la información
- Equipo de respuesta a crisis y coordinador/a
- Contacto respetuoso con la familia
- Reunión con el personal del Centro



INTERVENCIÓN EN EL AULA Y SEGUIMIENTO DE RIESGO

- Notificación al alumnado
- Atención/seguimiento al alumnado en riesgo
- Información a las familias
- Conmemoración como centro educativo



VIGILANCIA ACTIVA DE SEÑALES DE ALARMA

- Uso responsable de las redes sociales
- Señales verbales, conductuales y académicas



CONCLUSIÓN. Un protocolo de postvención permite una respuesta coordinada, reduce riesgos, protege la salud mental de la comunidad educativa y refuerza el papel de la escuela como entorno seguro y protector.

Referencia

Ackerman JP, Horowitz LM. *Youth Suicide Prevention and Intervention: Best Practices and Policy Implications*. Cham: Springer Nature; 2022



ACOGIMIENTO FAMILIAR

Martín Carballada, Julia (1) Chinchurreta De Lora, Nuria Esther (2) De Cos Milas, Ana (3) Aparicio Reinoso, M. Teresa (4) Güerre Lobera, María José (5)
1. CSM FUENCARRAL-CASTROVIEJO, 2. USMIJ IBIZA, 3. CSM MIRAFLORES, ALCOBENDAS, 4. HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS, 5. CSM VILLASVERDE.

INTRODUCCIÓN:

En todo proceso de acogimiento las vinculaciones afectivas, son una de las grandes protagonistas.

La teoría del Apego de Bowlby (John Bowlby).

El apego tiene 2 aspectos que son igualmente importantes:

- Las conductas de apego
- Los modelos interiorizados

Esta cara interna del apego se forma en las primeras relaciones de vinculación y se traslada posteriormente a las siguientes relaciones emocionales.

El apego inicial no es inmutable, pero es resistente al cambio.



METODOLOGÍA:

Entre los niños y niñas con medidas de protección (adopción, acogimiento familiar o residencial) aproximadamente 2/3 partes tuvieron experiencias iniciales muy negativas.

El acogimiento familiar debe responder a las dificultades emocionales que estos niños y niñas puedan presentar.

La solución para estos niños y niñas que no tuvieron buenas experiencias iniciales de apego, nunca puede ser la FALTA DE APEGO.

La solución tiene que ser el APEGO de la mejor calidad posibles y cuanto antes.

Cuando la calidad de las relaciones emocionales mejoran, cambian positivamente los vínculos en las crianzas.

En primer lugar, comprender que su vida emocional es más compleja, particularmente cuando están en situaciones angustiosas o en situaciones estresantes. Esta complejidad implica mucha inestabilidad y habrá momentos en los que van a actuar de forma razonables, positiva, estable, predecible, y en otros van a perder el control, van a actuar de una forma desorganizada, más negativa. Esto ocurre particularmente cuando entran en situaciones de angustia, de pánico, se comportan de manera más descontrolada y sufren ellos mismos y causan sufrimiento a las personas que cuidan de ellos.

Otro aspecto que no se puede olvidar, es que cuando las cosas comienzan a cambiar, gracias a los cuidados emocionales sensibles y afectuosos que están recibiendo. El comportamiento de apego, la capa superficial del apego, cambia mucho antes que la capa más profunda. Los aspectos más profundos tienden a cambiar mucho más lentamente, sigue manteniendo elementos de inseguridad y fragilidad.



RESULTADOS:

Necesitamos conocer qué es lo que aprendieron estos niños en las relaciones emocionalmente negativas, porque el acompañamiento terapéutico va a consistir en ir contracorriente de los aprendizajes negativos que estos niños adquirieron en las relaciones con sus cuidadores iniciales.

CONCLUSIONES:

El acogimiento familiar es un aprendizaje mutuo (familia acogedora y el niño@).

Lo primordial es dar estabilidad.

Gracias al apego seguro, que está garantizado por incondicionalidad, podremos darle a estos niños, niñas o adolescentes acogidos, seguridad, además de que puedan sentirse queridos, aceptados y valorados.

BIBLIOGRAFÍA:

- Díaz, J. y Blázquez, M. P. (2004). *El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento*. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. nº 4. Vol. 1, (82-90).
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. J., Ortiz, M. J. (1999). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.1.



Acompañamiento psicoterapéutico a la comunicación a los hermanos tras una pérdida perinatal tardía: serie clínica de siete familias

Paricio del Castillo, Rocío (1); Díaz de Neira Hernando, Mónica (1).

(1) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda).

Introducción

La pérdida perinatal tardía constituye un acontecimiento potencialmente traumático con un impacto sistémico en la familia. No solo afecta a los progenitores, sino que también introduce cambios significativos en la organización emocional y relacional del sistema familiar. Desde la teoría del apego, la desorganización emocional parental puede interferir en la capacidad de los cuidadores para ofrecer una base segura, afectando a la regulación emocional de los hijos. Asimismo, se ha observado que las diferencias en el ajuste materno y conyugal tras la pérdida se asocian con distintos resultados en los hijos (1,2). Por otro lado, el modelo de tareas del duelo plantea la necesidad de integrar la pérdida, elaborar el dolor y reconstruir el vínculo con el fallecido (3). Sin embargo, en la práctica clínica, los hermanos suelen quedar fuera de los circuitos asistenciales, a pesar de encontrarse en un momento evolutivo especialmente vulnerable.

Objetivo:

Describir la experiencia clínica de acompañamiento psicoterapéutico a familias en la comunicación de una pérdida perinatal tardía a los hermanos, así como explorar las reacciones infantiles y los factores asociados a su ajuste.

Descripción de la serie clínica:

Se presenta una serie de siete familias atendidas en un programa hospitalario de duelo perinatal durante 2025.

Criterios de inclusión:

- Muerte fetal ≥ 28 semanas
- Existencia de al menos un hijo/a menor de 12 años

La intervención se desarrolló durante aproximadamente 6 meses e incluyó:

- Acompañamiento en la construcción de una narrativa coherente sobre lo ocurrido
- Orientación a los progenitores sobre cómo comunicar la pérdida de forma adaptada al nivel evolutivo del niño
- Trabajo específico en regulación emocional parental
- Apoyo en la gestión de preguntas, fantasías y reacciones infantiles

Se promovió una comunicación clara, veraz y ajustada a la edad, evitando tanto la sobreexposición como la evitación del tema.

Descripción clínica de los casos

En las siete familias se observaron dificultades iniciales en la comunicación, con tendencia en algunos casos a posponerla o a utilizar explicaciones ambiguas.

- *Casos con pensamiento mágico (2/7)*: Niños que atribuían la muerte del bebé a causas relacionadas con su propio comportamiento o deseos. En estos casos, la intervención se centró en deshacer atribuciones de culpa y facilitar explicaciones realistas.

- *Casos con ansiedad de separación (4/7)*: Se observó un aumento de la vigilancia hacia los cuidadores, miedo a perder a los padres y dificultades en la separación (por ejemplo, rechazo a ir al colegio o a dormir solos).

- *Casos con regresión conductual (5/7)*: Incluyeron conductas como pérdida de control de esfínteres, alteraciones del sueño, mayor dependencia o demanda de contacto físico. En varios casos coexistían varias de estas manifestaciones.

Resultados

Reacciones infantiles iniciales:

- Pensamiento mágico: 2/7
- Ansiedad de separación: 4/7
- Regresión conductual: 5/7

Se identificaron como factores de riesgo la evitación narrativa (dificultad de los padres para hablar de la pérdida o hacerlo de forma fragmentada) y una elevada desregulación emocional parental. Las familias que presentaban mayor dificultad para sostener una narrativa coherente tendían a mostrar mayor intensidad y persistencia de síntomas en los niños.

A lo largo del seguimiento se observó una disminución progresiva de las conductas regresivas, con mejoría en la tolerancia a la separación y reducción de atribuciones de culpa en los casos con pensamiento mágico.

Las mejorías fueron más evidentes en aquellas familias en las que los progenitores pudieron nombrar la pérdida de forma clara, validar las emociones de los hijos y mantener una disponibilidad emocional suficiente

Discusión

Los hallazgos de esta serie clínica apoyan que la elaboración del duelo infantil está estrechamente vinculada a la capacidad reguladora y narrativa del cuidador (1,2). La comunicación de la pérdida es un elemento central del proceso terapéutico. La evitación o fragmentación del relato puede favorecer la aparición de fantasías, atribuciones erróneas y mayor desorganización emocional en los niños. Por el contrario, una narrativa clara y sostenida actúa como organizador psíquico. Asimismo, las reacciones observadas (ansiedad de separación, regresión, pensamiento mágico) son consistentes con respuestas esperables en la infancia ante eventos de pérdida, pero su evolución parece depender en gran medida del contexto relacional. Se observa también una diferencia cualitativa en la vivencia infantil: mientras algunos niños expresan el malestar de forma conductual, otros lo hacen a través de fantasías o temores relacionados con la pérdida de los cuidadores. La intervención centrada en los padres, más que directamente en el niño, se muestra como una vía eficaz para favorecer el ajuste infantil, reforzando su papel como reguladores emocionales y mediadores de significado.

Conclusiones

La inclusión de los hermanos en los programas hospitalarios de duelo perinatal permite detectar precozmente reacciones de riesgo, favorecer una elaboración adaptativa del duelo infantil, e intervenir sobre factores protectores clave, como la regulación y la narrativa parental. Estos resultados sugieren que el acompañamiento psicoterapéutico a los progenitores en la comunicación de la pérdida puede actuar como una intervención preventiva en salud mental infantil.

Referencias

- (1) Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23(3), 257–270.
- (2) Côté-Arsenault, D., Leerkes, E. M., & Zhou, N. (2019). Individual differences in maternal, marital, parenting and child outcomes following perinatal loss: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 3–15.
- (3) Worden, J. W. (1997). *Grief counseling and grief therapy*. Springer Publishing.



Adherencia a la Medicación en los Niños y Adolescentes con TDAH y Gravedad Global de los Síntomas: Comparación Longitudinal Entre Pacientes Hispanos y No Hispanos

Diana Martinez, BSci¹, Hali Temkin, BSci¹, Julia Bennett, BSci¹, Isabel Lizarraga, MD², Cesar A. Soutullo, MD, PhD¹

¹Faillace Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, UTHealth Houston, McGovern Medical School

²Department of Psychiatry and Medical Psychology, University of Navarra Clinic, Pamplona, Spain

Introducción

- En 2020, 1 de cada 4 niños, 25.7% (18.8 millones), eran Hispanos en EE.UU.¹, y 8.9% fueron diagnosticados con TDAH².
- La adherencia al medicamento para el TDAH es baja entre niños hispanoamericanos, aunque el uso constante es esencial para que el tratamiento sea efectivo³.
- Measurement-based care (MBC) ha demostrado ser bastante efectivo para mejorar la adherencia al tratamiento y la participación utilizando evaluaciones clínicas estandarizadas y monitoreando la adherencia⁴.
- Sin embargo, estudios aún no han investigado la eficacia de MBC en una muestra hispana.
- El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en la adherencia al medicamento entre pacientes pediátricos hispanos y no hispanos inscritos en un programa de TDAH basado en MBC. Analizamos la relación entre la adherencia al medicamento, la escala de Impresión Clínica Global-Severidad (CGI-S), y la edad del paciente.

Métodos

- Nuestra muestra incluyó 67 pacientes pediátricos (edades 3-18) inscritos en el programa ChAMP para TDAH en UTHealth Houston.
 - 18 pacientes hispanos (32 visitas) y 49 pacientes no hispanos (91 visitas)
- El uso del medicamento fue analizado desde la visita basal hasta los 24 meses, en intervalos de 6 meses (meses 0, 6, 12 y 18).
- Se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos con un intercepto aleatorio para el ID del paciente para evaluar la adherencia al medicamento a través de las visitas, con etnicidad, CGI-S y edad en la visita como predictores de efecto fijo.

ChAMP Child and Adolescent Mood Disorders Program

Resultados

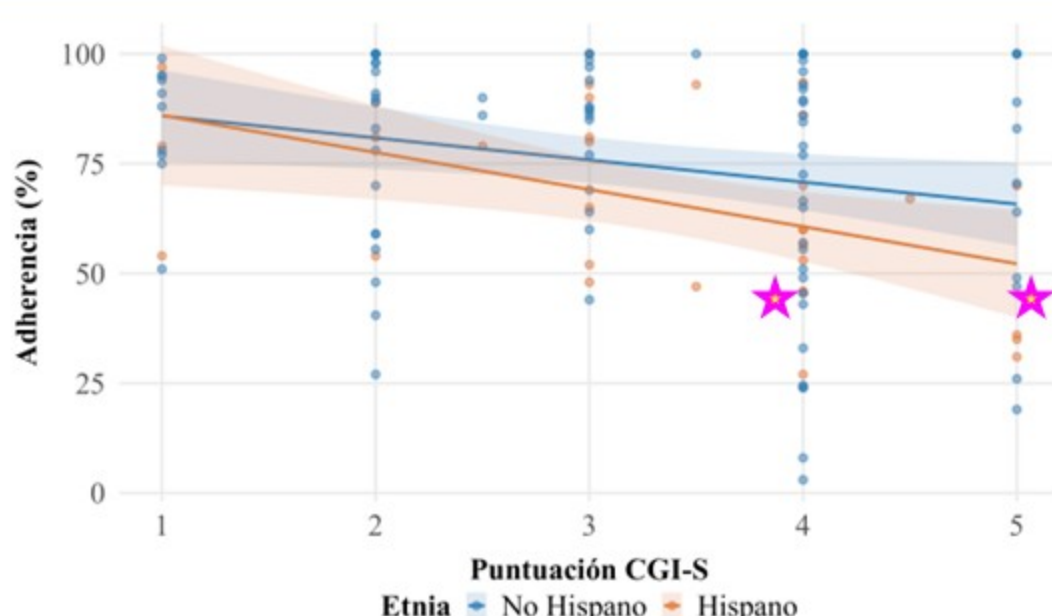
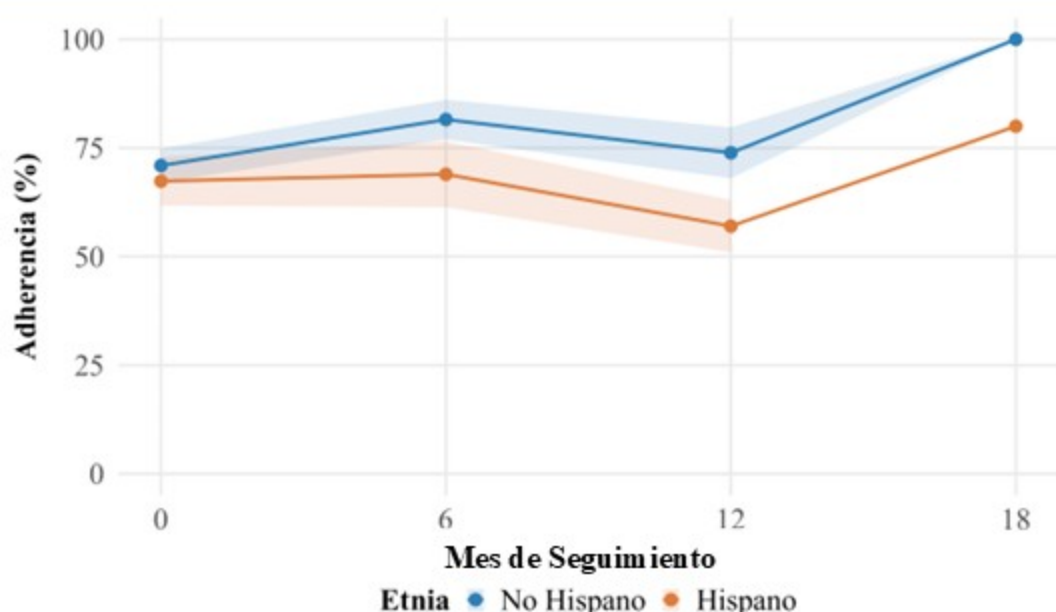


Figura 1. Trayectorias de adherencia por etnia

Aunque los pacientes hispanos mostraron una adherencia media numéricamente menor (66.2% vs. 75.0%, la etnia no fue un predictor significativo de la adherencia a la medicación ($\beta = -6.54$, $p = 0.316$).

Figura 2. Adherencia vs CGI-S

La CGI-S como predictor continuo mostró una tendencia no significativa hacia una menor adherencia ($\beta = -2.27$ por punto, $p = 0.120$). En un análisis secundario utilizando un umbral clínicamente significativo, una **CGI-S grave (≥ 4) se asoció significativamente con una menor adherencia** ($\beta = -10.22$, $p = 0.002$), después de ajustar por etnia y edad.

Conclusiones

- La gravedad de los síntomas, no la etnia, se asoció significativamente con las diferencias en la adherencia a la medicación, lo que sugiere que la MBC podría ayudar a reducir disparidades en el tratamiento del TDAH para distintas etnias y edades en la atención pediátrica.
- Estos hallazgos resaltan la necesidad de estudios más amplios y diversos para confirmar el papel de la MBC en el avance de una atención pediátrica equitativa del TDAH.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2020). Racial disparities in ADHD. <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/racial-disparities-in-adhd>.
- Reuben, C., & Elgaddal, N. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children ages 5–17 years: United States, 2020–2022 (NCHS Data Brief No. 499). National Center for Health Statistics. <https://doi.org/10.15620/cdr/149043>.
- Ji, X., Druss, B. G., Lally, C., & Cummings, J. R. (2018). Racial-Ethnic Differences in Patterns of Discontinuous Medication Treatment Among Medicaid-Insured Youths With ADHD. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 69(3), 322–331. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.2016004694>.
- Temkin, H., Daniel, K. L., Martinez, D., Bennett, J. C., Nix, P. A., Nguyen, L., Le, Y. C., Kluge-Schiavon, B., & Soutullo, C. A. (2026). Factores asociados con la adherencia y respuesta al tratamiento en TDAH. *Medicina*, 86 Suppl 1, 49–57.5.
- Coker TR, Elliott MN, Toomey SL, Schwebel DC, Cuccaro P, Emery ST, et al. Racial and Ethnic Disparities in ADHD Diagnosis and Treatment. *Pediatrics* 2016 Sep 1;138(3). Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e201604076>.
- Hudson, J. L., Miller, G. E., & Kirby, J. B. (2007). Explaining racial and ethnic differences in children's use of stimulant medications. *Medical care*, 45(11), 1068–1075. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31806728fa>

Reconocimientos

Patrocinado por: Cesar A. Soutullo MD, PhD, Louis A. Faillace MD Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
La investigación reportada en este póster fue financiada por la Vivian L. Smith Foundation bajo el número de subvención 0019484, Favrot Fund bajo el número de subvención 0018557, la Graham Family Scholarship bajo el número de subvención 002041 y la John S. Dunn Foundation bajo el número de subvención 0017681.



ADOLESCENTE CON DISFAGIA DE LARGA EVOLUCIÓN

Gutiérrez Priego, Silvia (1) ; Jiménez García, Raquel (1) ; Domenjó, Muñoz, Andrea (2) ;
(1) Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Introducción: La disfagia en adolescentes requiere un diagnóstico diferencial amplio que incluya causas estructurales, neuromusculares, inflamatorias y funcionales. La disfagia fóbica constituye un diagnóstico de exclusión y puede coexistir con Tr.de la conducta alimentaria (TCA), dificultando la identificación de patología orgánica.

Caso Clínico:

Adolescente mujer, 14 años. Antecedentes: TDAH y dislexia.

Dificultades escolares y sociales

Inicio y evolución:

Inicio a los 10 años: con disfagia a sólidos y vómitos asociados a la ingesta

Evolución progresiva: Ingesta selectiva según textura,

Necesidad de beber agua para deglutir, Ansiedad anticipatoria,

Pérdida ponderal e IMC 15.8

Diagnóstico inicial: Disfagia fóbica y T. evitativo/restrictivo de la ingestión de alimentos 307.59 (F50.89)

Estudios iniciales:

Endoscopias digestivas: sin alteraciones

Esofagograma: normal

Evolución:

Persistencia de síntomas a pesar de seguimiento multidisciplinar

Vómitos recurrentes

Desnutrición progresiva

Respuesta limitada a intervención psicofarmacológica y

psicoeducativa

Reevaluación hospitalaria:

Valoración multidisciplinar (psiquiatría, pediatría, digestivo, neumología)

-TAC torácico: Dilatación esofágica severa. Estrechamiento distal en cardias. Hallazgos compatibles con acalasia primaria

Tratamiento: Vaciado esofágico y nutrición enteral inicial

Dilatación esofágica neumática (x2)

-Respuesta: Resolución de la disfagia. Recuperación ponderal

Mejoría clínica significativa

10 años → inicio disfagia



Estudios normales



Diagnóstico disfagia fóbica / TCA



Empeoramiento clínico



Ingreso hospitalario



TAC → acalasia



Dilatación → mejoría

Pruebas Psicométricas:

BDI-II: 30 → depresión grave

STAIC: AE P80 / AR P95 → alta ansiedad (rasgo predominante) **Rosenberg:** 26 → autoestima conservada-alta

EDI-2: ↑ insatisfacción corporal, ineficacia e interoceptividad

MACI: rasgos evitativos, inseguridad interpersonal e impulsividad

SCL-90-R: elevación global (depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal)

Discusión: La disfagia funcional es un diagnóstico de exclusión.

La coexistencia con TCA puede enmascarar patología orgánica.

Las pruebas iniciales pueden ser normales, retrasando el diagnóstico.

La evolución desfavorable debe motivar reevaluación diagnóstica.

Conclusiones:

- En disfagia crónica de mala evolución es imprescindible descartar acalasia
- La reevaluación clínica y repetición de pruebas es fundamental
- El abordaje multidisciplinar facilita el diagnóstico
- El tratamiento endoscópico puede ser resolutorio

Referencias:

1. Vaezi, M. et al. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. The American Journal of Gastroenterology 115(9):p 1393-1411, September 2020. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000000731 .
2. Bryant Waugh R et al. **Current evidence for avoidant restrictive food intake disorder: Implications for clinical practice and future directions.** Int J Eat Disord. 2019;52:3–17.
- 3.-Aziz Q. et al. Esophageal Disorders.Gastroenterology 2016;150:1368–1379

Financiación:

No ha contado con ningún tipo de financiación.

Sí, confirmo que tengo el consentimiento de la paciente.



Alucinaciones en TEPT infantil: importancia del enfoque cultural en el diagnóstico diferencial

Autores:

Álvaro Herrera López, Paula Martínez Trapote, Nuria Martínez Martín, Inmaculada Peñuelas Calvo
Sección de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Hospital Universitario 12 de Octubre
(Madrid)

Introducción

Los síntomas psicóticos, y en particular las alucinaciones, no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno por estrés posttraumático (TEPT). Sin embargo, hasta un 15% de los menores con TEPT pueden presentar síntomas psicóticos (1). Diversos estudios apoyan modelos que integran trauma y psicosis dentro de trayectorias clínicas parcialmente solapadas, más que como entidades totalmente independientes. (2, 3).

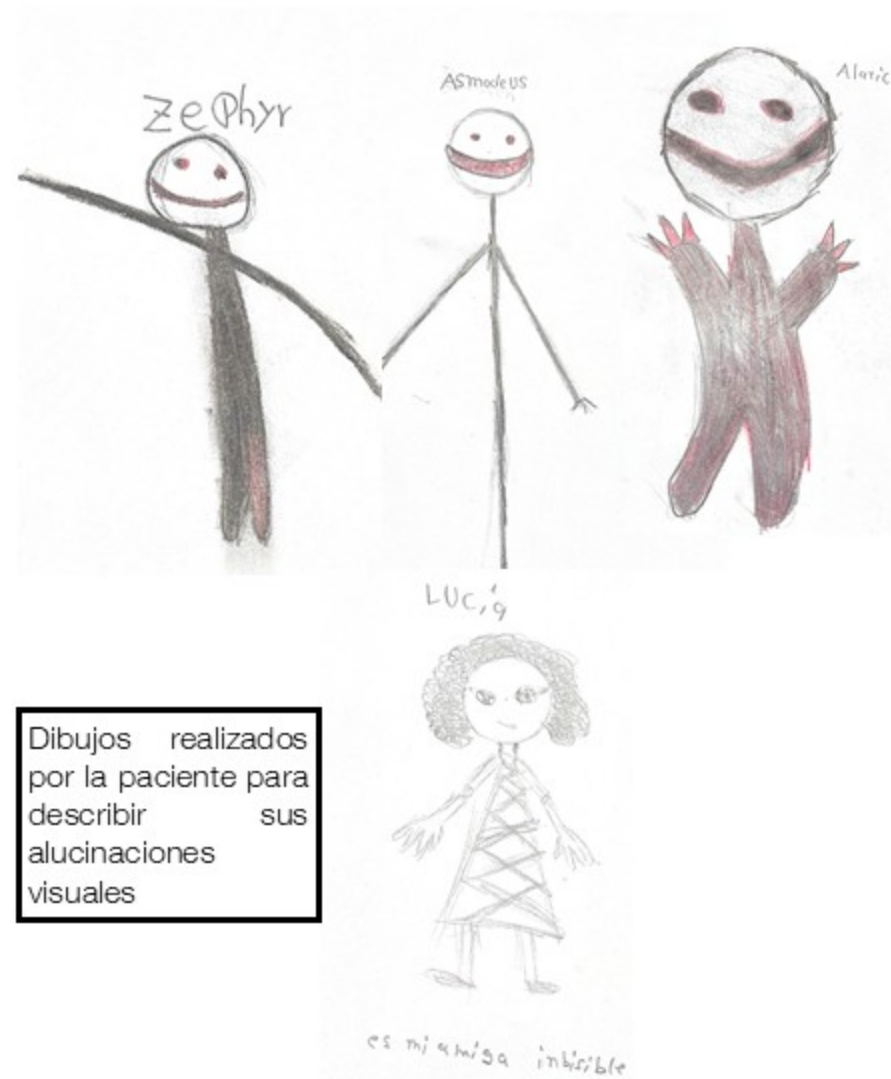
Caso clínico

Adolescente de 12 años, natural de Honduras, emigrada a España en 2025. Presenta historia de abuso sexual, maltrato físico y duelo familiar, desarrollando un TEPT con alteraciones sensorceptivas hace 3 años.

Describe alucinaciones auditivas (“voz de un familiar fallecido”) y visuales polimorfas de contenido amenazante, las cuales aparecían a lo largo del día sin desencadenantes aparentes. Esto le provocaba momentos de elevada angustia, actitudes de suspicacia y soliloquios incluso en contexto escolar. En ese periodo vital vio limitadas sus interacciones con iguales producto de las repercusiones conductuales que estos síntomas tenían en ella, lo que a su vez derivó en problemas de bullying. A pesar de lo anterior, la paciente mantenía la funcionalidad esperada para su edad, sin haber representado esto una ruptura biográfica en su vida y sin que esto representase un problema evidente para su entorno familiar.

Tras la migración, las alteraciones sensorceptivas han ido en disminución. Actualmente persisten los síntomas nucleares del TEPT y un cuadro depresivo comórbido con ocasionales alucinaciones visuales y auditivas (“demonios que la observan” y “amigas que le transmiten mensajes positivos”). En su contexto cultural de origen, las experiencias alucinatorias se interpretan dentro del marco del espiritismo cruzado, donde la comunicación con ancestros y ánimas es fenomenológicamente normal.

Luego de la valoración inicial, se plantea inicio de tratamiento antidepresivo y mantener seguimiento conjunto entre psiquiatría y psicología.



Discusión

Se ha descrito la presencia de alucinaciones en pacientes con TEPT sin trastornos psicóticos asociados (4, 5). El contenido de las alucinaciones no suele vincularse directamente al trauma y puede adoptar matices neutrales o incluso positivos (4, 6), lo que coincide con el caso presentado. También existe evidencia de la confusión diagnóstica con pacientes migrantes, existiendo reportes de la tendencia a clasificar como trastornos psicóticos a cuadros compatibles con diagnóstico de TEPT y trastorno adaptativo (7).

Conclusiones

Este caso destaca la importancia del diagnóstico diferencial cuidadoso entre psicosis y trauma, así como la necesidad de integrar la valoración cultural en la comprensión clínica y en el plan terapéutico.

Referencias bibliográficas





Amantadina como tratamiento en catatonia refractaria a benzodiacepinas en un adolescente con trastorno del espectro autista: caso clínico

Lledo-Graell, Enric; Chaudhary, Pooja; Do, Aivien; Juste, Sandy; Gomez, Kira; Evans, Mary; Knobles, Micah; Soutullo-Esperon, Cesar
The University of Texas (UT) Health - Houston. Louis A. Faillace MD, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences. Houston, Texas, EE.UU.

INTRODUCCIÓN

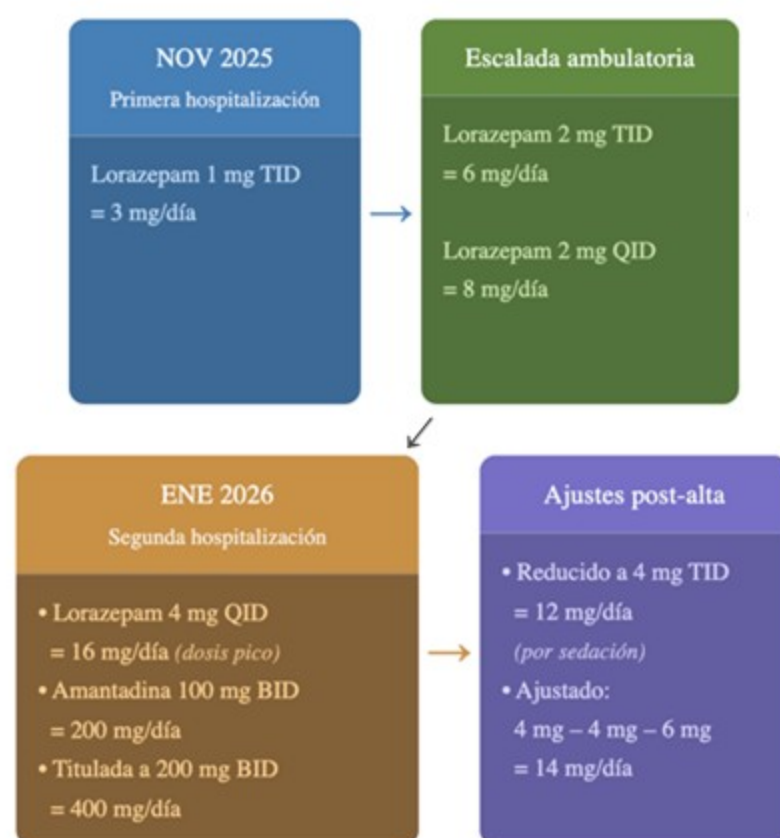
La catatonia es un síndrome neuropsiquiátrico que puede causar importante morbilidad si no se reconoce o trata adecuadamente (1, 2). En jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA), la superposición sintomática puede dificultar su diagnóstico (1, 3). Las benzodiacepinas son el tratamiento de primera línea, aunque no siempre logran remisión completa; en estos casos, antagonistas N-metil-D-aspartato (NMDA) como la amantadina han mostrado evidencia emergente como alternativa terapéutica, especialmente cuando la TEC no está disponible (1, 2, 4, 5, 6).

DISCUSIÓN

La catatonia se ha relacionado con hipoactividad dopaminérgica, disminución de GABA e hiperactividad glutamatérgica en circuitos córtico-estriado-tálamo-corticales, y el TEA comparte un desequilibrio excitatorio/inhibitorio en estos mismos circuitos (2, 7, 8, 9, 10, 11). La amantadina, mediante modulación glutamatérgica y GABAérgica y aumento dopaminérgico, podría contribuir a restaurar este equilibrio (1, 2, 12). Northoff et al. (12) describieron resolución rápida de catatonia tras amantadina en adultos (12). Reportes pediátricos y en adultos han mostrado beneficio de antagonistas NMDA (5, 6).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un adolescente de 15 años con TEA que desarrolló un síndrome catatónico progresivo con enlentecimiento psicomotor, latencia del habla y deterioro funcional. Tras respuesta parcial a benzodiacepinas y sin acceso a TEC, se inició amantadina como tratamiento adyuvante, con rápida mejoría clínica.



CONCLUSIÓN

Este caso destaca la amantadina como una posible opción terapéutica en la catatonia asociada al TEA cuando las benzodiacepinas son insuficientes y la TEC no está disponible, y subraya la importancia de reconocer y evaluar sistemáticamente este síndrome en jóvenes con TEA.

REFERENCIAS





ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIFERENCIAS EN MENORES DE 18 AÑOS
ATENDIDOS EN LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO
ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA COVID-19

Hospital Universitario Basurto, Bilbao

Autores: Otaola González, M.; Nieto Carricajo, S.; Bilbao Goikoetxea, I. Pacho García M.; Goena Vlves J.M.; Kerexeta Lizeaga I.; Sesma Pardo E.; Fernández-Rivas, A.; González Torres, M.A.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia constituyen un desafío crítico para la salud pública, traduciéndose en una elevada presión asistencial sobre las urgencias hospitalarias, principal punto de contacto con el sistema especializado. [1, 2]

Durante los últimos años, y de forma más acusada tras las medidas de confinamiento por la COVID-19, se ha observado un incremento de malestar emocional en esta población. [2, 3]

Bajo esta premisa, el presente estudio se propone analizar la evolución de la atención psiquiátrica urgente en menores de edad, comparando el perfil demográfico, clínico y asistencial entre el periodo previo a la pandemia (2019) y el escenario post-pandemia consolidado (2025) para evaluar el impacto real de la crisis sanitaria en la demanda de salud mental de nuestro centro.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población de estudio: menores de 18 años atendidos en la Urgencia Psiquiátrica del HUB en los años 2019 y 2025.

Criterios de inclusión: pacientes menores de 18 años atendidos en la Urgencia Psiquiátrica del HUB.

Tamaño muestral: N=354 pacientes
598 atenciones totales

Análisis estadístico: Descriptivo: frecuencias y porcentajes para variables cualitativas; medias y desviación estándar (DE) para cuantitativas. Analítico: chi cuadrado para variables cualitativas; t de Student para comparación de medias.

Sesgos y limitaciones del estudio:

- Por su naturaleza retrospectiva, estudio dependiente de calidad y exhaustividad de los registros clínicos previos.
- Monocéntrico: datos condicionados por la demografía del área de captación; podría no ser generalizable a otras poblaciones.
- Registro de las variables diagnósticas influenciado por la diversidad de criterios clínicos entre facultativos.
- Al comparar 2019 y 2025, es complejo asegurar que los cambios se deban exclusivamente a la pandemia, pudiendo influir otros factores sociales o económicos.

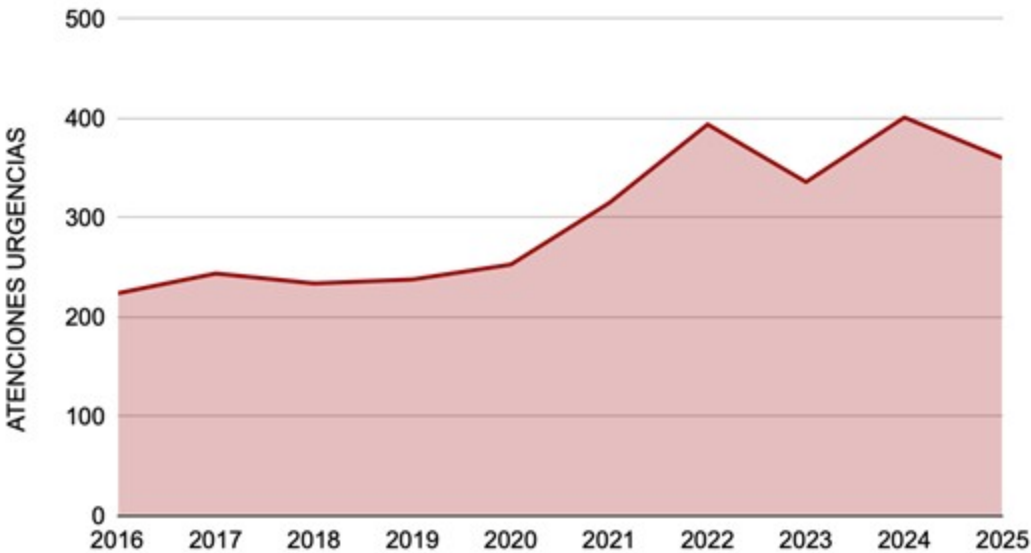
RESULTADOS

ESTABILIDAD DEMOGRÁFICA

EDAD MEDIA: 14,5	SEXO: 62% MUJERES	POBLACIÓN VULNERABLE: 11-14% Tutelados - Migrantes - Adoptados
---------------------	----------------------	---

	2019	2025	INCREMENTO RELATIVO
TOTAL PACIENTES	147	207	+40,8%
TOTAL ATENCIONES	238	360	+51,2%
INGRESOS	41	75	+82,9%
Trat. FARMACOLÓGICO	79	158	+32,2%

INGRESO	2019	2025
DOMICILIO FAMILIAR	18,2%	15,4%
HOGAR FUNCIONAL	42,8%	38,5%



MOTIVO DE CONSULTA	2019	2025	INCREMENTO RELATIVO
CONDUCTA SUICIDA	44 (18,5%)	110 (30,6%)	+65,4%
INTENTO AUTOLÍTICO	18 (7,6%)	46 (12,8%)	+68,4%
AUTOLESIONES	4 (1,7%)	23 (6,4%)	+276%
ANSIEDAD + Sint. DEPRESIVA	41,2%	28,9%	-29,8%
ALTERACIÓN CONDUCTUAL	24,8%	30,8%	+24,2%

CONDUCTA SUICIDA	2019	2025	
HOMBRES	12,5%	15,8%	Sint. ansioso-depresiva 49,8%
MUJERES	24,1%	42,3%	Consultas de gravedad crítica: 48,5%

	AUTOAGRESIVIDAD - CONDUCTA SUICIDA	HETEROAGRESIVIDAD - AGITACIÓN
Población GENERAL	34%	28%
Población VULNERABLE	18%	52%

CONCLUSIONES

- La urgencia ha sufrido un **INCREMENTO** en:
Presión asistencial:
 - Volumen de consultas
 - Tasa de frecuentación (reincidencia)**Severidad clínica:**
 - Estadios avanzados de descompensación
 - Ingresos
 - Necesidad de psicofármacos
 - Conductas suicidas:
 - Polarización hacia el sexo **FEMENINO**
 - Intentos autolíticos → paso al acto
 - Autolesiones
- **Impacto en el escenario asistencial actual:**
 - Cuadros más graves y difíciles de estabilizar
 - Cambio en el patrón de expresión del malestar
 - Mayor demanda física y mayor complejidad del manejo
 - Recurso de contención ante falta de herramientas

REFERENCIAS

1. McArthur BA, Hei Wan Choi J, Korczak DJ, Madigan S. Emergency department visits for mental health conditions among children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2023 Apr;7(4):231-241.

2. Smith C, Erbe S, Williams E, et al. Emergency department visits for suicidal ideation and self-harm among children and adolescents before and during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2023;339:150-157.

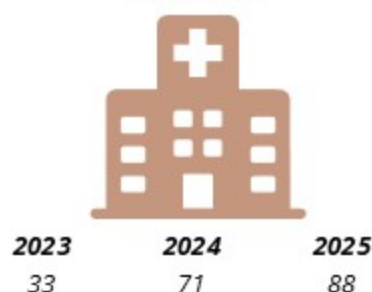
3. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Mar 3;18(5):2470.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VISITAS A URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR INTOXICACIONES EN EL VALLÈS OCCIDENTAL

Dra. Elena Teresa Martínez Orengo, Dra. Alba María Navarro Sanchez,, Dra. Mireia Boadas Gironès, Dra. Raquel Vidaurrezaga Jiménez, , Dr. Javier García Revilla, Dr. Aniol Oliveras Pages, Dra Cristina Forcelledo Fernández, Dra Rebeca Gracia Liso
SERVEI DE SALUT MENTAL INFANTO-JUVENIL - CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ

Figura 1: visitas por intoxicaciones



Las intoxicaciones por sustancias representan una causa frecuente y prevenible de morbilidad en la población pediátrica, constituyendo un motivo habitual de consulta en los servicios de urgencias.

El presente estudio pretende caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico, así como los patrones de consumo, de los pacientes pediátricos atendidos por intoxicación en el Vallès Occidental entre 2023 y 2025 (Figura 1), con el objetivo de generar información útil para la prevención y la mejora de la atención en nuestro medio.

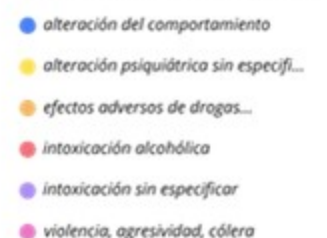
MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo en el que se incluyen aquellos episodios triados en urgencias con los siguientes motivos de triaje (Figura 2).

Se analizaron estos episodios y se seleccionaron aquellos en los que el paciente verbaliza haber consumido alguna sustancia o aquellos en los que se confirma mediante pruebas complementarias (tóxicos en orina).

Se recogen otras variables, como sexo, género, destino del paciente al alta, otros posibles diagnósticos y el seguimiento por parte de Salud Mental.

Figura 2: Motivos de triaje



RESULTADOS:



Se recogieron 196 consultas en urgencias por intoxicaciones, correspondientes a 159 pacientes diferentes. 15 pacientes reconsultaron, y de estos la mayoría se encuentran vinculados a nuestro Centro de Salud Mental infanto-Juvenil



De todas las visitas, 20 requirieron ingreso en la unidad de hospitalización (10 %), siendo 9 de estos ingresos por clínica de la esfera psicótica.

Gráfico 1: consumo por edades y diferencias entre el consumo de OH y otros tóxicos

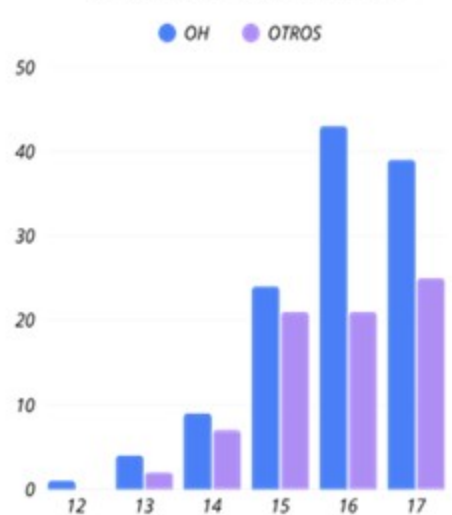


Gráfico 2: Diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de diferentes tóxicos.

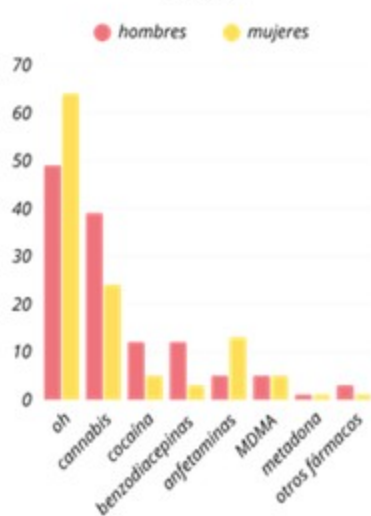


Gráfico 3: diagnosticos más frecuentemente asociados en los paciente que realizan seguimiento en Salud mental y consultan por intoxicaciones.

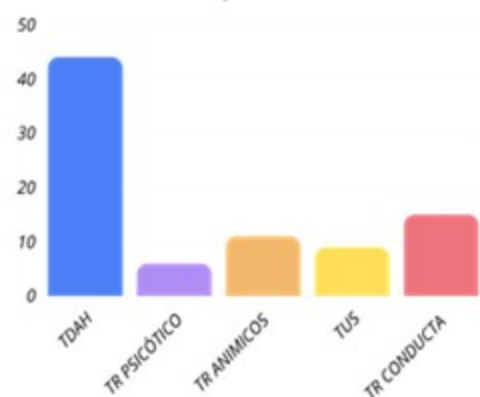


Figura 3: diferencias por sexo de las visitas a urgencias por intpxoicacion OH.



52
visitas



64
visitas

Se recogieron los episodios de intoxicación y se clasificaron según la edad de los pacientes, diferenciando el consumo de alcohol (OH) del resto de tóxicos (Gráfico 1). En este gráfico se puede observar que el principal tóxico consumido sigue siendo el alcohol.

Con los datos recogidos, se realizó una diferenciación de los tóxicos consumidos según el género en la etapa adolescente (Gráfico 2). Entre los datos analizados, se objetivó que el 46 % de los pacientes realizaban seguimiento en un centro de salud mental y, entre los diagnósticos asociados, se encontraba principalmente el TDAH (Gráfico 3).

Teniendo en cuenta que el principal tóxico por el que consultan los adolescentes es el OH (116 visitas a urgencias), se objetivaron las diferencias de consulta por sexo. Es importante recalcar que, de estos pacientes, únicamente 30 de ellos realizaban seguimiento por un centro Salud mental.

DISCUSIÓN:

Al analizar los resultados obtenidos, se observa que el alcohol sigue siendo el principal agente involucrado en las intoxicaciones, un hallazgo consistente con tendencias previas en la población adolescente. Además, la diferenciación de datos por género revela que tanto los hombres como las mujeres adolescentes tienen patrones de consumo distintos, lo cual es crucial para desarrollar intervenciones de prevención y tratamiento más personalizadas.

Por otro lado, el hecho de que el 46% de los pacientes con intoxicaciones estuvieran bajo seguimiento en centros de salud mental resalta la necesidad de integrar el tratamiento de las intoxicaciones con el manejo adecuado de los trastornos psiquiátricos. El diagnóstico más frecuente entre estos pacientes fue el TDAH, lo que podría sugerir que estos jóvenes, al estar en tratamiento para este trastorno, pueden tener un mayor riesgo de recurrir al consumo de sustancias como una forma de autorregulación emocional.

BIBLIOGRAFÍA:

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2025. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
- Proyecto Hombre. Factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias en población adolescente: una revisión sistemática. Madrid: Proyecto Hombre; 2022.
- Amaro H, et al. Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. J Early Adolesc. 2001.

CONCLUSIÓN:

Estos resultados destacan la necesidad de un abordaje integral y especializado en la atención de pacientes con intoxicaciones, especialmente en adolescentes con antecedentes psiquiátricos. La formación continua del personal de urgencias en salud mental es esencial para mejorar la identificación temprana de consumos de riesgo, así como identificar aquellos casos que requieren una derivación al servicio de Salud Mental para un seguimiento. Además, es prioritario crear unidades específicas para el abordaje especilizado de estos pacientes.



Antes y después de la COVID-19: evolución de los ingresos de adolescentes en Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

Gálvez Medina, Reyes (1), Martínez-Sebastián, Alicia (2), Lahera Fortaleza, Guillermo (3), López Díaz, Álvaro (4)

(1). Hospital de la Merced. (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. (3) Hospital Universitario Príncipe de Asturias. (4) Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción

La pandemia por COVID-19 supuso un punto de inflexión en la salud mental de la población, especialmente en niños y adolescentes, debido a su mayor vulnerabilidad a las medidas adoptadas para controlar la pandemia y los efectos de esta (1,2).

Este estudio analiza si la COVID-19 actuó como factor catalizador mediante la evolución de los ingresos en Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).

Método:

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los adolescentes de entre 11-17 años que ingresaron en la UHSM del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) entre 2011-2024. Para modelizar la evolución temporal se aplicó un modelo autorregresivo integrado de medias móviles estacional (SARIMA), con estacionalidad trimestral, con objeto de crear una predicción contrafactual pre-pandémica. Los valores observados se compararon con dicha predicción.

Resultados:

Durante este periodo se registraron 338 ingresos, observándose una tendencia ascendente previa a la pandemia. Según el modelo contrafactual SARIMA, se esperaban entre 8–10 ingresos trimestrales en el periodo pospandémico, pero los datos recogidos evidenciaron que los ingresos reales superaron significativamente las estimaciones. En total se registraron 200 ingresos frente a los

147 esperados, suponiendo un exceso medio de 2,7 ingresos por trimestre ($p = 0,023$) y un incremento relativo del 36,1% respecto a lo esperado según las tendencias prepandémicas. Así mismo, se observó un cambio en el perfil de ingreso postpandémico ($\chi^2(2) = 18.17$; $p < 0.001$) con predominancia de conducta suicida como motivo de ingreso (68.1%; $n = 92$) evidenciándose un descenso marcado en alteraciones de conducta y agresividad (17.0%; $n = 23$) así como otros motivos de ingreso (14.8%; $n = 20$).

Conclusión:

La pandemia se ha asociado con un aumento significativo de los ingresos hospitalarios por problemas de salud mental en adolescentes, superando significativamente la tendencia anterior, y poniendo de manifiesto la necesidad de reforzar los recursos de atención y prevención en salud mental infantojuvenil.

Referencias

1. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J, Gilbert M, Reiss F, Barkmann C, et al. Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSYS Study. J Adolesc Health. 2022 Nov;71(5):570–8.
2. Neville RD, Lakes KD, Hopkins WG, Tarantino G, Draper CE, Beck R, et al. Global Changes in Child and Adolescent Physical Activity During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2022 Sep 1;176(9):886–94.





APEGO Y ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES: RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y EL ROL EN EL ACOSO ESCOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Alejandra Aznar Núñez¹, Silvia Gadea del Castillo¹, Paula María Mardones Escapa¹, Belén Taulero Escalera¹, Laia Marques Feixa², Lourdes Fañanás Saura², Marta Rapado-Castro³

¹ Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, Universidad Complutense de Madrid.
² Department of Evolutionary Biology, Ecology and Environmental Sciences, Faculty of Biology, University of Barcelona, IBUB, CIBERSAM.
³ Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN

- El acoso escolar se ha convertido en un grave problema de salud pública (1).
- Ciertas formas de apego, como el apego inseguro, el desorganizado o el evitativo, podrían constituir un factor de vulnerabilidad para desarrollar diversos tipos de problemas psicológicos (3)
- Por el contrario, el estilo de apego seguro se asocia a bajos niveles de ansiedad y evitación. (4)
- En este sentido, los Estilos Educativos Parentales se configuran como un pilar básico que resulta determinante tanto en el desarrollo del vínculo/apego, como en el desarrollo psicosocial de los hijos. (5)
- Diferentes estudios han demostrado que uno de los elementos que condicionan la etiología con respecto a la internalización y la externalización o tipo de comportamientos de los niños es la personalidad o estilo parental. (6)

OBJETIVO

- Evaluar la influencia del tipo de apego y estilo educativo parental en el comportamiento de niños y adolescentes y su relación con el rol adquirido ante el acoso escolar y presencia de psicopatología.

METODOLOGÍA

- Diseño:** Estudio de prueba de concepto, observacional, naturalístico, transversal, caso-control de niños y adolescente con y sin psicopatología psiquiátrica.
- Participantes:** 48 jóvenes de 7 a 17 años (28 casos con diagnóstico psiquiátrico y 20 controles), cohorte Hospital Gregorio Marañón dentro del estudio multicéntrico “EPI_young_stress”.
- Instrumentos:** Cuestionario de apego (CaMir-R), Cuestionario de estilo educativo percibido por progenitores (S_Embu_P), Cuestionario multimodal de interacción escolar (CMIE-IV), Cuestionario de Comportamiento Infantil (CBCL).
- Procedimiento:** Se realizaron correlaciones de Spearman para estudiar las relaciones entre las variables de interés (apego, estilos parentales, rol en el acoso) en la muestra total de y la prueba de U de Mann-Whitney para estudiar las diferencias entre casos y controles.

RESULTADOS

- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la edad, el nivel socioeconómico, las conductas externalizantes e internalizantes, el estilo de calidez emocional, el nivel de seguridad en el apego (figura 1) y ser acosado.

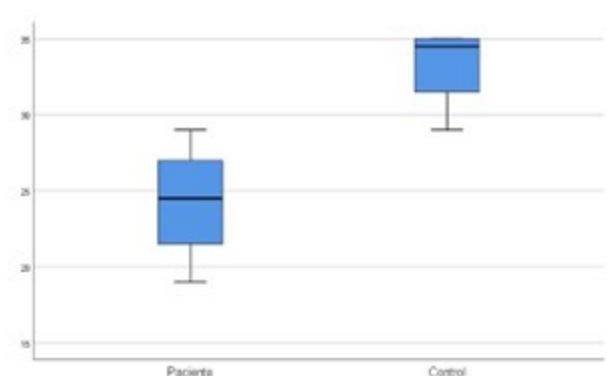


Figura 1. Seguridad de apego en pacientes y controles.

- Se efectuaron correlaciones de Spearman con el fin de realizar asociaciones entre las diferentes variables (tabla 1).
- En nuestro estudio, el apego inseguro se ha relacionado no solo con ser acosado, sino también con ser acosador, siendo mayor la asociación con ser víctima de acoso escolar.
- Nuestros hallazgos han establecido además una asociación estadísticamente significativa entre un apego seguro y un estilo parental de calidez emocional, los cuales se han relacionado con un comportamiento de tipo adaptado, es decir, como un factor protector ante el acoso escolar.
- El apego seguro se ha relacionado con menor posibilidad de ser acosado; no se han observado relaciones estadísticamente significativas con ser acosador.
- En coherencia con estudios anteriores, nuestro estudio demuestra que unas prácticas de crianza caracterizadas por altos niveles tanto de afecto como de demandas de madurez a través de a un estilo educativo democrático, es decir, de calidez emocional, fomentan un desarrollo equilibrado en el niño y una menor probabilidad de que aparezcan problemas conductuales (7).

		Apego	Estilos Educativos			Comportamiento		Interacción	
			Parentales			Infantil		Escolar	
		Seguridad	Rechazo	Calidez	Sobre.	Inter.	Exter.	Acosado	Acosador
Apego	Seguridad	1.000	-0.301	.823*	-0.136	-.624**	-.620**	-.425*	-0.147
Estilos Educativos Parentales	Rechazo	-0.301	1.000	-0.170	0.272	0.130	0.431	0.078	-0.162
	Calidez	.823*	-0.170	1.000	0.100	-.603*	-.744**	-.519*	0.133
	Sobreprotección	-0.136	0.272	0.100	1.000	-0.244	0.151	-0.054	-0.277
Conducta	Internalizante	-.624**	0.130	-.603*	-0.244	1.000	.682**	.473**	-0.076
Infantil	Externalizante	-.620**	0.431	-.744**	0.151	.682**	1.000	.553**	0.211
Interacción Escolar	Acosado	-.425*	0.078	-.519*	-0.054	.473**	.553**	1.000	0.292
	Acosador	-0.147	-0.162	0.133	-0.277	-0.076	0.211	0.292	1.000

Tabla 1. Correlaciones entre el apego, los estilos educativos parentales, el comportamiento infantil y la interacción escolar en toda la muestra. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

CONCLUSIONES

- La seguridad del apego y el estilo educativo parental de calidez emocional están significativamente relacionados entre sí y con el desarrollo de un comportamiento adaptado en la infancia y adolescencia.
- Estos factores se asocian con una menor predisposición de ser acosado y desarrollo de psicopatología en niños y adolescentes.
- Padres y cuidadores desempeñan un papel crucial en el desarrollo emocional y conductual de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA





APEGO Y PSICOPATIA EN LA INFANCIA

A propósito de un caso

Autores

Chinchurreta de Lora N. (1); De Frutos Guijarro J.J. (1); Romero Salicio B. (2); Macias Gamo B. (1); Camero M.D. (3)
Psiquiatra USMIJ (1); Enfermera salud mental (2); MIR Psiquiatría (3). **Servicio Psiquiatría H. Can Misses. Eivissa.**

INTRODUCCION

La psicopatía se entiende como el trastorno del procesamiento afectivo con raíces profundas en la formación del vínculo. Hay una falla en la internalización y una devaluación del vínculo, como mecanismo de defensa ante cuidadores hostiles o negligentes, desactiva su sistema de apego para evitar el dolor, derivando en una desconexión emocional permanente hacia los demás.

OBJETIVO

Analizar estilos de apego en el desarrollo de psicopatía en etapas tempranas.

CASO CLINICO

Paciente de 12 años que realiza seguimiento en (USMIJ) por alteraciones de conducta en el contexto de trauma (negligencia y maltrato).

Irregularidad en las citas, a las que acude con el abuelo (que ejerce función parental). Padres separados, ha residido con los abuelos maternos, madre y hermana. Seguimiento en Servicios sociales, por indicadores de desprotección se produce retirada temporal de custodia y pasó a centro de menores, con posterior traslado a dispositivo de perfil conductual. Retorno al domicilio, con acogimiento de abuelos.

Problemas de aprendizaje con adaptaciones curriculares a lo largo de primaria. (WISC-V: CIT: 94)

CLÍNICA:

Presenta muchas dificultades a nivel social, escasa relaciones interpersonales, conflictos frecuentes con iguales y pobre adaptación al entorno. Amenaza a los compañeros y hace comentarios inadecuados carentes de empatía (reza por satán, dice hacer brujería y asusta y solivianta a los compañeros para que se opongan al personal del centro), llegando a generar situaciones complejas en las que es preciso avisar a la policía. Se le traslada a otro centro, donde inicialmente actúa cauto, explora en ambiente y posteriormente retoma su conducta. Se ríe cuando hacen daño a los demás y verbaliza que le gusta.

En las visitas familiares, la madre le cuida como si fuera un bebé, de hecho, el menor refiere que en casa dormía en la misma cama que su madre, abrazados. Resulta complejo que la madre siga las instrucciones y le ponga límites al menor.

Hace comentarios velados sobre situaciones vividas, sobre las que no quiere profundizar.

Hace verbalizaciones de corte auto y heteroagresivo ("me gustaría ser puta y que me violaran").

En la única entrevista con la madre, su narrativa es poco consciente de la situación actual, describiendo un mundo que está totalmente alejado de la realidad.

En el colegio no muestra interés, hace lo que quiere y en los trabajos de grupo, manipula y ralentiza el ritmo de trabajo, él se posiciona como víctima y solicita salir de clase por estrés.

Suele requerir atención de personas con carácter más dócil y manipulable, ejerciendo un liderazgo negativo.

EPP:

C y O globalmente. Tranquilo. Actitud peculiar y distante, a veces prepotente. Contacto visual parcial en la interacción y cuando lo hace es de forma retadora. Lenguaje fluido y coherente con un discurso centrado en temas elegidos (fantasioso y macabro), usando palabras y expresiones de adulto, siendo compleja la conversación recíproca. Tendencia a la vivencia distópica de la realidad. Escasa empatía, pensamientos agresivos contenidos.

ESCALA PSICOPATIA

- Encanto superficial y locuacidad.
- Emociones superficiales, pone barrera al profundizar.
- Sentimiento de grandiosidad personal.
- Mentiras vivencias distópicas de construcción fantasiosa de la realidad.
- Manipulación de los compañeros.
- Falta sentimientos de culpa o arrepentimiento.
- Falta de empatía e insensibilidad.
- Disfruta del dolor ajeno
- No reconoce la responsabilidad de sus actos.
- Hace verbalizaciones en público de deseos de violencia sexual hacia él.

RESULTADOS

El apego evitativo es el precursor más claro de la psicopatía primaria, cuyo núcleo afectivo se caracteriza por la falta de remordimiento e insensibilidad.

El apego ansioso se relaciona con una psicopatía secundaria cuyo núcleo de conducta es la impulsividad, irritabilidad y vida antisocial.

El apego desorganizado, de mayor riesgo psiquiátrico, se asocia con trauma grave y se manifiesta por una combinación de manipulación fría (evitación) y explosiones de violencia (ansiedad).

Hipótesis de la integración hemisférica: sin vínculo estable, el desarrollo hemisferio derecho (procesamiento emocional y señales no verbales) no se desarrolla adecuadamente. Esto explica porque muchos psicópatas usan el lenguaje de forma experta para manipular, pero con un discurso carente de resonancia afectiva real.

La exposición a la violencia y maltrato actúa como motor para transformar el apego desorganizado en rasgos psicopáticos, aparece la disociación como defensa, estrategias de control coercitivo y falla en la regulación emocional, con alta reactividad violenta.

CONCLUSIONES

El factor afectivo (insensibilidad) se asocia consistentemente con el apego evitativo, mientras que el factor antisocial (impulsividad) se liga al apego ansioso.

El pronóstico de individuos que presentan la combinación de apego evitativo y psicopatía primaria es considerado uno de los más complejos que tiene un pronóstico de adaptación social funcional engañosamente alto.

BIBLIOGRAFIA

- Exploring attachment-related factors and psychopathic (MDPI 2025).
- (Blanchard & Lyons, 2016; Kyranides et al., 2021). Primary and secondary psychopathic traits: the role of attachment
- Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales (Dialnet, 2016).
- Saltaris, 2002. The early attachment experiences are the roots of psychopathy.
- APA 2016: Clarifying the associations between individual differences in general attachment styles and psychopathy.



ARFID y trastorno del espectro autista: la importancia del abordaje multidisciplinar

Barberá Bellés, Martina; ⁽¹⁾ Cabañés Suñer, Mar ⁽¹⁾ ;Fuster Jimenez, Maria ⁽¹⁾ ;Peraire Miralles, Marc ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ;Pardo Guerra, Maria ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ; Ramos Vidal, Carla ⁽¹⁾ ⁽²⁾

⁽¹⁾ Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

⁽²⁾ Universidad Jaime I de Castellón

INTRODUCCIÓN

El **Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)** es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por restricción persistente de la ingesta con consecuencias médicas y psicosociales significativas, sin preocupaciones sobre el peso o la imagen corporal⁽¹⁾. Se reconocen tres fenotipos: evitación sensorial, falta de interés y miedo a consecuencias adversas; este último se sustenta en hiperactivación amigdalina y circuitos de condicionamiento aversivo⁽²⁾.

El ARFID presenta la mayor heredabilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (0,79), comparable a la del TEA (0,64–0,91)⁽³⁾. Su prevalencia clínica se estima en torno al 12%, superior a la del autismo o el TDAH⁽⁴⁾.

Entre el **8,2 % y el 54,8 %** de los niños con ARFID presentan comorbilidad con TEA⁽⁵⁾. Los niños con ARFID tienen **14 veces más** probabilidad de tener autismo que aquellos sin ARFID⁽⁴⁾.

La hipersensibilidad sensorial, la rigidez cognitiva y las barreras comunicativas propias del TEA favorecen la evitación alimentaria y complican el diagnóstico y el tratamiento⁽⁶⁾.

DISCUSIÓN

El fenotipo de **miedo a consecuencias adversas** puede conceptualizarse como una ansiedad fóbica condicionada tras una experiencia traumática ⁽⁷⁾.

En el TEA, la hiperactividad sensorial y la rigidez cognitiva amplifican el condicionamiento aversivo e impiden su extinción ⁽²⁾. El estresor del atragantamiento constituyó el desencadenante inicial; el duelo traumático posterior actuó como factor de mantenimiento al reforzar la asociación entre deglución y daño. La dependencia de figuras de seguridad y el estilo parental sobreprotector son variables relacionales que perpetúan los rituales evitativos.

El síndrome de realimentación subraya la gravedad médica del ARFID severo y la necesidad de estabilización metabólica previa a cualquier intervención conductual.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón, 17 años · TEA grado 2 · Síndrome de Jacobs (47,XXY) · Discapacidad 65% · Grado II de dependencia

14
años

Episodio traumático de **atragantamiento** → maniobra de Heimlich por abuela materna. Inicio de **fagofobia**: restricción progresiva a presencia de figuras de seguridad.

16
años

Fallecimiento de la abuela por **colangiocarcinoma** con complicaciones digestivas (atragantamientos, vómitos, pérdida de peso). Duelo patológico → exacerbación de la restricción alimentaria.

17
años

Negativa total a la ingesta. Estudio orgánico negativo (gastroscopia, TC cuello, neurología). Ingreso en Psiquiatría Infantil + Medicina Interna por desnutrición severa.

UCI

Síndrome de realimentación al primer día de ingreso (vómitos, edemas, alteraciones analíticas) → traslado a UCI. Nutrición parenteral progresiva hasta 1.200 kcal/día por rechazo de sonda nasogástrica.

Tto.

Exposición gradual: líquidos → batidos sustitutivos → texturas sólidas. **Clonazepam** en solución oral 30 min antes de comidas. Multidisciplinar: logopedia, enfermería, psiquiatría, familia

Alta

Tolerancia de todas las texturas. Permisos sin incidencias. Derivación a Hospital de Día de **Unidad de Trastornos Alimentarios** para seguimiento estrecho.

CONCLUSIONES

1. El ARFID en el contexto del TEA requiere **detección precoz** y evaluación fenotípica detallada, dada la elevada comorbilidad y la complejidad clínica añadida por las características del neurodesarrollo.
2. El **abordaje multidisciplinar coordinado** —psiquiatría, medicina interna/pediatría/UCI, logopedia, enfermería, psicología, trabajo social y familia— es indispensable para revertir la restricción severa y prevenir complicaciones potencialmente fatales.
3. La **participación familiar** es un componente transversal irrenunciable: modificar dinámicas sobreprotectoras y promover la autonomía del paciente favorece la generalización de los logros al entorno domiciliario y escolar.

RERERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS





Asociación entre la duración de psicosis no tratada y el cortisol basal en jóvenes con un primer episodio psicótico

Silvina Guijarro, Daniel Muñoz-Samons, Marta Rodríguez-Pascual, Alícia Colomer-Salvans, Raquel Leal-Pujol, Elena Rubio-Abada, Regina Vila-Badia, Núria del Cacho, Anna Butjosa, Judith Usall.

SJD Sant Joan de Déu
Barcelona - Hospital

SJD Sant Joan de Déu
Fundació de Recerca

ISCIII
Instituto de Salud Carlos III

Introducción

La duración de psicosis no tratada (DUP) es un factor pronóstico clave en los trastornos psicóticos, asociado a una evolución clínica y funcional más desfavorable (1). Una DUP prolongada puede implicar una mayor exposición a estrés psicológico y ambiental derivado de experimentar síntomas psicóticos sin tratamiento.

Las alteraciones del eje hipotálamo–hipófiso–adrenal (HHA) y los niveles de cortisol se han relacionado con la fisiopatología de la psicosis, especialmente en fases tempranas (2–4). Sin embargo, la asociación entre DUP y cortisol basal ha sido poco estudiada en población infantojuvenil con primer episodio psicótico (PEP)

Objetivo

Evaluar si los niveles plasmáticos diurnos de cortisol en el momento del diagnóstico se asocian con una mayor DUP en pacientes infantojuveniles con PEP.

Metodología

Se analizó transversalmente una submuestra de 64 pacientes con PEP de 12–17 años en el momento de inclusión (T1), procedentes del estudio PROFEP (estudio longitudinal de PEP)

DUP: intervalo entre inicio de síntomas y comienzo del tratamiento antipsicótico.

Se utilizó la mediana (2,5 meses) para clasificar DUP corta (≤ 3 meses) y larga (> 3 meses).

El cortisol basal diurno se determinó mediante análisis sanguíneo estandarizado.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas.

Comparación entre grupos mediante t de Student.

Modelos de regresión logística binaria para analizar la asociación entre cortisol y DUP larga, ajustando por edad, sexo y gravedad psicopatológica.

Referencias

- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975–983.
- Cullen, A. E., De Brito, S. A., Gregory, S. L., Murray, R. M., Williams, S. C. R., Hodgins, S., & Laurens, K. R. (2022). Cortisol awakening response and diurnal cortisol levels in children at elevated risk for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 91(3), 226–235.
- Ciufolini, S., Dazzan, P., Kempton, M. J., Pariante, C., & Mondelli, V. (2019). HPA axis response to social stress is attenuated in schizophrenia but normal in first-degree relatives. *Schizophrenia Research*, 205, 38–44.
- Nordholm, D., Krogh, J., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C., & Nordentoft, M. (2018). Pituitary gland volume in patients with schizophrenia, subjects at ultra-high risk of psychosis and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 92, 72–80.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Proyecto PI21/0067, periodo 2022–2026.

Resultados

Tabla1:Características muestra total

Variable	Resultado
Edad (años)	15,98 $\pm$ 1,15
DUP (meses)	7,14 $\pm$ 10,68
Cortisol basal	373,63 $\pm$ 105,42
Sexo masculino	43/63 (68,3%)
DUP larga (>3 meses)	36/64 (56,3%)
Psicosis no afectiva	53/63 (84,1%)
Uso previo de psicofármacos	23/60 (38,3%)
PANSS positiva	22,50 $\pm$ 5,26
PANSS negativa	18,39 $\pm$ 6,97
PANSS general	38,78 $\pm$ 10,83
PANSS total	79,67 $\pm$ 18,96
PSP basal	48,34 $\pm$ 16,77

Diferencias clínicas entre grupos DUP

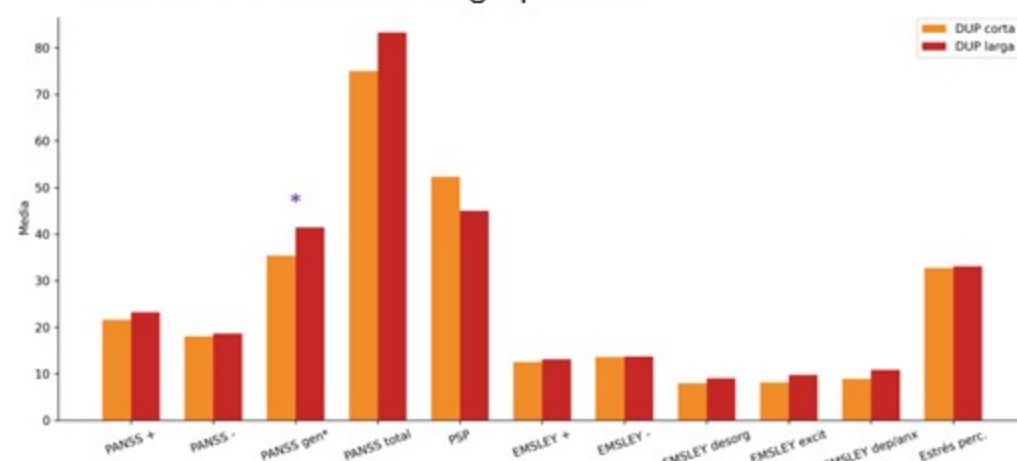


Tabla 2:Modelos de regresión logística

Modelo	Ajustes	OR cortisol	IC95%	p
Modelo 1	Crudo	0,998	0,992–1,004	0,466
Modelo 2	Edad + sexo	0,997	0,992–1,003	0,393
Modelo 3	Edad + sexo + PANSS general + cortisol* PANSSg	0,986	0,957–1,016	0,364

Conclusiones

En nuestra de pacientes infantojuveniles con PEP, la DUP no se asoció con los niveles plasmáticos basales de cortisol.

Tampoco aumentó la probabilidad de presentar una DUP prolongada tras ajustar por variables sociodemográficas y clínicas.

Sí se observó que los pacientes con DUP larga presentaron mayor gravedad psicopatológica general en la PANSS, consistente con estudios previos.

En población juvenil, la DUP podría estar más vinculada a la gravedad clínica global que a alteraciones basales del eje HHA.

Se requieren estudios con muestras mayores para clarificar la relación entre estrés biológico y DUP.



Aspectos positivos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes

García Pérez, Esmeralda (1) González Da Riba, Diego (2) Lizarraga García, Isabel (1), Vallejo Valdivielso, María (1) Canga Espina, Covadonga (1) Parada Valencia, María Fernanda (1) Ortiz Agudo, Álvaro (1) Frutos Cordovilla, Paula (1) Sánchez León, Yasmín (1) Díez Suárez, Azucena (1)
(1) Clínica Universidad de Navarra (2) Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN

Gran prevalencia de TDAH en **niños y adolescentes** (7%).
Escasa investigación de **aspectos positivos** en **niños y adolescentes**.
Predominio de estudios sobre aspectos positivos en **adultos**.

OBJETIVOS:

- **Describir** los aspectos positivos del TDAH descritos por sus padres en una muestra de niños/adolescentes.
- **Comparar** los aspectos positivos descritos con los que constan en la bibliografía existente.
- **Analizar** posibles diferencias según sexo, edad y forma de presentación.

MÉTODO

Diseño: Observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo-analítico.

Enfoque: Mixto (cualitativo + cuantitativo).

Fuente: Análisis secundario de datos basado en el Child Behavior Checklist/6-18 (CBCL/6-18).

Muestra: N=344, 6-17 años, Media edad=12,1 años, con diagnóstico de TDAH en CUN.

Datos: Respuesta de los padres/tutores a la pregunta "Por favor, describa los aspectos más positivos del niño".

ANÁLISIS CUALITATIVO:

Identificación y organización de los aspectos positivos en cinco áreas.

ANÁLISIS CUANTITATIVO:

Diferencias en **frecuencia** de presentación entre **áreas**.

Diferencias en **frecuencia** de presentación de áreas entre:

- Varones/Mujeres
- Niños/Adolescentes
- Subtipo TDAH (TDAH-I / TDAH-HI / TDAH-C)

RESULTADOS

Se identificaron **134 ítems**.

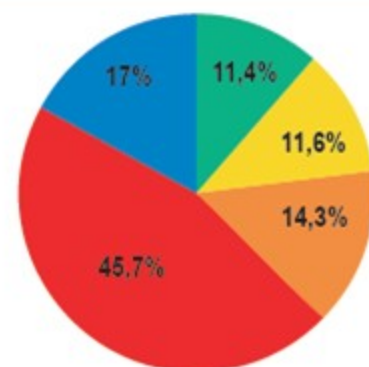
Más frecuentes: **"cariñoso", "bueno", "alegre" y "sociable"**.

- **"Nuevas experiencias"**: mujeres > varones
(IC95%: 1,03-2,88; p=0,037)
- **"Impacto dual"**: niños > adolescentes
(IC95%: 1,06-2,62; p=0,028)
- **No diferencias** según **subtipo** de TDAH

Áreas más representadas:

Humanidad > Resto de áreas
(p<0.005; p= 0.0000)

Impacto dual >
Resiliencia/Obediencia
(p<0.005; p= 0.0033)



CONCLUSIÓN

- Niños/adolescentes con TDAH, múltiples elementos positivos (>**empatía, afectividad, sociabilidad**).
- Distribución **varía** según **sexo y edad**.
- Importancia de **perspectiva basada en fortalezas** en la evaluación del TDAH, **reducir el estigma** y nuevos **estudios con grupos control**.

REFERENCIAS





Atención a las Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles en el Hospital universitario Puerta de Hierro (Majadahonda): un estudio descriptivo

*Paricio del Castillo, Rocío (1) Pascual Aranda, Ana (1) Palanca Maresca, Inmaculada (1)
(1) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda).*

Introducción

La presión asistencial en urgencias de Psiquiatría Infanto-Juvenil ha experimentado un incremento sostenido en los últimos años, con un peso creciente de la conducta suicida y los trastornos emocionales. Este fenómeno, descrito tras la pandemia por COVID-19, plantea retos relevantes en términos de triaje clínico, asignación de recursos y continuidad asistencial.

El análisis de los motivos de consulta, junto con el destino tras la valoración urgente, permite identificar patrones clínicos y optimizar la respuesta del sistema sanitario.

Objetivos

- Describir los motivos de consulta en urgencias psiquiátricas infanto-juveniles.
- Analizar los factores clínicos asociados a ingreso hospitalario.
- Explorar patrones de riesgo suicida en función de la presentación clínica.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 1206 episodios atendidos entre enero y diciembre de 2025 en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid.

Variables recogidas:

- Datos sociodemográficos
- Diagnóstico principal
- Presencia de conducta autolesiva
- Ideación suicida
- Destino tras la atención (alta vs ingreso)

Resultados

- N total: 1206 episodios
- Edad media: 14,3 años ($DE \pm 2,16$)

Motivos principales de consulta:

- Conducta autolítica: $n = 249$
- Ansiedad: $n = 178$
- Trastornos de conducta: $n = 136$

Destino tras la atención:

- Seguimiento ambulatorio en CSM: 70,1%
- Ingreso hospitalario: 21,7%

Hallazgos relevantes:

- La ideación autolítica casi duplica la tasa de ingreso respecto al intento autolítico registrado.
- La ideación suicida constituye el principal predictor de ingreso ($\approx 44\%$).
- La autolesión sin intencionalidad suicida presenta baja tasa de ingreso ($\approx 4\%$).
- Los cuadros de ansiedad muestran probabilidad de ingreso muy reducida ($< 2\%$).
- El grupo de conducta autolítica concentra el mayor volumen asistencial.

Distribución por edad:

- El grupo de 12–17 años representa $> 90\%$ de la demanda.
- Este mismo grupo concentra $> 98\%$ de los ingresos.

Discusión

Los resultados evidencian que la conducta suicida, en sus distintas formas de presentación, estructura la demanda urgente en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Dentro de este espectro, la ideación suicida emerge como el indicador clínico con mayor capacidad discriminativa para la decisión de ingreso, por encima incluso del intento autolítico consumado en algunos registros. Este hallazgo sugiere que la evaluación del riesgo no depende exclusivamente de la conducta observable, sino de la organización, persistencia y elaboraciones cognitivas asociadas a dicha ideación.

La menor tasa de ingreso en la autolesión sin intencionalidad suicida apunta a la necesidad de diferenciar funcionalmente estos comportamientos, que suelen vincularse a estrategias de regulación emocional más que a un deseo de muerte. Sin embargo, esta distinción exige una exploración clínica minuciosa, dado el potencial solapamiento entre ambas dimensiones. Desde una perspectiva organizativa, el predominio de casos que pueden ser manejados de forma ambulatoria tras la evaluación urgente indica que la intervención especializada en urgencias cumple una función de contención y cribado altamente eficiente. No obstante, la proporción de ingresos, concentrada en perfiles de mayor riesgo suicida, refleja la necesidad de dispositivos intermedios y de seguimiento intensivo que eviten hospitalizaciones cuando estas no resultan estrictamente necesarias.

La concentración de la demanda en el grupo adolescente (12–17 años) es coherente con la literatura clínica y plantea la conveniencia de estrategias preventivas específicas para este tramo evolutivo, incluyendo programas escolares, intervenciones comunitarias y protocolos de detección precoz.

En conjunto, estos resultados refuerzan la importancia de protocolos estructurados de evaluación del riesgo suicida que integren variables clínicas, evolutivas y contextuales, evitando decisiones basadas exclusivamente en la categoría diagnóstica inicial.

Conclusiones

- La conducta suicida constituye el principal motivo de atención urgente en Psiquiatría Infanto-Juvenil
- La ideación suicida es el predictor más relevante de ingreso hospitalario
- La mayoría de los casos puede manejarse de forma ambulatoria tras evaluación especializada
- Es necesario reforzar dispositivos comunitarios y estrategias de seguimiento intensivo
- La adolescencia concentra la mayor carga asistencial, lo que orienta prioridades preventivas.

Referencias

- R. Paricio del Castillo et al. (2024). Suicidio infanto-juvenil tras la pandemia de COVID-19. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 44(145), 19–45.
- J. Costa & J. C. Stagnaro (2017). Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. Vertex, 28(131), 30–32.



ATENCIÓN EN SALUD MENTAL SIN BARRERAS COMUNICATIVAS: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE REFERENCIA EN MENORES CON SORDERA

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao — Programa de Salud Mental y Sordera

Nieto Carricajo, Sonia; Pousa Rodríguez, Verónica; Olazabal Eizaguirre, Nora; Bilbao Goikoetxea, Irene; Otaola González, Maddi; Sesma Pardo, Eva; Kerejeta Lizeaga, Iñaki; Labrada Lerma, Ana; Fernández Rivas, María Aranzazu; González Torres, Miguel Ángel



INTRODUCCIÓN

La pérdida auditiva permanente es uno de los trastornos pediátricos más prevalentes, afectando a entre 2 y 3 por cada 1.000 recién nacidos vivos. Su relevancia no se debe únicamente al déficit sensorial, sino a que influye también en el desarrollo del lenguaje, el funcionamiento académico y la integración social de los individuos.

La evidencia científica señala que los niños y adolescents con sordera presentan un riesgo de desarrollar psicopatología entre 2-4 veces superior al de sus pares oyentes. Las tasas de derivación a servicios de salud mental se encuentran en un 18,1%, frente al 5% de la población general.

En cuanto al perfil psicopatológico de esta población, destaca el trastorno por déficit de atención e hiperactividad como el más prevalente (29,8%), seguido de trastornos intemalizantes como trastornos de ansiedad y cuadros afectivos (20-26%), especialmente en mujeres. Cabe destacar también el diagnóstico de trastorno del espectro autista (9-11%), que presenta ciertos marcadores específicos en menores con sordera.

Es importante mencionar también la elevada vulnerabilidad de esta población, que se debe principalmente a la privación lingüística temprana, que ocurre como consecuencia de que el 95% de estos niños nacen en familias oyentes, lo que deriva en una pobre comunicación durante el desarrollo. Esto influye e impide la correcta adquisición de la Teoría de la Mente, excepto en aquellas familias en las que varios miembros Tengan hipoacusia y esté instaurado el lenguaje de signos como medio de comunicación.

Mencionar el fenómeno de ensombrecimiento diagnóstico (atribuir toda la clínica a la sordera) como responsable de las elevadas tasas de sobre e infradiagnóstico en esta población, lo que hace necesaria una evaluación cuidadosa y sin barreras comunicativas.

El objetivo del estudio es describir las características clínicas, audiológicas, psiquiátricas y sociofamiliares de los menores de 18 años atendidos en el Programa de Sordera y Salud Mental del Hospital Universitario de Basurto.

METODOLOGÍA

- **Diseño:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.
- **Población de estudio:** menores de 18 años atendidos en el programa de sordera y salud mental del Hospital universitario de Basurto
- **Criterios de inclusión:**
 - Edad inferior a 18 años en el momento de la inclusión en el programa.
 - Diagnóstico de sordera o hipoacusia.
 - Atención en el programa específico de sordera y salud mental del hospital.
 - Disponibilidad de información clínica suficiente en la historia clínica.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes con información clínica incompleta que impida el análisis de las variables principales.
 - Pacientes atendidos de forma puntual sin seguimiento dentro del programa.
- **Tamaño de la muestra:** 70 pacientes
- **Análisis estadístico:** análisis descriptivo de las variables mediante estadística descriptiva (medias y desviación estándar para variables cuantitativas; frecuencias y porcentajes para variables cualitativas).
- **Sesgos y limitaciones del estudio.**
 - Diseño retrospectivo.
 - Información incompleta en historias clínicas.
 - Tamaño muestral limitado.

EL PROGRAMA

Se crea en el año 2012 de la mano de Verónica Pousa, psicóloga clínica, y Nora Olazabal, psiquiatra, con el objetivo de prestar atención a personas sordas con dificultades en salud mental. Surge como una respuesta ante la falta de recursos estructurados en el Sistema Nacional de Salud, constituyéndose como uno de los dos únicos equipos públicos específicos existentes a nivel estatal, junto con el del Hospital Gregorio Marañón.

Se trata de una unidad integrada por psiquiatría y psicología clínica con formación específica en lengua de signos, lo que permite establecer una comunicación directa, sin intermediarios y libre de barreras lingüísticas.

A diferencia del modelo asistencial ordinario, las consultas en este dispositivo tienen una duración ampliada —entre hora y media y dos horas— con el objetivo de asegurar una recogida exhaustiva de la información clínica y ajustar con precisión el abordaje terapéutico más adecuado para cada caso.

Desde su creación, el programa ha experimentado una progresiva ampliación de cobertura: inicialmente estuvo dirigido a población adulta de Bizkaia, posteriormente se extendió a niños y adolescentes de toda Euskadi, y actualmente atiende también a pacientes de comunidades limítrofes como Navarra y La Rioja.

RESULTADOS

70

pacientes incluidos

8,35

años edad media inicio

55,7%

con diagnóstico SM

GÉNERO, EDAD Y SEGUIMIENTO

VARIABLE	RESULTADO
Distribución por género	60 % hombres (N = 42) 40 % mujeres (N = 28)
Edad media de inicio	8,35 años (rango: 2–17 años)
Tiempo medio en el programa	3,13 años
Continúa en seguimiento	31,4 % (n = 22)

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SORDERA

TIPO DE SORDERA	N	%	TRATAMIENTO AUDITIVO	N	%
Hipoacusia neurosensorial bilateral profunda	61	87,1 %	Implante coclear bilateral	25	35,7 %
Hipoacusia en OD	3	4,3 %	Audífonos bilaterales	22	31,4 %
Hipoacusia en OI	2	2,9 %	Implante coclear unilateral	8	11,4 %
Otras	4	5,6 %	Implante coclear + audífono	4	5,7 %
			Audífono unilateral	4	5,7 %
			Sin tratamiento	7	10,0 %

87,1% de etiología congénita, diagnosticada los primeros meses de vida

DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL

DIAGNÓSTICOS	N	%
Sin diagnóstico	31	44,3 %
TEA/TGD	12	17,1 %
Trastorno de conducta	6	8,6 %
Trastorno ansioso-depresivo	5	7,1 %
Trastorno adaptativo	4	5,7 %
Trastorno del lenguaje	4	5,7 %
Otros trastornos	4	5,7 %
TDAH	2	2,9 %
Retraso madurativo	2	2,9 %

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

CON QUIÉN VIVE	N	%
Domicilio familiar (ambos padres)	46	65,7 %
Padres separados	14	20 %
Situación de tutela	2	2,86 %
Otros	8	11,43 %

CONDICIÓN	N	%	ESCOLARIZACIÓN	N	%
Adoptado	3	4,3 %	Ordinaria	45	64,3
Migrante	15	21,4 %	Adaptada	25	35,7

CONCLUSIONES

- **Necesidad de programas especializados:** La existencia de unidades con profesionales formados en lengua de signos y con consultas de larga duración permite evitar errores diagnósticos derivados de las barreras de comunicación.
- **Rol preventivo fundamental:** El que un 44,3% de los menores atendidos no presente un diagnóstico psiquiátrico demuestra que estas unidades actúan como un recurso esencial de prevención y acompañamiento ante dificultades adaptativas, interviniendo antes de que el malestar derive en un trastorno mental grave.
- **Diagnósticos:** La baja prevalencia de TDAH (2,9%) frente al 17,1% de TEA/TGD sugiere que realizar un cribado más preciso evita el sobrediagnóstico de algunos diagnósticos y permite detectar casos complejos de autismo que a menudo quedan ocultos bajo el "ensombrecimiento diagnóstico".
- **Insuficiencia de la tecnología auditiva:** A pesar de que el 85,7% fue diagnosticado precozmente y más del 50% portan de implantes cocleares, la necesidad de atención en salud mental persiste. Esto subraya la necesidad de llevar a cabo un abordaje biopsicosocial profundo.
- **Atención a la diversidad social:** La relevante presencia de población migrante (21,4%) en el programa indica la necesidad de desarrollar estrategias de salud mental que consideren la interseccionalidad entre la discapacidad sensorial y las barreras idiomáticas o sociales adicionales.

REFERENCIA S

1. Dreyzehner J et al. Depression in deaf and hard of hearing youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019
2. Ludwig NN et al. Considerations for the identification of autism spectrum disorder in children with vision or hearing impairment: a critical review of the literature and recommendations for practice. *Clin Neuropsychol.* 2022
3. Khalid U et al. Psychological well-being and mental health risks in deaf and hard of hearing youth: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2025.
4. Easwar V et al. Anxiety and depression in adolescents with prelingual hearing loss: prevalence and risk factors. *J Clin Med.* 2025
5. Madhesh A et al. Prevalence of depression, anxiety, and stigma among high school students with deafness and its association with their quality of school life: a national study from Saudi Arabia. *Res Dev Disabil.* 2025

ATENCIÓN SENSIBLE AL TRAUMA Y TERAPIA NARRATIVA EN ADOLESCENTE CON RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

López Carpintero, Beatriz; Lomas Pérez, Carlos; Zarzuela Ferrero, María Elena

INTRODUCCIÓN



Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), especialmente la anorexia nerviosa y los cuadros restrictivos subclínicos, presentan una elevada comorbilidad con experiencias adversas infantiles, negligencia y trauma interpersonal (1,2). La literatura muestra que el maltrato temprano, la disrupción del apego y la violencia familiar incrementan la vulnerabilidad a la restricción alimentaria como estrategia de regulación emocional (1,2). La atención sensible al trauma (trauma-informed care) propone intervenciones centradas en seguridad, validación y narrativa vital, incluyendo herramientas biográficas como la línea de vida, que pueden facilitar la integración de experiencias traumáticas y la mejoría clínica (3).

OBJETIVO E HIPÓTESIS



Objetivo: Describir la evolución clínica de una adolescente con restricción alimentaria en seguimiento ambulatorio mediante un abordaje sensible al trauma y uso de la técnica narrativa de la línea de vida.

Hipótesis: La integración de intervenciones centradas en trauma mejora el vínculo terapéutico, la conducta alimentaria, la regulación emocional y el funcionamiento psicosocial.

JUSTIFICACIÓN



La presencia de antecedentes de violencia de género en la familia, negligencia parental, exposición a consumo de sustancias, apego inseguro y vivencias potencialmente sexualizadas constituyen factores de riesgo relevantes para TCA (1,2). Incorporar modelos de atención sensibles al trauma podría reducir la re-traumatización, favorecer la alianza terapéutica y abordar los determinantes etiológicos subyacentes (3).

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo de una adolescente mujer de 15 años derivada desde Atención Primaria a consultas ambulatorias de Salud Mental por pérdida ponderal, restricción de ingestas, anemia ferropénica y déficit de folato, insomnio y sintomatología ansioso-depresiva. Durante el seguimiento, se lleva a cabo coordinación con enfermería de Salud Mental para pautas nutricionales. En entrevistas con paciente y madre, se sigue modelo de Atención Sensible al Trauma basado en seguridad, validación y psicoeducación (3) y Terapia Narrativa para reconstrucción cronológica de eventos significativos y adversidades.

RESULTADOS



Inicialmente presentaba restricción alimentaria mantenida, baja conciencia de enfermedad, tendencia al llanto frecuente, insomnio y conflicto vincular con figura paterna con antecedentes de consumo de sustancias, negligencia y situaciones inapropiadas en el hogar.

Tras cuatro consultas:

- Incremento progresivo de ingestas (de 1 comida/día a 3 comidas la mayoría de días). Mejor funcionamiento académico y social.

- Mejoría del estado de ánimo y del descanso subjetivo. Mayor apertura emocional y verbalización de experiencias traumáticas durante la línea de vida.
- Reducción de ambivalencia respecto al contacto paterno tras elaboración narrativa.
- Aumento de insight parcial sobre relación entre malestar emocional y conducta alimentaria.
- La paciente refirió sensación de “liberación” tras compartir recuerdos difíciles y mejorar la comunicación familiar.

DISCURSO/CONCLUSIONES

Este caso ilustra cómo la restricción alimentaria puede funcionar como estrategia de control ante experiencias de trauma relacional (1,2). La atención sensible al trauma favoreció una alianza terapéutica segura, disminuyó la evitación emocional y facilitó la adherencia terapéutica en lo nutricional (3). La técnica de línea de vida permitió organizar recuerdos, resignificar eventos adversos y promover coherencia narrativa, asociándose a mejor regulación afectiva (6).

La evidencia respalda la elevada prevalencia de trauma infantil en TCA y la necesidad de intervenciones específicas centradas en trauma (1,2,4). Incorporar estos enfoques en consultas de salud mental infanto-juvenil puede mejorar resultados clínicos y prevenir cronificación (4,5).

Se sugiere integrar sistemáticamente evaluación de adversidades tempranas y estrategias narrativas dentro del tratamiento multidisciplinar de TCA restrictivos.

REFERENCIAS

1. Brewerton TD. Trauma and eating disorders. *Eat Disord.* 2019;27:3-26.
2. Monteleone AM, Cascino G, Pellegrino F, Ruzzi V, Maj M. Childhood maltreatment and eating disorders. *Lancet Psychiatry.* 2021;8:113-128.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-informed care in behavioral health services. Rockville (MD): SAMHSA; 2014.
4. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet.* 2020;395:899-911.
5. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced CBT for adolescents with anorexia nervosa. *Behav Res Ther.* 2013;51:R9-R12.
6. Narrative Exposure Therapy Consortium. Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). Göttingen: Hogrefe; 2011.



Autolesión y disociación: a propósito de un caso

Lloret Pérez del Yerro, Emilio Santiago; Ortega García, Silvia; Guzmán Álvarez, Guadalupe; Sánchez Herrera, Diego Armando
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción y marco teórico

Las conductas autolesivas en la adolescencia constituyen un reto clínico relevante, particularmente cuando se asocian a fenómenos disociativos, alteraciones en la regulación emocional y déficits de mentalización

Descripción del caso

Adolescente de 17 años ingresada en USMIJ tras empeoramiento clínico progresivo, caracterizado por conductas autolesivas de repetición, cada vez más frecuentes, graves y localizadas en zonas de alto riesgo, incluyendo cara y cuello. Presentaba retraimiento social marcado, bloqueo emocional severo, empobrecimiento del discurso y notables dificultades en la regulación afectiva, simbolización y mentalización. Se objetivó deterioro global del funcionamiento, con abandono de rutinas básicas, alteraciones del autocuidado, desorganización conductual y afectación significativa en áreas familiar, social y académica. Los antecedentes incluían experiencias de exclusión social, elevada conflictividad familiar y acontecimientos vitales estresantes relevantes. La evolución en seguimiento ambulatorio y Hospital de Día fue desfavorable. Al ingreso, el riesgo autolítico se consideró alto, requiriendo contención intensiva. Durante la hospitalización, la coordinación con Protección de Menores evidenció indicadores de desprotección grave, motivando medida de protección y derivación a recurso terapéutico de media estancia.

Discusión

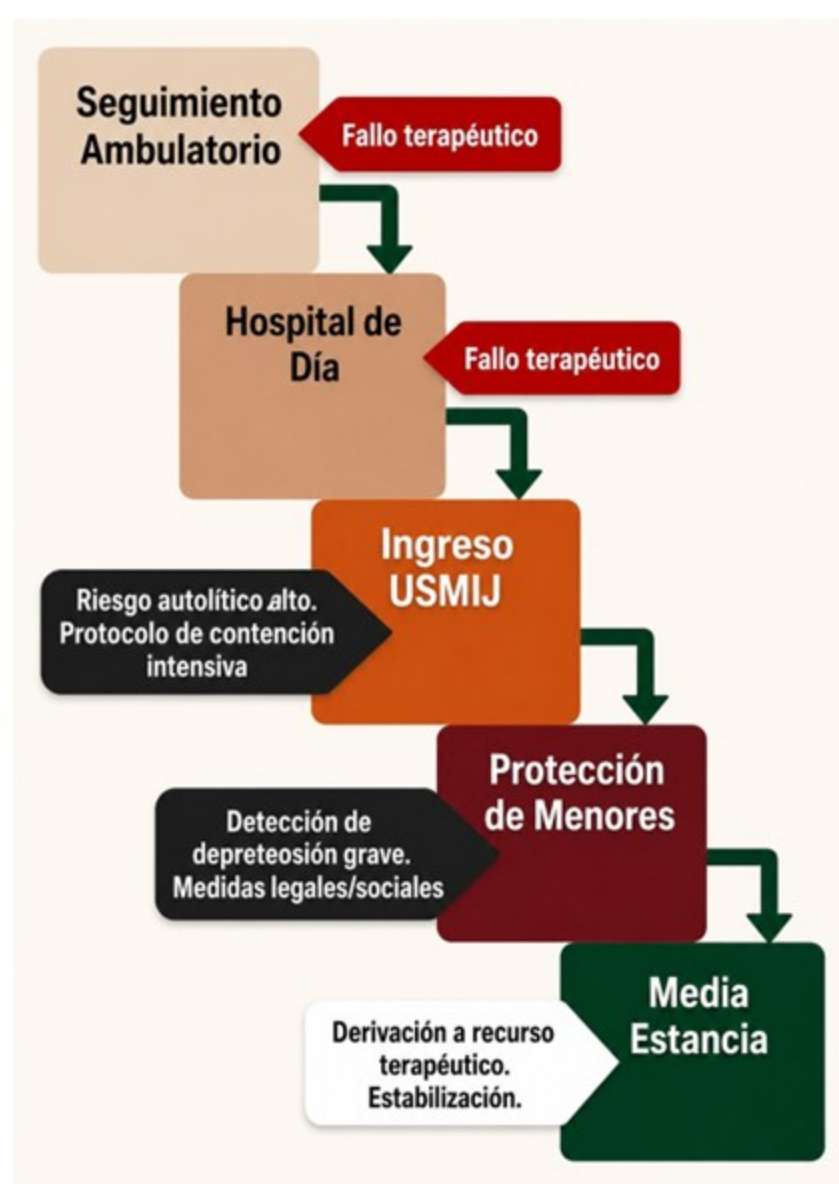
Este caso ilustra la compleja interacción entre trauma relacional, disociación, autolesión no suicida y déficits de mentalización en la adolescencia. La evolución refractaria sugiere la necesidad de abordajes prolongados, estructurados y multimodales. Así mismo, la contención ambiental y la intervención sistémica resultan elementos clave en la estabilización clínica y reducción del riesgo(1).

Conclusión

Los cuadros de alta complejidad en la adolescencia requieren evaluación longitudinal, integración diagnóstica y evaluar necesidad de derivación a dispositivos terapéuticos intensivos de media y larga estancia(2).

Referencias

1. Sommer JL, Blaney C, Mota N, Bilevicius E, Beatie B, Kilborn K, et al. Dissociation as a transdiagnostic indicator of self-injurious behavior and suicide attempts
2. Tanaka R, Ando S, Kiyono T, Minami R, Endo K, Miyashita M, et al. The longitudinal relationship between dissociative symptoms and self-harm in adolescents





Autolesiones en TEA: ¿qué perfiles clínicos presentan mayor riesgo?

Rodrigues Mascareña, Lydia (1); Alcindor Huelva, Patricia (1)
(1) Hospital Universitario Infanta Leonor

Introducción

La autolesión es frecuente en el Trastorno del Espectro Autista (TEA), con prevalencias cercanas al 42% (1). Las personas con TEA presentan mayor riesgo que la población general (2). La conducta puede relacionarse con dificultades de regulación emocional, especialmente con discapacidad intelectual (DI) (3), y aumenta en presencia de comorbilidad psiquiátrica (4).

A pesar de su relevancia clínica, persisten dificultades en la identificación precoz y manejo en contextos asistenciales reales (5).

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes con TEA en seguimiento en un centro de salud mental infantojuvenil.

Variables: sexo, DI, lenguaje funcional, comorbilidad médica y presencia/tipo de autolesión. Se calculó riesgo relativo (RR) para la asociación entre DI y autolesión.

Conclusiones

Las autolesiones son frecuentes en TEA en seguimiento ambulatorio. La DI se asocia a incremento significativo del riesgo. La identificación de factores clínicos asociados puede mejorar estrategias preventivas en práctica asistencial (4,5).

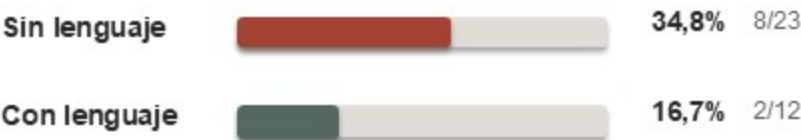
Resultados



Autolesiones según discapacidad intelectual



Autolesiones según lenguaje funcional



Tipos más frecuentes: cabezazos (n=3) y golpes (n=2).

Perfil de mayor vulnerabilidad
TEA + DI
± lenguaje funcional limitado

Referencias

1. Steinfeldt-Kristensen C, et al. J Autism Dev Disord. 2020;50:3857-3873.
2. Blanchard A, et al. JAMA Netw Open. 2021;4:e2130272.
3. Moseley RL, et al. Mol Autism. 2019;10:18.
4. Kim JH, et al. EClinicalMedicine. 2024;77:102863.
5. Coll-Óltra JV, et al. J Clin Med. 2026;15:1254.

Financiación

Sin financiación externa declarada.



Caracterización del perfil clínico basal en jóvenes con conducta autolesiva: Un análisis preliminar del estudio PsiloIMAGINE

Alvarez Vazquez, Jose Angel; Vamvakopoulou, Joanna; Nutt, David; Di Simplicio, Martina
Division of Psychiatry, Department of Brain Sciences, Imperial College London

Introducción

La prevalencia de autolesiones no suicidas (ALNS) en jóvenes entre 16 y 25 años se sitúa en 15–20% [1]. La desregulación emocional y los bajos niveles de autocompasión son mecanismos críticos para el inicio y mantenimiento de estas conductas [2]. Este análisis describe el perfil psicopatológico basal de los participantes del ensayo PsiloIMAGINE [3] e intenta explorar el rol de la autocompasión y la desregulación emocional como dianas terapéuticas previas a la intervención.

Metodología

PsiloIMAGINE evalúa un protocolo experimental que combina Psicoterapia Basada en Reescritura de Imágenes (ImRS) con psilocibina a dosis bajas (5 mg) para el tratamiento de la conducta autolesiva en jóvenes, buscando modificar las imágenes mentales desadaptativas que la mantienen. Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte inicial (N=16) evaluando distrés psicopatológico (DASS-21), regulación emocional (DERS-SF), autocompasión (SCS) y experiencias traumáticas tempranas (ACE), y se analizó la correlación entre autocompasión y desregulación emocional.

Características de la muestra

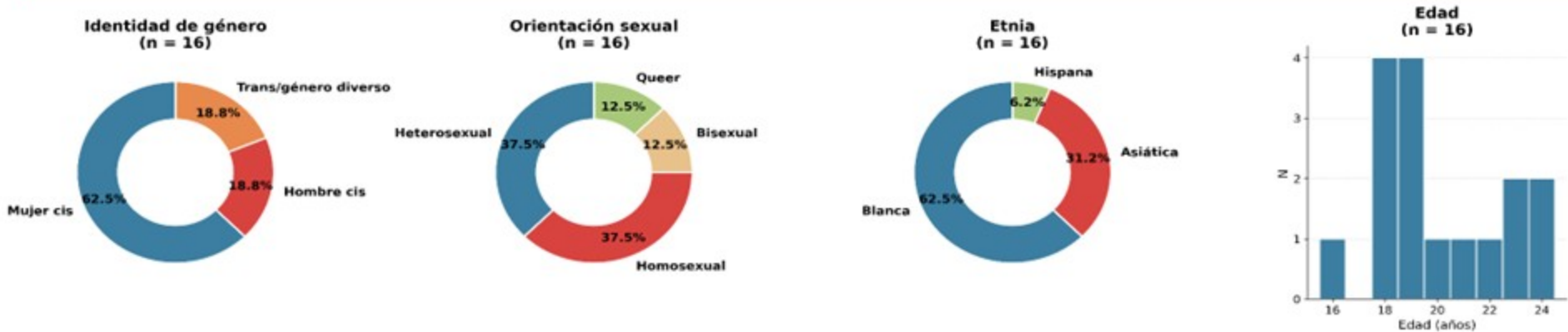


Fig. 1. Datos demográficos.

Resultados

En la muestra evaluada (N=16), las puntuaciones medias del DASS-21 fueron 28.25 (DS=9.49) para depresión y 14.75 (DS=6.32) para ansiedad, en rango moderado, y comparables para estrés. Los niveles de autocompasión muestran una media de 2.14 (DS=0.68) y la desregulación emocional una media de 53.81 (DS=9.56). Un 25% de los participantes presentó una carga traumática significativa con una puntuación ACE ≥ 4 . Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la autocompasión y la desregulación emocional ($r = -0.61$, IC 95% [-0.86, -0.14], $p = 0.016$).

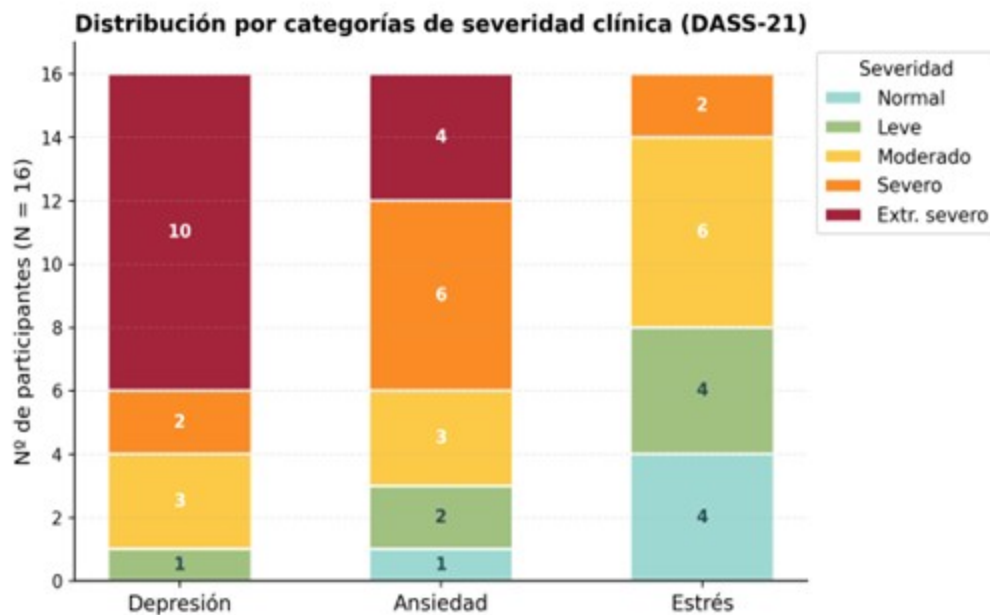


Fig. 2. Distribución de las subescalas de DASS-21.

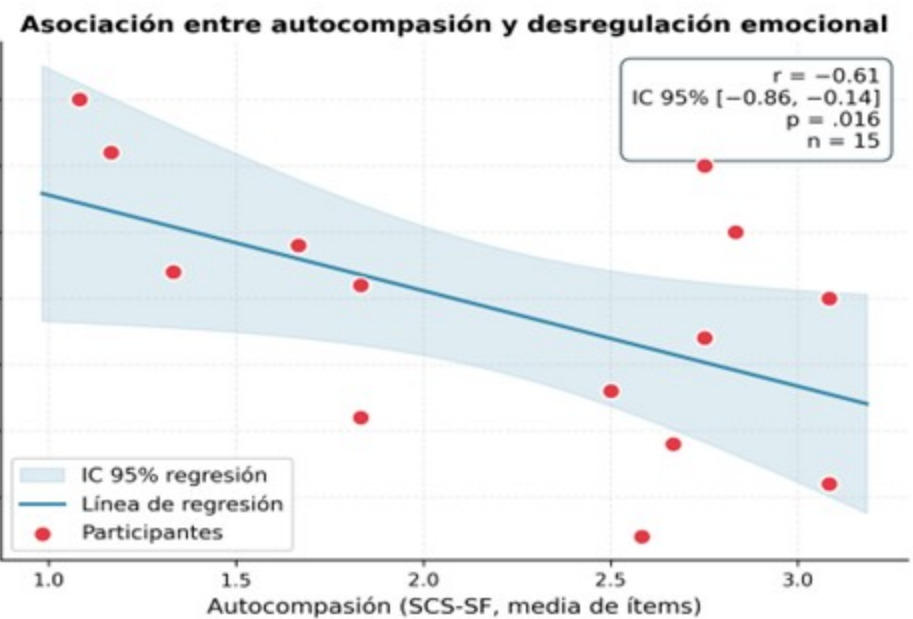
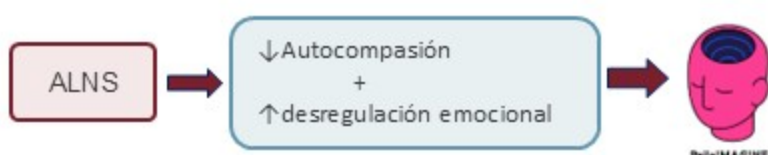


Fig. 3. Asociación entre autocompasión y desregulación emocional.

Discusión

Los participantes presentaron niveles muy elevados de sintomatología depresiva (62,5% en rango extremadamente severo en DASS-21), marcada desregulación emocional y bajos niveles de autocompasión. La correlación inversa fuerte entre ambos constructos ($r = -0,61$) es consistente con la literatura que los propone como mecanismos interrelacionados en el mantenimiento de las ALNS [3]. Esta relación plantea una hipótesis terapéutica: si la intervención PsiloIMAGINE incrementa la autocompasión a través de la modificación de imágenes desadaptativas [4], potenciada por la psilocibina [5], podría reducir secundariamente la desregulación emocional.

Conclusiones



Limitaciones

Tamaño muestral pequeño (N=16); diseño transversal sin posibilidad de inferencias causales.

La sobrerrepresentación de minorías sexuales y de género en la muestra limita la generalización de los hallazgos, aunque es coherente con la mayor prevalencia de autolesión documentada en estos colectivos.

Referencias

- [1] Farkas BF, Takacs ZK, Kollárovics N, Balázs I. The prevalence of self injury in adolescence: a systematic review and meta analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(10):3439-3458.
- [2] Liu J, LIJT, Zhou M, Lu HF, Fan YY, Mi S, Tang YL. Non suicidal self injury in adolescents with mood disorders and the roles of self compassion and emotional regulation. *Front Psychiatry*. 2023;14:1214192.
- [3] Vamvakopoulou J. PsiloIMAGINE: A Psychedelic augmented Mental Imagery based intervention for Young People With Self harm. *ClinicalTrials.gov:NC106798636*.
- [4] Kip A, Schoppe L, Arntz A, Morina N. Efficacy of imagery rescripting in treating mental disorders associated with aversive memories — An updated meta analysis. *J Anxiety Disord*. 2023;99:102772.
- [5] Doss MK, Poytzer M, Rosenberg MD, Sepeda ND, Davis AK, Finan PH, Smith GS, Pekar JJ, Barker PB, Griffiths RR, Barrett FS. Psilocybin therapy increases cognitive and neural flexibility in patients with major depressive disorder. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):574.

Financiación

El primer autor declara haber recibido financiación dentro del programa de ayudas a la formación avanzada en psiquiatría infanto-juvenil de la Fundación Alicia Koplowitz.



Caso clínico: Psicosis de inicio muy temprano (PIMT) en una paciente con antecedentes de alteraciones del neurodesarrollo

Retos diagnósticos y abordaje terapéutico

García Revilla J, Oliveras A, Vidaurrezaga R, Martínez-Orengo E, Navarro A, Forcelledo C, Barbero JD, Esteve M, Gracia R, Palao D · Parc Taulí

Trabajo sin financiación · Consentimiento informado disponible · Caso anonimizado



MENSAJE CLAVE

Debut psicótico antes de los 12 años en paciente con vulnerabilidad del neurodesarrollo: necesidad de diagnóstico diferencial TEA-psicosis y abordaje intensivo multimodal.

1 INTRODUCCIÓN

- PIMT: síntomas psicóticos antes de los 13 años.
- Entidad infrecuente, grave y heterogénea.
- Diagnóstico complejo por solapamiento con TEA y otros trastornos del neurodesarrollo.

2 TEST PSICOMÉTRICOS

WISC-IV 2018 CV 89 · RP 87 · MT 93
VP 88 · ICG 88
Perfil disarmónico

ADI-R 2019 A 5/10 · B 5/8 · C 0/3
No alcanza corte TEA

WISC-V 2024 ICV 76 · IVE 102 · IRF 94
IMT 82 · IVP 56 · CIT 77
ICG 87 · ICC 66

3 PPCC SOMÁTICAS

- 2019: VEEG, estudio metabólico, perfil tiroideo/CPK, X-Frágil y CGH-array: normales
- 2025: ECG y ecocardiograma normales
- 2026: RM craneal sin alteraciones destacables
- Celiaquía: biopsia Marsh 3B y serología positiva

4 CASO CLÍNICO

Paciente con sospecha de TEA y dificultades socio-comunicativas desde la infancia.

12 años

Desde 2023 ideación delirante de perjuicio y vigilancia, aislamiento, soliloquios, risas inmotivadas y conductas extrañas.

03/2026 · Reagudización psicótica con heteroagresividad hacia la hermana → ingreso UCA

5 EVOLUCIÓN

Debut

Delirio de tráfico de órganos; aislamiento.

Seguimiento

Hospital de Día + AIS/SIEI; curso fluctuante.

Ingreso UCA

Delirio hacia hermana + heteroagresividad.

Final ingreso

Encapsulación parcial y mejor autorregulación.

6 TRATAMIENTO

Hospital de Día

Cariprazina 7.5mg/día +risperidona (3mg/día)/sertralina (50mg/día)

Ingreso 2026

Clozapina hasta 150 mg/día
Litio hasta 1000 mg/día
Cariprazina 3 mg/día

7 RETO DIAGNÓSTICO

TEA ↔ PSICOSIS

Claves de alarma psicótica:

- Delirio estructurado de perjuicio.
- Autorreferencialidad con impacto emocional/conductual.
- Soliloquios, risas inmotivadas y desorganización.
- Deterioro funcional progresivo.

8 ABORDAJE

- Evaluación longitudinal y multidisciplinar.
- Coordinación familia-escuela-salud mental.
- Adaptaciones académicas y soporte funcional.
- Psicoeducación familiar y contención de crisis.
- Ajuste farmacológico escalonado.

9 CONCLUSIONES

- 1 En TEA, la aparición de delirios estructurados y deterioro funcional obliga a descartar psicosis.
- 2 La PIMT requiere intervención precoz, intensiva y coordinada entre dispositivos.
- 3 La clozapina puede ser una opción en cuadros refractarios, con monitorización estrecha.
- 4 La neuropsicología ayuda a perfilar vulnerabilidad cognitiva y necesidades de apoyo.

PALABRAS CLAVE

psicosis de inicio muy temprano

adolescencia

TEA

diagnóstico diferencial

caso clínico



¡Escanear para ver la Bibliografía!



Parc Taulí
Consorci Corporació Sanitària



CLOZAPINA Y MIOCARDITIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA : A PROPÓSITO DE UN CASO



Hospital Regional
Universitario
de Málaga

Rosa de Bengoa Reyes, Hugo Sarmiento Ledesma, María Inmaculada Romera Gutiérrez
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La clozapina es un antipsicótico de elevada eficacia, indicado en cuadros graves refractarios . En psiquiatría infantil puede constituir una opción en pacientes con trastornos del neurodesarrollo y alteraciones conductuales graves ante fracaso terapéutico. Sin embargo, su utilización está limitada por efectos adversos graves, como la miocarditis por clozapina. La incidencia se sitúa entre el 0,7–1,2% con una mortalidad de hasta 30% en ausencia de diagnóstico precoz.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 11 años con trastorno del espectro autista y alteraciones conductuales graves, con fracaso terapéutico. Se inició tratamiento con clozapina mediante titulación gradual, monitorización clínica y analítica estrecha siguiendo las recomendaciones actuales. Durante el proceso el paciente presentó fiebre, y elevación de marcadores confirmándose el diagnóstico de miocarditis aguda, precisando ingreso en la UCI. La detección precoz del cuadro permitió la suspensión inmediata del fármaco, con evolución favorable y resolución completa del cuadro.

DISCUSIÓN

La miocarditis por clozapina aparece habitualmente durante el primer mes de tratamiento. Los síntomas iniciales son inespecíficos. La elevación de PCR y de la troponina, junto con la monitorización sistemática durante las primeras semanas, constituye el método más sensible para su detección precoz. Esto es fundamental , ya que permite una retirada inmediata del fármaco, que suele asociarse a una recuperación completa.

CONCLUSIÓN

Este caso ilustra cómo la miocarditis puede aparecer incluso tras una introducción cuidadosa de Clozapina. La vigilancia clínica y analítica estrecha durante las primeras semanas permite mejorar el pronóstico y reducir la morbimortalidad mediante la detección precoz y la suspensión del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA





Conectividad funcional cerebral en infancia y adolescencia con Trastorno del Espectro Autista y sus hermanos/as

Daniel Ilzarbe^{a,b,c,d}, Mireia Rosa^a, Alejandro Hinojosa^b, Emma Muñoz-Moreno^b, Olga Puig^{a,b,c,d}, Luisa Lázaro^{a,b,c,d}, Rosa Calvo^{a,b,c,d}

a. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona; b. Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), Barcelona; c. Centro Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM); d. Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Los estudios de neuroimagen en Trastorno del Espectro Autista (TEA) muestran conectividad funcional cerebral aumentada en la infancia¹ y reducida en la adultez², hipotetizándose un neurodesarrollo alterado³. En hermanos/as (recién nacidos/as⁴ y adolescentes⁵) de pacientes con TEA también se ha descrito una dismaduración en la red de activación por defecto. El objetivo es evaluar la conectividad funcional cerebral entre participantes con TEA, sus hermanos/as no diagnosticados/as y controles.

MATERIAL Y MÉTODOS

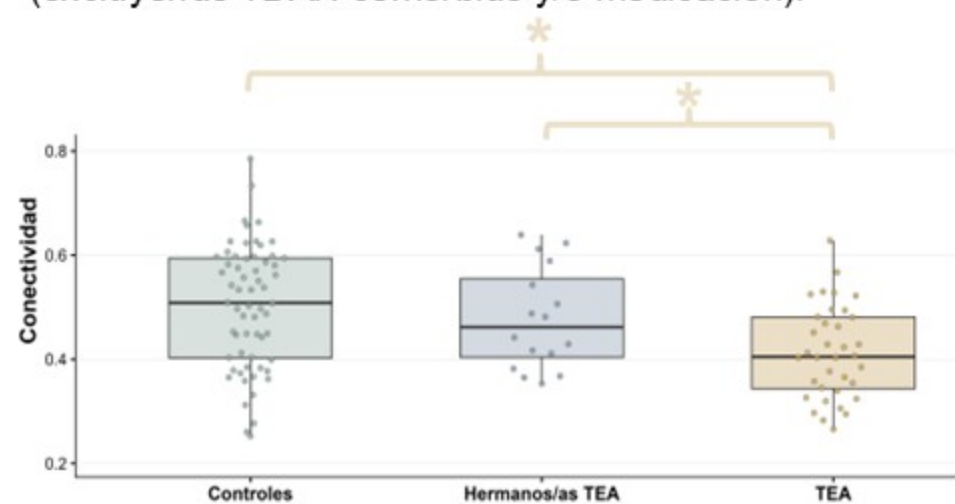
Estudio de casos y controles transversal con 45 participantes con TEA, 20 hermanos/as no afectados y 68 controles sanos. La muestra final excluyó aquellos con exceso de movimiento en la resonancia magnética funcional de reposo (8 minutos de adquisición).

Se realizó un análisis de componentes independientes para identificar los mapas espaciales de las redes funcionales cerebrales. Se estimaron modelos mixtos incluyendo edad y sexo como covariables.

RESULTADOS

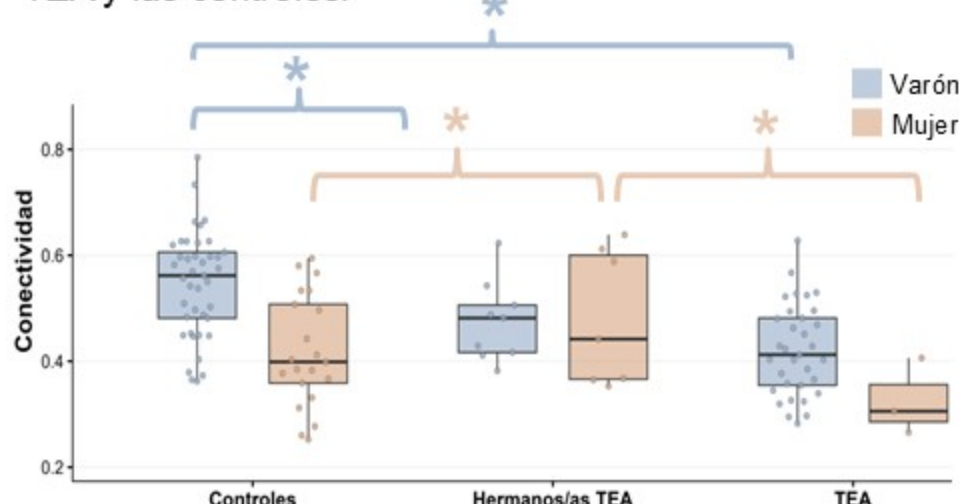
Efecto grupo

En la **red sensoriomotora**, los niños y adolescentes con TEA mostraron una conectividad funcional reducida frente a sus hermanos y a los controles; manteniéndose en los análisis de sensibilidad (excluyendo TDAH comórbido y/o medicación).



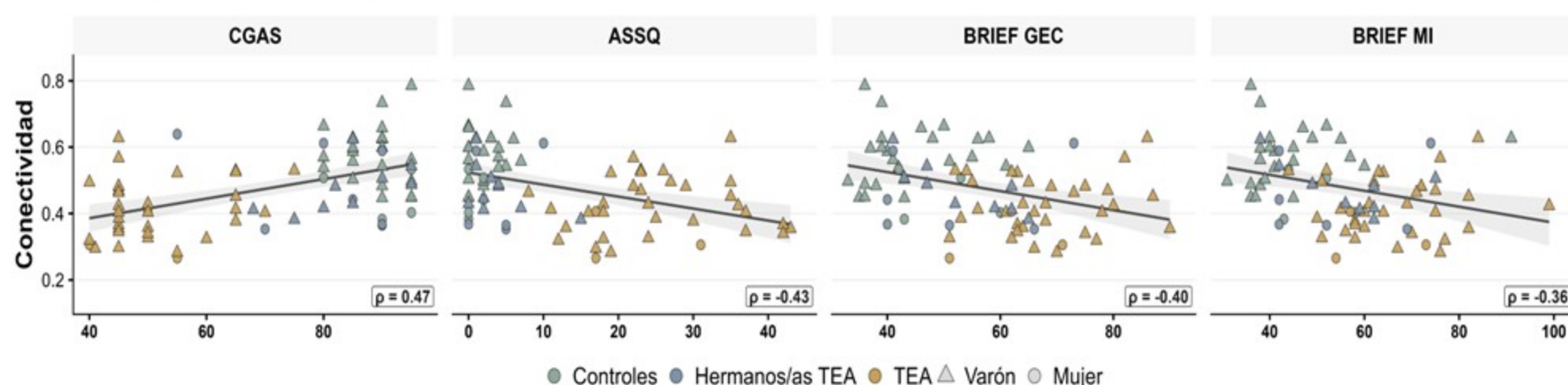
Análisis por sexo

Los varones con TEA y sus hermanos presentaron menor conectividad que los controles, mientras que las hermanas de pacientes con TEA mostraron una conectividad aumentada respecto a las pacientes con TEA y las controles.



Correlación con clínica y neuropsicología

La conectividad se correlacionó significativamente con el funcionamiento global (CGAS; $r=0,47$) y con la función ejecutiva (BRIEF; $r_s<-0,35$).



CONCLUSIÓN: Los participantes con TEA mostraron menor conectividad funcional en la red sensoriomotora frente a hermanos/as y controles. La conectividad se asoció con funcionamiento global y función ejecutiva, con posibles diferencias moduladas por sexo.



Consumo de cannabis y riesgo longitudinal de Trastorno Bipolar y síntomas maníacos en adolescentes: revisión sistemática y metaanálisis

Sanjuán Ortiz, Cecilia^{1,2,3}; Querol, Paula⁴; Aymerich, Claudia^{1,5,6}; Laherrán, Nuria¹; Navalón, Pablo^{2,3,7}; Rojo-Bofill, Luis M.^{2,3,7}; Salazar de Pablo, Gonzalo^{1,8}.

1. Departamento de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia, King's College London; 2. Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Universitari i Politécnic La Fe, Valencia, España; 3. Departamento de Medicina, Universitat de València; 4. Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España; 5. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España; 6. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); 7. Grupo de Investigación en Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe; 8. Child and Adolescent Mental Health Services, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK.

Introducción

El consumo de cannabis durante la adolescencia se ha asociado con un mayor riesgo de trastornos mentales graves^{1,2} la evidencia longitudinal sobre su relación con trastornos del espectro bipolar sigue siendo limitada^{3,4}.

Objetivo

Sintetizar la evidencia prospectiva sobre la asociación entre consumo de cannabis y la aparición de síntomas maníacos/hipomaníacos y/o Trastorno Bipolar (TB) incidente en adolescentes.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS (PRISMA)



Metodología

- ✓ Criterios PRISMA/MOOSE.
- ✓ Búsquedas en PubMed y Web of Science desde su inicio hasta el 27 de octubre de 2025.
- ✓ Criterios de inclusión:
 - estudios observacionales longitudinales
 - consumo de cannabis previo a síntomas maníacos/hipomaníacos o diagnóstico de TB
 - consumidores Vs. no consumidores.
 - edad media de inicio de consumo igual o menor a 18 años.
- ✓ Se realizaron metaanálisis de efectos aleatorios.
- ✓ La calidad metodológica se evaluó mediante la Newcastle–Ottawa Scale.

Resultados

6
ESTUDIOS
LONGITUDINALES
INCLUIDOS

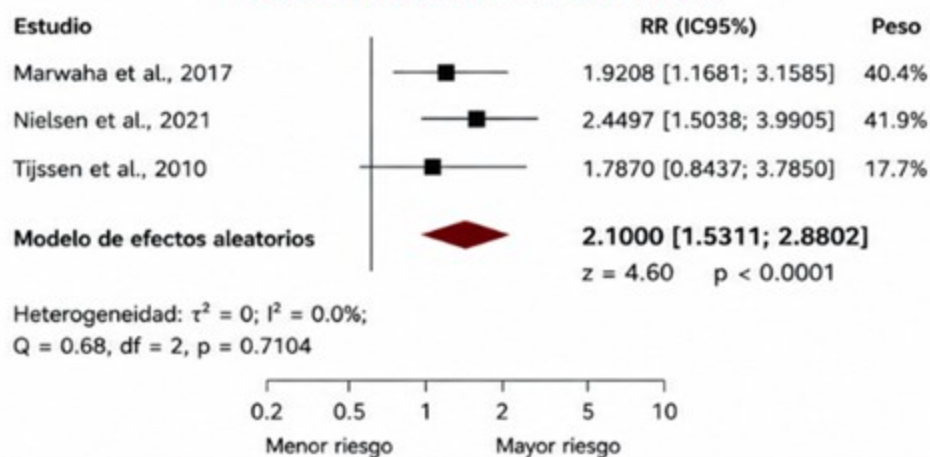
6
PAÍSES EN
4 CONTINENTES

5–18
AÑOS DE
SEGUIMIENTO

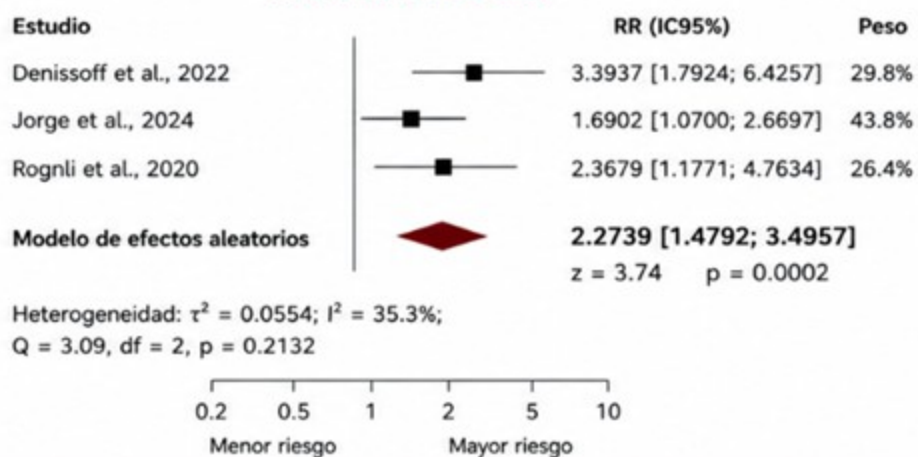
47–65%
DE PARTICIPANTES
MUJERES



SÍNTOMAS MANÍACOS / HIPOMANÍA



TRASTORNO BIPOLAR



Conclusión

El consumo de cannabis durante la adolescencia duplica el riesgo de Trastorno Bipolar y de síntomas maníacos posteriores.

Estudio	País	Seguimiento (años)	% mujeres	Muestra (N total / N cannabis)	Edad (media ± DE; rango)	Resultado principal	Hallazgos principales	NOS
Denissoff et al., 2022	Finlandia	17–18	51.2	6325 / 352	N.d. (15–16)	TB (ICD)	↑ riesgo de TB HR=2.34 *	9
Jorge et al., 2024	Brasil	5	53	3712 / 715	18	TB (MINI)	↑ riesgo de TB OR=2.0	9
Marwaha et al., 2017	Reino Unido	5	64.7	3370 / 61	17 ± N.d.	Síntomas hipomanía (HCL-32)	↑ hipomanía; relación dosis-respuesta. OR=2.21	7
Nielsen et al., 2021	Dinamarca	5	54.1	866 / 52	16 ± N.d.	Hipomanía subclínica (HCL-32)	↑ riesgo RR=3.0	6
Rognli et al., 2020	Noruega	9	56	2602 / 317	15.1 ± 2 (12–20)	TB (proxy: estabilizadores del ánimo)	↑ probabilidad de tratamiento (OR=5.36)	9
Tijssen et al., 2010	Alemania	8.3	47.2	1395 / 31	15.1 ± 1.1 (14–17)	Síntomas maníacos (DIA-X/M-CIDI)	↑ riesgo de inicio de manía (OR=4.26)	8

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS

Abreviaturas: HR: Hazard Ratio; RR: Risk Ratio; OR: Odds Ratio N.d.: No descrito; NOS: Newcastle–Ottawa Scale

*Pierde significación tras ajuste por consumo de sustancias.



Referencias:





Consumo de sustancias como estrategia de ajuste social en adolescentes con TEA

Ràfols Pérez, Maria ⁽¹⁾ ; Baykova Platonenkova, Evgenia ⁽²⁾

⁽¹⁾ Xarxa de Salut Mental i Addiccions IAS Girona (Hospital de Santa Caterina) ⁽²⁾ CSMIJ de la Selva Marítima

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre TEA y TUS en la adolescencia configura un escenario de elevada complejidad clínica y terapéutica. Las características nucleares del TEA pueden actuar como factores predisponentes para el inicio y mantenimiento del consumo.

En muchos casos, el consumo cumple funciones de **desinhibición social y regulación de la ansiedad**, favoreciendo el afrontamiento de situaciones interpersonales percibidas como estresantes.

OBJETIVO

Describir el caso clínico de un adolescente con diagnósticos TEA, TDAH y AACC, analizando la **función del consumo como estrategia de ajuste social y el abordaje clínico**.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 17 años en seguimiento en CSMIJ desde los 11 años por dificultades en la interacción social y elevada impulsividad. Antecedentes perinatales de parto inducido por rotura prematura accidental de membranas con probable sufrimiento fetal intraparto. Valoración por Atención Temprana a los 3 años sin orientación diagnóstica concluyente.

Se establecen **diagnósticos** de **TEA, TDAH y AACC**. A los 16 años presenta alteraciones conductuales en el ámbito escolar y familiar (fugas del domicilio, conductas anti normativas), episodios de desregulación emocional e inicio de consumo de sustancias.

Historia toxicológica

Inicia consumo de **THC** en 2023, con progresión a patrón diario en algunos periodos, asociado a consumo de **tramadol** (200–300 mg/día), ingesta episódica de alcohol con antecedentes de intoxicaciones etílicas agudas y algún **episodio de binge-drinking**. Consumos puntuales de **ketamina, benzodiacepinas, MDMA, LSD y 2C-B** con finalidad de desinhibición social y modulación ansiosa.

1) Butwicka A, Långström N, Larsson H, Lundström S, Serlachius E, Almqvist C, Frisén L, Lichtenstein P. Increased risk for substance use-related problems in autism spectrum disorders: a population-based cohort study. J Autism Dev Disord. 2017;47:80–89. doi:10.1007/s10803-016-2914-2.

2) Huang J, Yang F, Chien W, et al. Risk of substance use disorder and its associations with comorbidities and psychotropic agents in patients with autism. JAMA Pediatr. 2021;175(2):e205371. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5371.

ABORDAJE TERAPÉUTICO



- ✓ Tratamiento multidisciplinar e integrador consistente en el seguimiento coordinado entre profesionales de **psiquiatría infantojuvenil, psicología especializada en adicciones y trabajo social**.
- ✓ Abordaje multicomponente basado en la **intervención individual y familiar**, complementada con coordinación con el centro educativo.
- ✓ Enfoque asertivo basado en un **modelo de intervención comunitario**, con visitas en el centro de salud mental y centro de drogadicciones locales.
- ✓ Intervención basada en el **vínculo terapéutico y el modelo motivacional**.

DISCUSIÓN

El TUS se ha considerado poco frecuente en pacientes con TEA, atribuyéndose el mayor riesgo de consumo a la comorbilidad con TDAH¹. No obstante, la **evidencia científica en este ámbito continúa siendo limitada**, especialmente en población adolescente².

Estudios recientes sugieren que el **TEA podría asociarse**, por sí solo, a un **mayor riesgo** de problemas relacionados con el consumo de sustancias respecto a la población general, siendo la **comorbilidad con TDAH** el principal factor asociado a consumo problemático y consecuencias graves derivadas del mismo¹.

CONCLUSIONES

- El TUS debe considerarse una **posible complicación** clínica en adolescentes con TEA.
- El consumo de sustancias puede actuar como mecanismo de **facilitación social y regulación ansiosa**.
- Los pacientes con **TEA** presentan **mayor riesgo** de problemas relacionados con el consumo respecto a la población general.
- Son necesarios abordajes terapéuticos **integradores, multidisciplinarios y de base comunitaria**, adaptados a las necesidades de esta población.



CONVERGENCIA DEL TRAUMA, CULTURA Y NEURODIVERGENCIA:



Impacto de equipo multidisciplinar y mediación cultural en adolescente con trastorno de estrés postraumático complejo

Acosta, Carlos Enrique; Díaz, Cristina; Salmerón, Ignacio; Lopez, Carolina; Cercos, Amanda;

INTRODUCCION

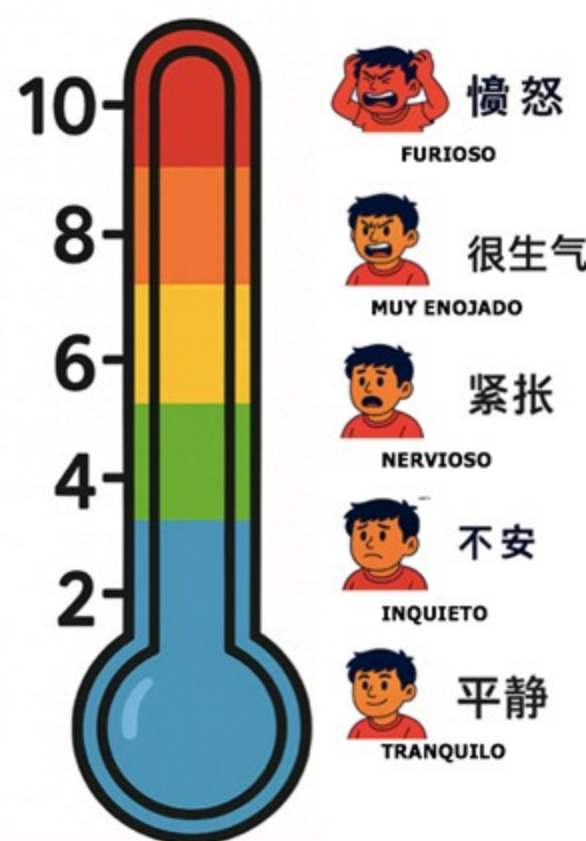
Los adolescentes con **Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-c)** con dificultades de regulación emocional, presentan mayor vulnerabilidad a disociación, y conducta suicida; con un riesgo significativamente aumentado si asocia un **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**. La barrera idiomática y cultural incrementa este riesgo de manera significativa.

CASO CLINICO

Adolescente de 16 años, de origen chino, diagnosticado con **TEPT-c** y **TEA**, ingresa por sobreingesta autolítica durante episodio disociativo. Para lograr estabilidad clínica prolongada se coordina un equipo multidisciplinar:

- ❑ **Psiquiatría:** ajuste farmacológico de clozapina, monitorización de efectos adversos, y psicoeducación adaptada.
- ❑ **Psicología:** identificación de emociones, técnicas de grounding ante disociación, activación conductual y trabajo sistémico para abordar dinámicas madre-hijo afectadas por el trauma.
- ❑ **Terapia Ocupacional:** diseño de un "*termómetro emocional*" basado en autorregulación escalonada desde actividades sensoriales, a peticiones de apoyo y solicitud de rescate farmacológico.
- ❑ **Educación Social:** acompañamiento estructurado a recursos educativos, ocio y actividades normalizadoras tras el alta.
- ❑ **Trabajo Social:** vinculación de la madre a ayudas económicas, servicios para familias con hijos con trastornos mentales y coordinación interinstitucional.
- ❑ **Intérprete/mediadora cultural:** traducción clínicamente precisa y explicación de claves culturales chinas, lo que facilitó alianza terapéutica y adherencia familiar.

La intervención se realiza por el **Programa de Intensificación Domiciliaria**, con una evolución clínica favorable al no presentar nuevos ingresos y mantener reintegración social y mejoría funcional.



DISCUSION

- ❑ Los estudios muestran que los adolescentes TEA con comorbilidad traumática y cuadros disociativos tienen mayor riesgo de autolesión y suicidio (1).
- ❑ En cuanto al modelo asistencial, los programas de tratamiento intensivo en domicilio reducen reingresos y días de hospitalización respecto al ingreso convencional (2).
- ❑ El uso de intérpretes profesionales mejora la alianza terapéutica, precisión diagnóstica y calidad de la atención, especialmente cuando actúan como mediadores culturales (3).

CONCLUSIONES

Este caso evidencia que la prevención de la conducta suicida es efectiva con la combinación de psicofarmacología, intervención psico-ocupacional estructurada, trabajo familiar culturalmente adaptado y continuidad asistencial en domicilio; transformando la trayectoria de jóvenes con TEPT-c, de un patrón de ingresos reiterados, a una estabilidad prolongada, funcional y sostenible.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Kim JH, Lee J, Shim S, Cheon K A. Association of self-harm and suicidality with psychiatric co-occurring conditions in autistic individuals: a systematic review and pooled analysis. eClinicalMedicine. 2024.
- (2) Bechdolf A, Nikolaidis K, von Peter S, et al. Utilization of psychiatric hospital services following intensive home treatment. JAMA Netw Open. 2024.
- (3) Bamford J, Abraham S, Alachkar M, et al. Interpreters as cultural brokers in mental healthcare. BJPsych Bull. 2024;48(2):73-77.



Cronicidad y adolescencia: la construcción de la identidad a propósito de un caso clínico.

Palmay Paredes, Valeria Sofía (1); Rodríguez Roque, Geisel Judith (1)
(1) MIR PIYA – Hospital Universitario Virgen del Rocío

INTRODUCCIÓN

- Adolescencia: etapa clave para la construcción de la identidad y narrativa personal.
- Las enfermedades crónicas pueden interferir en las tareas evolutivas de esta etapa.
- Riesgo de centralización del rol de paciente dentro de la identidad del adolescente.
- Impacto en el desarrollo emocional, social y en la percepción de sí mismo. (1, 2).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de 16 años con enfermedad renal crónica diagnosticada a los 7 años. Tras estabilidad post-trasplante renal, presenta pérdida de la funcionalidad del injerto hace tres años, requiriendo el reinicio de hemodiálisis. Desde entonces se observa retraimiento social progresivo y absentismo escolar; se identifican síntomas ansiosos asociados a las sesiones de hemodiálisis, ánimo bajo con sentimientos de culpa vinculados a su rol dentro del núcleo familiar y conductas purgativas motivadas por el temor al descontrol de su enfermedad.

DISCUSIÓN



Figura 1. Generada mediante inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI) a partir de indicaciones de los autores.

Se observa una fluctuación de la vivencia emocional en estrecha relación con la evolución de la enfermedad, lo que sugiere una identidad condicionada por el estado somático y su curso clínico.

CONCLUSIONES

- ✓ La enfermedad crónica precoz puede nuclear la identidad adolescente.
- ✓ Impacto en el desarrollo personal y psicosocial.
- ✓ El abordaje multidisciplinar es fundamental para favorecer la evolución psicosocial.

REFERENCIAS

1. Tong A, et al. Quality of life of young adults and adolescents with chronic kidney disease. J Pediatr. 2013;163 (4).
2. Valero-Moreno S, et al. La estructura factorial de la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes adolescentes con enfermedad crónica. Arch Argent Pediatr. 2019;117(4).



Cuando el malestar no encuentra palabras

Conducta suicida y apego en la adolescencia

Rodrigues Mascareña, Lydia (1); Alcindor Huelva, Patricia (1); Urdiales Monje, Laura (1); Rodríguez Quiroga, Alberto (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor

1. Introducción

- La conducta suicida en la adolescencia constituye un problema prioritario de salud mental.
- La autolesión no suicida incrementa el riesgo de intento y suicidio posterior.

4. Banderas rojas

- Conducta suicida previa
- Autolesión como estrategia de regulación
- Vivencia de inutilidad
- Escasa red adulta protectora
- Invalidación emocional parental
- Pérdidas no resueltas y discontinuidad asistencial

2. Presentación del caso

- Adolescente de 14 años, sin antecedentes psiquiátricos previos.
- Deterioro funcional y académico progresivo durante el último año.
- Conflicto materno persistente, elevada autoexigencia y vivencia de soledad.



3. Análisis clínico

Cronología clínica

- 1

1.er ingreso 04/2024
 - Ánimo bajo, culpa y vivencia de “ser una carga”.
 - Ideación autolítica activa, autolesiones e intento de precipitación frustrado.
- 2

2.º ingreso 10/2025
 - Sobreingesta de paracetamol intencionalidad suicida.
 - Reitera la ingesta al día siguiente; posteriormente pide ayuda a una amiga.

Ambivalencia del intento

- “quiero desaparecer” pero también “necesito ayuda”*
- El contacto con una amiga abre una ventana de intervención.

La **ideación autolítica** aparece como vía de escape ante dolor psíquico intenso.

Las **autolesiones previas** funcionan como antesala de mayor vulnerabilidad suicida.

Situación actual: mejoría funcional y social; persisten autoexigencia y conflicto materno.

5. Formulación desde el apego, plan y conclusión

Formulación desde el apego

La baja disponibilidad emocional y la invalidación pueden amplificar la vivencia de carga, desesperanza y desregulación afectiva.

La evidencia apoya la asociación entre adversidad relacional y mayor riesgo autolesivo, reforzando la necesidad de incorporar la evaluación familiar al abordaje clínico.

Plan terapéutico

- Evaluación dinámica del riesgo suicida y plan de seguridad.
- Restricción de medios letales y delimitación de señales de alarma.
- Intervención psicoterapéutica centrada en regulación emocional y autoconcepto.
- Psicoeducación familiar y coordinación con escuela, CSM y trabajo social.

Conclusión

Cuando el malestar no encuentra palabras, encuentra conductas. Nuestra tarea es aprender a escucharlas.

Referencias

1. Olsson M, et al. Pediatrics. 2018;141:e20173517.
2. Carballo JJ, et al. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020;29:759-776.
3. Thapar A, et al. Lancet. 2022;400:617-631.
4. Reavley NJ, et al. Lancet Psychiatry. 2025;12:623-624.
5. Hua LL, et al. Pediatrics. 2023:e2023064800.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para este trabajo.

Consentimiento de pacientes

Sí, se dispone del consentimiento del/de los pacientes.



CUANDO EL TOC GRAVE SE PRESENTA CON MANIFESTACIONES PSYCHOTIC-LIKE

Un desafío diagnóstico en un paciente adolescente

Boadas i Gironès, Mireia ; Duran Forteza, Oscar; Martí Oristell, Núria; Vidaurrezaga Jimenez, Raquel; Bonet Soto, Ariadna; Martínez Orengo, Elena; Navarro Sanchez, Alba; Río Peña, Víctor; Pujals Altes, Elena; García Liso, Rebeca

Servei de Salut Mental Infanto-Juvenil - Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)

01 INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un diagnóstico frecuente en nuestras consultas, con múltiples grados de gravedad, pudiendo llegar a manifestarse con clínica de apariencia psicótica, generando solapamiento fenomenológico con los trastornos psicóticos.

Se presenta un adolescente que ingresa en Unidad de Agudos de Psiquiatría Infantojuvenil por declive funcional y cambio conductual, con sospecha inicial de debut psicótico.

02 DESCRIPCIÓN DEL CASO



16 años

- Ingresa por declive funcional, abandono de hábitos higiénicos y aislamiento social.
- Ruptura biográfica un año atrás.

EPP al ingreso destaca

- Contacto evitativo
- Inhibición psicomotriz
- Bradipsiquia
- Hipofonía
- Discurso escasamente productivo con importante latencia de respuesta pero sin aparente desorganización formal.

Ante **sospecha inicial de clínica psicótica**, se inicia aripiprazol 10mg/día con mejoría parcial en el bloqueo inicial.

Al largo del ingreso se evidencia...

- Planificación sobrevalorada del presente y futuro.
- Ideación obsesiva centrada al miedo al fracaso y en ser una mejor versión de sí mismo.
- Compulsiones asociadas en forma de listas, horarios rígidos de estudio.
- Interacción social con iguales más espontánea pero con cierto componente instrumental.

Ante **orientación diagnóstica de TOC** se inicia fluoxetina hasta 60mg/día y se disminuye aripiprazol a 5mg.

Las pruebas complementarias fueron normales.

Se realiza también intervención psicológica con intervenciones cognitivo-conductual centradas en psicoeducación, identificación de obsesiones y de compulsiones y iniciando estrategias de prevención de respuesta.

Se logra una **mejoría significativa** de la sintomatología obsesiva y funcionamiento global, siendo derivado a Hospital de Día para completar intervención.

03 DISCUSIÓN

¿Qué ejemplifica el caso?

- El caso expone como un TOC grave con insight casi nulo puede simular un debut psicótico en adolescentes, especialmente cuando la interferencia de las ideas obsesivas provoca inhibición psicomotora, declive funcional marcado.

¿Qué dificulta el diagnóstico diferencial?

- Hasta un 20-30% de adolescentes con TOC severo pueden presentar creencias sobrevaloradas de intensidad casi delirante y rituales rígidos, dificultando el diagnóstico diferencial frente a síntomas o prodromos de psicosis.

¿Qué es fundamental para el diagnóstico?

- La evaluación longitudinal, la observación directa y la información familiar son fundamentales para identificar formas atípicas de TOC y diferenciarlas de un primer episodio psicótico.

¿Qué aporta la respuesta al tratamiento?

- La respuesta diferencial al tratamiento – mejoría significativa con ISRS y limitación conductual – nos orienta a la etiología obsesiva y guía la intervención terapéutica.

04 CONCLUSIONES

El TOC puede presentarse de forma atípica, constituyendo un reto diagnóstico.

La evaluación longitudinal, observación sistemática, información familiar y respuesta al tratamiento son esenciales para el diagnóstico diferencial.

Reconocer las presentaciones atípicas permite optimizar el abordaje terapéutico y mejorar el pronóstico funcional del paciente.



69ab335bca914

"CUANDO LA PSICOSIS NO ES ESQUIZOFRENIA": Debut bipolar tras un primer episodio psicótico en la adolescencia.

Yohanna Rincón Lemus^{1a*}, Estefanía Segura Escobar^{1d}, Verónica Duarte Chang^{1b},
Elena Nogales Campos^{1c}, Luis Beato Fernández^{1e}.

¹ Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España.

^a ORCID: 0009-0001-3309-1864, ^b ORCID: 0009-0008-8004-5896, ^c ORCID: 0009-0006-7028-1241.

^d Facultativo Especialista Adjunto en Psiquiatría Infantil.

^e Jefe del Servicio de Psiquiatría.



MENSAJE CENTRAL

El primer episodio psicótico en adolescentes no siempre implica esquizofrenia. La evolución longitudinal y los síntomas afectivos pueden orientar hacia un trastorno afectivo bipolar.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CASO



INTRODUCCIÓN

El primer episodio psicótico (PEP) en adolescentes supone un reto diagnóstico, ya que puede corresponder tanto a trastornos psicóticos primarios como a trastornos afectivos con síntomas psicóticos. Los síntomas afectivos y antecedentes familiares pueden orientar hacia trastorno afectivo bipolar (TAB), siendo fundamental el seguimiento longitudinal (1,2).

Hasta el 60% de los adultos con TAB presentan inicio sintomático antes de los 20 años (3).

DATOS RELEVANTES DEL CASO

- Edad de inicio: 17 años.
- Antecedente fliar: TAB
- PEP con síntomas afectivos desde el inicio.
- Evolución longitudinal con viraje (manía+ depresión)



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 17 años, sin antecedentes psiquiátricos ni consumo tóxico, con adecuado funcionamiento premórbido y antecedente familiar de TAB. Consultó por ansiedad, insomnio, alucinaciones auditivas y visuales e ideación persecutoria, precisando ingreso en unidad de psiquiatría infantojuvenil. Los estudios complementarios descartaron organicidad y consumo de sustancias.

Tras mejoría inicial con antipsicóticos, evolucionó a episodio maníaco con ideación megalomaniaca, precisando ingreso hospitalario, más tarde cursó con un episodio depresivo sin reaparición de síntomas psicóticos, orientándose finalmente el diagnóstico hacia TAB tipo I.



DATOS CLÍNICOS SOBRE TRASTORNO BIPOLAR PEDIÁTRICO

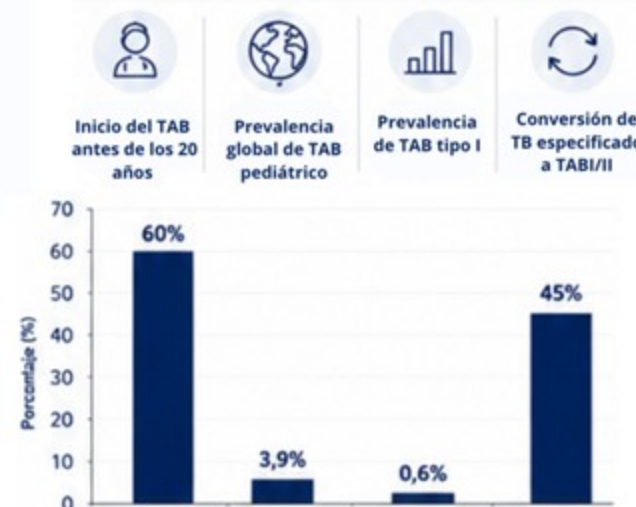


Figura 1:
Birnbau B. UpToDate,2024 (1), Birnbau B. UpToDate,2025 (2)

El seguimiento longitudinal sigue siendo la herramienta diagnóstica más importante en adolescentes con PEP.



DISCUSIÓN

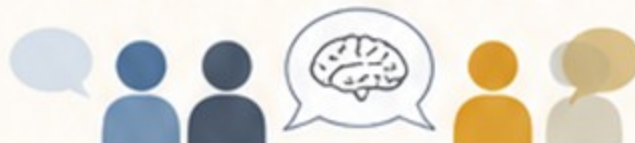
La literatura describe que los síntomas psicóticos y los antecedentes familiares de TAB constituyen predictores de evolución bipolar en adolescentes (1,3). Asimismo, estudios longitudinales muestran que hasta un 45% de los jóvenes con trastorno bipolar especificado evolucionan posteriormente hacia TAB tipo I o II (4).

El caso refleja las dificultades diagnósticas del PEP en población adolescente y la necesidad de reevaluaciones clínicas sucesivas para detectar síntomas afectivos emergentes (5).



CONCLUSIONES

La presencia de síntomas afectivos y antecedentes familiares debe alertar sobre posible evolución hacia trastorno afectivo bipolar (1,2,5).



FINANCIACIÓN

No financiación.



REFERENCIAS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

«El autor del póster ha recabado consentimiento informado escrito del paciente incluidos en este póster o de sus representantes legales, según proceda»



Cuando la salud mental entra en el aula. Modelo de colaboración CSMIJ-escuela para comprender las conductas en alumnado con TEA y discapacidad intelectual

Helena Rivera¹, Joana Sanchez¹, Anaïs Montserrat²

1. Psicólogas CSMIJ Gironès i Pla de l'Estany

2. Psiquiatra/Jefe de servicio CSMIJ Gironès i Pla de l'Estany

INTRODUCCIÓN

La comprensión de las **conductas desafiantes** en alumnado con **trastorno del espectro autista (TEA)** y discapacidad intelectual supone un reto frecuente en el ámbito educativo, especialmente cuando existen limitaciones en la comunicación. En el marco de una colaboración entre salud mental y educación, se desarrolló un programa de coordinación entre un **Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ)** y un **colegio de educación especial**.

El reto central

Las conductas desafiantes en alumnado con TEA y discapacidad intelectual a menudo no se comprenden en su dimensión funcional, generando:

- Sobrecarga del profesorado
- Aumento de derivaciones en el CSMIJ
- Prioridad excesiva en la vía farmacológica
- Falta de estrategias preventivas escolares

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta colaboración sistemática y continuada se concretó con un modelo de intervención que integraba la presencia directa del profesional de salud mental en el centro escolar.

Se implementó un **programa formativo** dirigido al profesorado que incluía cuatro seminarios:



Posteriormente se organizaron **espacios periódicos de reflexión conjunta** entre docentes y profesionales de salud mental para compartir experiencias y elaborar estrategias preventivas adaptadas al nivel de desarrollo del alumnado.

RESULTADOS

El modelo de colaboración conjunta con el siguiente esquema



Ha mostrado después de 8 años



CONCLUSIONES

Comprensión funcional de la conducta

La coordinación interdisciplinaria entre salud mental y educación favorece una mejor comprensión funcional de las conductas desafiantes, identificando sus causas y funciones en lugar de responder únicamente a los síntomas visibles.

Potenciación del entorno escolar

El modelo potencia estrategias preventivas en el propio entorno escolar, fortaleciendo las competencias del profesorado y reduciendo la dependencia de recursos especializados externos para situaciones que pueden ser gestionadas desde la escuela.

Reducción de intervenciones especializadas La intervención precoz y contextualizada puede **reducir la necesidad de intervenciones especializadas y farmacológicas**, con beneficios directos para el alumnado, las familias y el sistema de salud mental público.



DBT-A Express: Implementación de una Intervención Multifamiliar Breve en una Unidad de Hospitalización Aguda

Eulalia Anglada^{1*}, Maria Llobet¹, Ana E. Ortiz¹, Daniel Ilzarbe¹, Astrid Morer¹, Luisa Lazaro¹
¹ Hospital Clínic de Barcelona

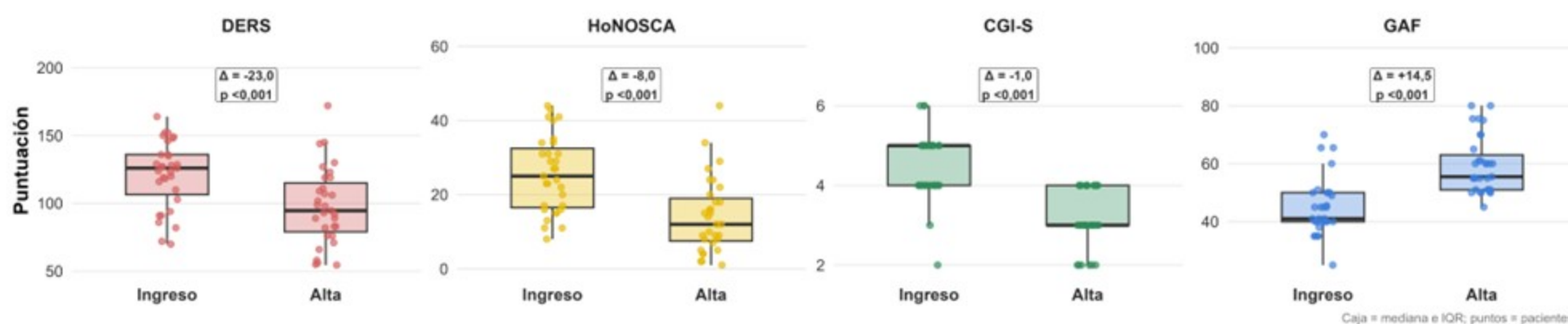
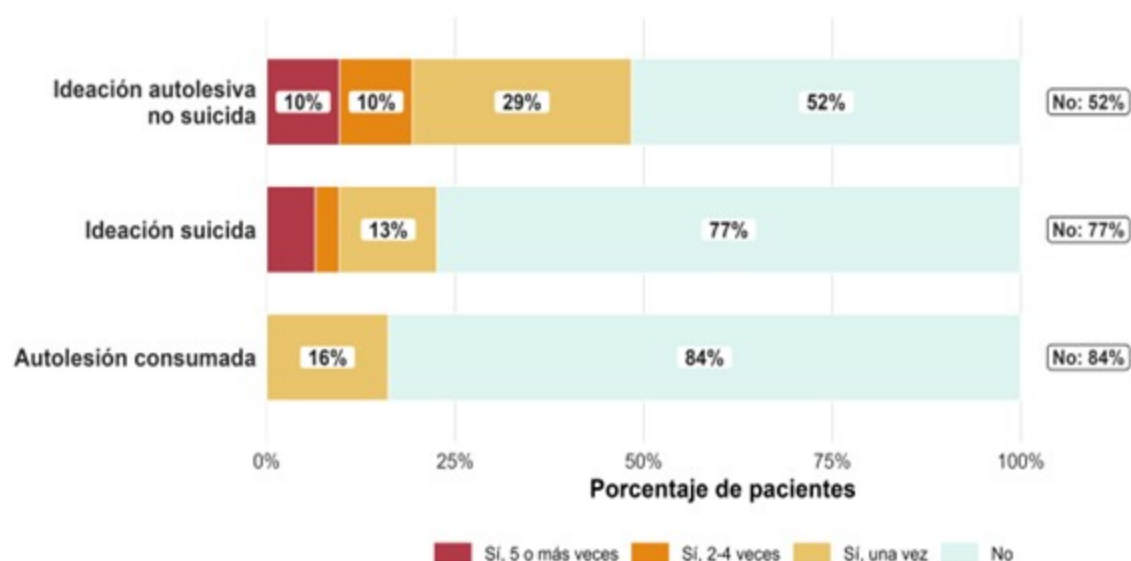
Introducción:

La desregulación emocional en adolescentes se asocia a autolesión y riesgo suicida y es un motivo frecuente de ingreso en unidades de hospitalización psiquiátrica aguda. Aunque la terapia dialéctico-conductual adaptada a adolescentes (DBT-A) ha demostrado eficacia a nivel ambulatorio, su aplicación durante el ingreso se ve limitada por la alta gravedad clínica, el tiempo reducido y la complejidad asistencial. Existe escasa evidencia sobre **intervenciones DBT breves, viables y aceptables** en este contexto.

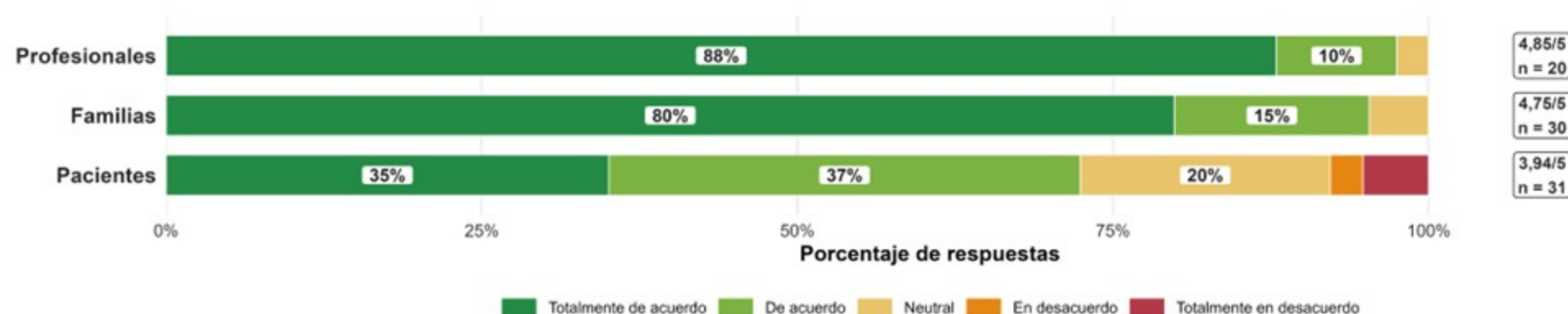


Resultados:

- ❖ Se reclutaron 31 adolescentes (84% mujeres) de 16 años de edad de media (rango: 15-17).
- ❖ El 87% se habían autolesionado en el último mes (45% más de 6 episodios).
- ❖ La hospitalización media fue de 26 días y fueron derivados a hospital de día (62%) o centro de salud mental infanto-juvenil (38%).
- ❖ El 64,5% de los pacientes completó las tres sesiones, con una asistencia del 100% en pacientes y del 96,4% en familias.
- ❖ Se observaron mejoras clínicas significativas entre el ingreso y el alta en regulación emocional (DERS: -23,0), gravedad clínica (HoNOSCA: -8,0; CGI-S: -1,0) y funcionamiento global (GAF: +14,5), con p ajustada < 0,001 en todas las medidas
- ❖ Al alta se observó menor incidencia de ideación y conducta autolesiva.



- ❖ La intervención fue altamente aceptada por familias (media 4,75/5) y profesionales (media 4,85/5). La aceptabilidad en pacientes fue favorable, con una media de 3,94/5.



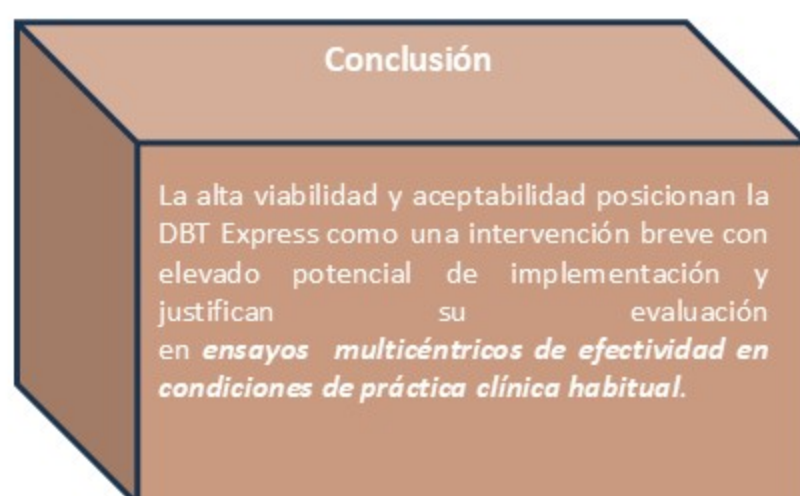
En adolescentes hospitalizados por desregulación emocional, DBT Express mostró **alta viabilidad** en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda, integrándose en la práctica asistencial habitual y evidenciando elevada adherencia y participación familiar.

Asimismo, la DBT Express mostró **alta aceptabilidad**, especialmente en familias y profesionales, en un contexto donde la implementación psicoterapéutica suele ser limitada.

Las mejorías clínicas observadas durante el ingreso son prometedoras, aunque preliminares por el diseño no controlado.

Referencias:

Chua JD, Bellonci C, Sorter MT. Treatment of Childhood emotion dysregulation in inpatient and residential settings. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2021; 30(3): 505-525. DOI: 10.1016/j.chc.2021.05.001





De la consulta a la comunidad: grupo familiar subsahariano para la atención de trastornos del neurodesarrollo

Sanchez Martinez, Joana ¹ Diallo Ba, Diariatou ² Rivera Abelló, Helena ¹ Castillo Alarcón, Maria de la Paz ³

1. Psicólogas CSMIJ Gironès i Pla de l'Estany (IAS)
2. Mediadora intercultural Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
3. Psiquiatra CSMIJ Gironès i Pla de l'Estany (IAS)

Introducción

Salt presenta una de las tasas más altas de población extranjera de Cataluña (37–40%), con el 80% de los nacidos de progenitores extranjeros. Se detecta **baja adherencia** al seguimiento en salud mental infantojuvenil (CSMIJ).

El objetivo es mejorar la comprensión de los **trastornos del neurodesarrollo (TND)** y reducir ausencias mediante una intervención grupal dirigida a familias subsaharianas.

Metodología

01

Grupo abierto · 12 familias

Coordinado con Pediatría en el centro de salud de referencia. Frecuencia mensual de **90 minutos** por sesión.

02

Profesionales

Mediadora transcultural y **psicóloga clínica** codirigen las sesiones para garantizar accesibilidad cultural y rigor clínico.

03

Fase inicial · 3 sesiones

Exclusivamente con progenitores: **psicoeducación** sobre TND y construcción de **cohesión grupal**.

04

Fase de incorporación de los hijos

Alternancia entre abordaje **psicoterapéutico** y **psicoeducativo**. Grupo de WhatsApp para facilitar la comunicación y la adherencia continuada.

Conclusiones

La intervención grupal comunitaria se ha consolidado como un **modelo pragmático y replicable** en salud mental infantojuvenil pública.

Mejora simultáneamente la **adherencia terapéutica**, la **coordinación interprofesional** y la **eficiencia asistencial**, todo ello respetando la diversidad cultural de las familias atendidas.

Contexto

Salt · Girona · Cataluña
Población extranjera: **37–40%**
Nacidos con progenitores extranjeros: **80%**
Coordinación: CSMIJ + EAP + Pediatría

Palabras clave

Salud mental infantojuvenil · Inmigración · Trastornos del neurodesarrollo · Intervención grupal · Mediación transcultural · Adherencia terapéutica

Resultados Clínicos y de Eficiencia

Comprensión

Mejora en la interpretación conductual y comprensión de las dificultades de los hijos

Bienestar

Mayor satisfacción parental y bienestar familiar global

Adherencia

Reducción a **2 visitas individuales anuales** al CSMIJ sin ausencias no avisadas

Coordinación

Observación clínica ecológica y coordinación mensual consolidada con Pediatría

Eficiencia

Reducción de consultas por desregulación conductual · **balance coste-beneficio favorable**



Debut de clínica psicótica tras el aumento de metilfenidato, a propósito de un caso

Navarro Sánchez, Alba María (1) Cortés Moreno, Adelaida (1) Navarro Oriola, Judit (1), Forcelledo Fernández, Cristina (1) Martínez Orengo, Elena Teresa (1) Pujals Altes, Elena (1) (1) Corporación Consorcio Sanitario Parc Taulí

Introducción

El metilfenidato es el tratamiento de primera línea para TDAH.

La aparición de síntomas psicóticos se ha descrito como un efecto adverso raro en algunos pacientes.

Descripción del caso clínico

Paciente de 16 años con TDAH y TEA nivel 1 que, tras aumentar la dosis de metilfenidato OROS de 18 a 36mg, presenta clínica psicótica con delirios de persecución sistematizados y repercusión afectivo-conductual significativa. Se retira metilfenidato y se pauta olanzapina 5mg durante 48h, remitiendo la clínica psicótica

Discusión

Se plantea el diagnóstico diferencial entre trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico breve. En el caso presentado, la relación temporal entre el aumento de dosis de metilfenidato y la aparición de síntomas psicóticos, junto con la remisión tras retirada, orientan hacia psicosis inducida por estimulantes. Un metaanálisis reciente evidencia que los estimulantes se asocian a un riesgo de 2,8% de aparición de síntomas psicóticos, siendo menor con metilfenidato (OR 1,57) (1). La psicosis asociada a estimulantes se podría explicar por el mecanismo de acción del metilfenidato, que bloquea la recaptación de dopamina, incrementando este neurotransmisor a nivel sináptico (2), asociado a susceptibilidad individual.

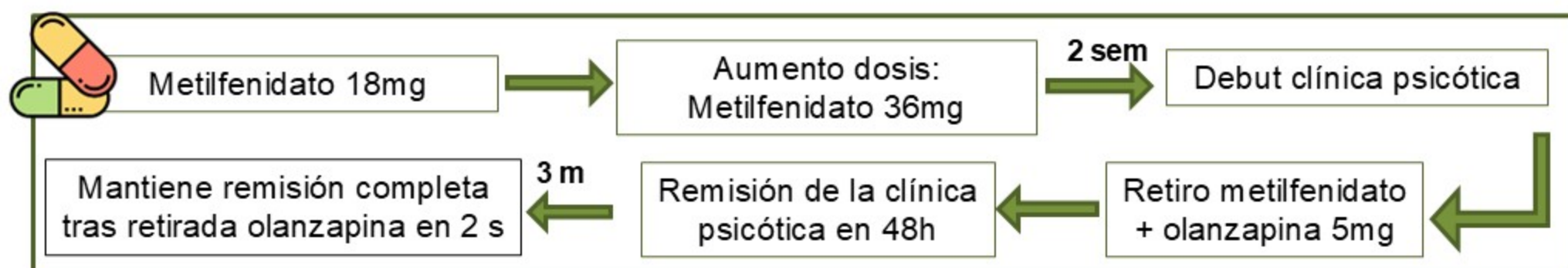


Figura 1. Descripción del caso clínico, según orden cronológico

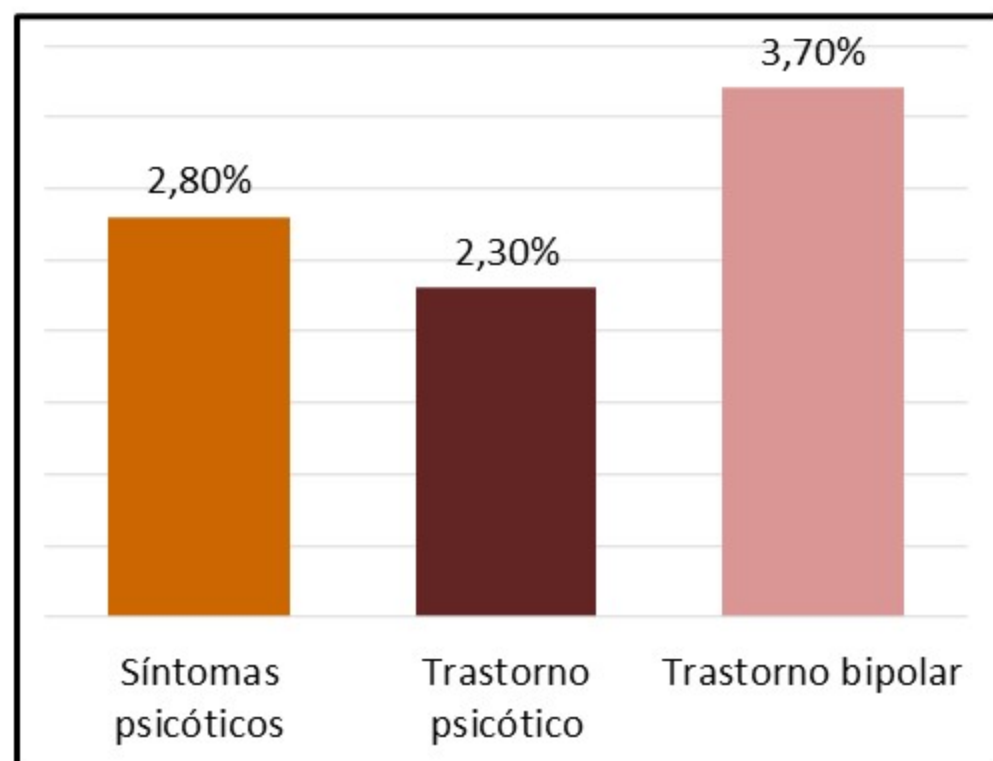


Figura 2. Riesgo de síntomas psicóticos, trastorno psicótico y trastorno bipolar al administrar estimulantes. Adaptado de Salazar et al (1)

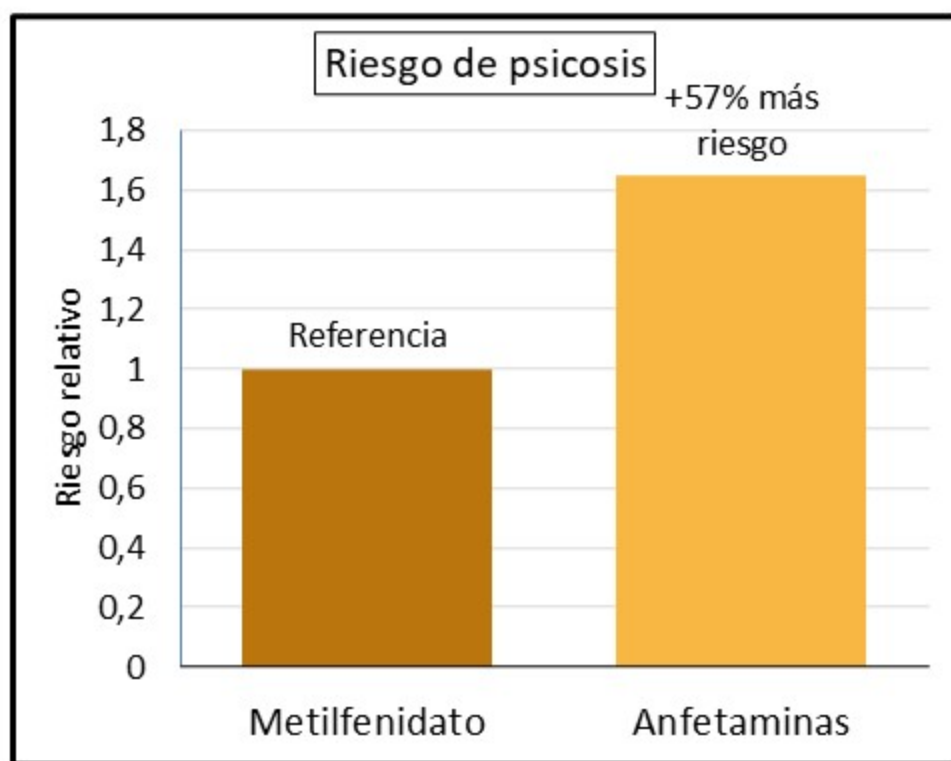


Figura 3. La aparición de síntomas psicóticos es menor con metilfenidato que con anfetaminas (OR 1,57). Adaptado de Salazar et al (1)

Conclusiones

La psicosis es un efecto adverso poco común del metilfenidato. Ante su aparición, debe retirarse el fármaco y monitorizar estrechamente al paciente, por su particular susceptibilidad individual a estos síntomas

Referencias

- Salazar de Pablo G et al. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with stimulants: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2025;82(11):1103- 1112.
- Stahl SM. Stahl's Illustrated Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Cambridge University; 2009.



69ab013ba3e07

Debut psiquiátrico como manifestación inicial de Encefalomiелitis Diseminada Aguda en adolescentes: a propósito de un caso

Autores: María Alonso Castillo (1), María Rosario Pérez Moreno (1)
(1) Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental

Introducción

La encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central, habitualmente mediada por mecanismos autoinmunes y frecuentemente precedida por procesos infecciosos o, con menor frecuencia, vacunales. Predomina en población pediátrica y adolescente, presentándose clásicamente con encefalopatía aguda, focalidad neurológica y/o crisis epilépticas. No obstante, en algunos casos pueden aparecer manifestaciones neuropsiquiátricas precoces —irritabilidad, alteraciones conductuales, sintomatología afectiva— que pueden preceder a la clínica neurológica y dificultar el diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos primarios. El reconocimiento precoz de estas formas de presentación atípicas resulta fundamental dada la potencial reversibilidad clínica tras el inicio temprano de tratamiento inmunomodulador.

Descripción del caso

Paciente de 13 años, natural de Honduras y residente en España desde 2024, con antecedentes de sintomatología ansiosa y factores perinatales de riesgo. Desde agosto de 2024 comenzó con un cuadro progresivo de alteración afectivo-conductual caracterizado por hipotimia, irritabilidad, descenso del rendimiento académico, conductas disruptivas e ideas de muerte, en contexto de estresores psicosociales asociados a proceso migratorio y cambios intrafamiliares. En febrero de 2025 precisó múltiples atenciones en urgencias, así como un ingreso en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Adolescentes por intensificación de la clínica afectiva e ideación autolítica. Durante el ingreso destacaron la hipotimia, anhedonia parcial e irritabilidad, iniciándose tratamiento con Sertralina y Lorazepam.

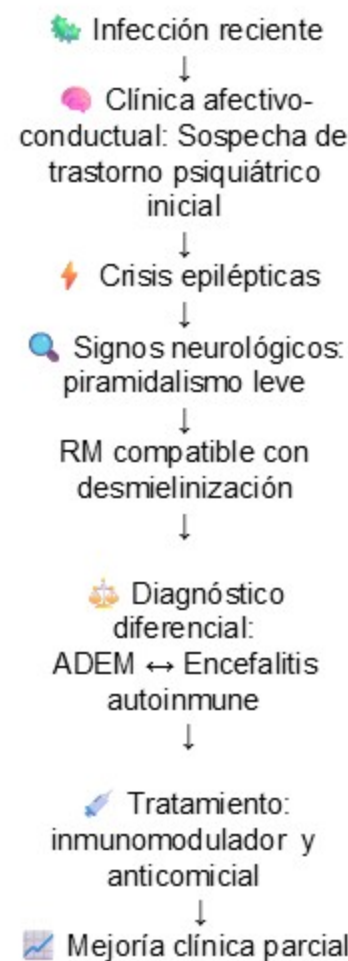
Tres días tras el alta presentó una crisis tónico-clónica generalizada con desconexión del medio y periodo postcrítico. El EEG mostró anomalías epileptiformes generalizadas y la RM cerebral evidenció lesiones desmielinizantes compatibles con enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central. La exploración neurológica objetivó un discreto piramidalismo sin focalidad clara. Ante la asociación de clínica neuropsiquiátrica subaguda, antecedente infeccioso reciente y hallazgos neuro-radiológicos, se orientó como probable ADEM vs encefalitis autoinmune. Se inició tratamiento con metilprednisolona intravenosa y Lamotrigina, con evolución favorable y ausencia de nuevas crisis. Posteriormente continuó seguimiento ambulatorio conjunto por Psiquiatría Infanto-Juvenil y Neurología Pediátrica, objetivándose mejoría parcial tras ajuste progresivo del tratamiento anticomicial.

Discusión

La presentación típica de la ADEM incluye encefalopatía, focalidad neurológica y crisis epilépticas. No obstante, en población pediátrica pueden aparecer manifestaciones psiquiátricas o conductuales precoces que dificulten el diagnóstico inicial. En este caso, la sintomatología afectivo-conductual precedió a los signos neurológicos, orientando inicialmente hacia un trastorno psiquiátrico primario. Sin embargo, la aparición posterior de crisis epilépticas, piramidalismo leve y lesiones desmielinizantes en RM, junto al antecedente infeccioso reciente, sugirieron una etiología neuroinflamatoria compatible con ADEM vs encefalitis autoinmune. La coexistencia de factores psicosociales y síntomas neuropsiquiátricos subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante cuadros psiquiátricos atípicos asociados a signos neurológicos. La mejoría parcial tras tratamiento inmunomodulador y anticomicial apoya la implicación de mecanismos neuroinflamatorios en la clínica afectivo-conductual presentada.

DIAGNÓSTICO	DATOS A FAVOR	DATOS EN CONTRA
Trastorno Psiquiátrico Primario	Inicio con clínica predominantemente conductual-afectiva	Crisis epilépticas y lesiones desmielinizantes en RM
Encefalitis Autoinmune	Síntomas neuropsiquiátricos asociados a clínica epiléptica	Ausencia de criterios clínico-radiológicos plenamente sugestivos
ADEM	Antecedente infeccioso reciente, focalidad neurológica, lesiones desmielinizantes y respuesta parcial a inmunoterapia	Presentación psiquiátrica atípica

Evolución Clínica



Conclusiones

Las manifestaciones psiquiátricas pueden constituir la forma de presentación inicial de enfermedades neuroinflamatorias desmielinizantes como la ADEM, particularmente en población pediátrica y adolescente. La presencia de alteraciones afectivas o conductuales de inicio agudo o subagudo, especialmente cuando se asocian a signos neurológicos, crisis epilépticas o deterioro funcional rápidamente progresivo, debe motivar la realización de un estudio etiológico orgánico exhaustivo. Este caso subraya la relevancia de una evaluación multidisciplinar entre Psiquiatría Infanto-Juvenil, Neurología Pediátrica y Pediatría para favorecer un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico integral. El reconocimiento temprano de estas presentaciones atípicas puede resultar determinante para mejorar el pronóstico neurológico y funcional a largo plazo.

Bibliografía

- Koelman DLH, Chahin S, Mar SS, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in children: clinical features and outcomes. *Neurology: Neuroimmunology & Neuroinflammation*. 2016.
- Tenembaum S, et al. Acute disseminated encephalomyelitis. *International Pediatric MS Study Group*. 2007.
- Pohl D, Alper G, Van Haren K, et al. Acute disseminated encephalomyelitis: Updates on an inflammatory CNS syndrome. *Neurology*. 2016.



Desafío diagnóstico en la adolescencia migrante: el impacto del trauma y la precariedad en el inicio de la psicosis

Hernández Antón, Rebeca; Viotti, Mariano; Cortes Vargas, Mariano; Cañellas Serra, Anna; De Mas Soler, Júlia; Navarro Orozco, Glòria; Varela Casal, Paloma.
Hospital Universitario de Mataró

Introducción:

La migración en la adolescencia no es sólo un desplazamiento geográfico, sino una ruptura ontológica en una etapa crítica del neurodesarrollo. La literatura subraya que los migrantes de primera y segunda generación presentan un riesgo significativamente mayor de psicosis (OR 2.3-2.9), mediado por factores como el aislamiento social, la discriminación y la fragmentación de la red de apoyo.

El duelo migratorio puede actuar como un "caballo de Troya" clínico: los síntomas afectivos reactivos (desesperanza, anhedonia, aislamiento) a menudo solapan y enmascaran los síntomas prodrómicos de la psicosis (At-Risk Mental State - ARMS). El duelo y el choque cultural suelen postergar la sospecha diagnóstica al ser interpretados inicialmente como sintomatología depresiva reactiva.

El trauma acumulado genera una sensibilización del sistema dopaminérgico, donde el estrés ambiental crónico precipita la transición a la psicosis franca en individuos con vulnerabilidad genética previa.



Duelo Migratorio y Ulises

La migración adolescente supone una fractura de la identidad. El Síndrome de Ulises (Achotegui) describe el estrés crónico por soledad, fracaso de expectativas y miedo, actuando como un potente estresor neurobiológico.



Hipótesis de la Derrota Social

Propuesta por Selten (2013), postula que la exclusión y la posición de inferioridad percibida provocan una sensibilización del sistema mesolímbico, aumentando el riesgo de psicosis en migrantes (OR 2.3-3.0).

MODELO ETIOPATOGÉNICO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA



Metodología: Caso clínico:

Varón de 15 años, natural de Perú y residente en España desde hace dos años. Derivado a Salud Mental por un cuadro de aislamiento severo, irritabilidad y sentimientos de desesperanza tras una adaptación fallida al entorno receptor. El paciente presenta una elevada vulnerabilidad biológica, con un hermano mayor que precisó ingreso psiquiátrico por comportamiento desorganizado y síntomas psicóticos (solicitando la familia el alta voluntaria). La historia familiar está marcada por una separación temprana de la madre, quien emigró a España en busca de estabilidad económica mientras el paciente permanecía en Perú al cuidado de su padre ya enfermo de cáncer, viviendo en condiciones de precariedad. El posterior traslado del paciente a Barcelona contra su voluntad, sumado al agravamiento de la enfermedad del padre y su posterior fallecimiento en junio de 2023 tras negarse a recibir tratamiento, actuaron como potentes estresores ambientales.

Su MAP inició tratamiento con ISRS y benzodiazepinas y desde Psicología se abordó el trauma, con escasa respuesta. Durante la exploración, el adolescente mostró una actitud defensiva extrema, contacto evitativo, autorreferencialidad, ideación delirante de perjuicio y mesiánica, espacilización del pensamiento, alucinaciones auditivas y visuales complejas y sintomatología motora.

Se estableció un abordaje integral: Se instauró aripiprazol a dosis bajas; se reconceptualizó el abordaje psicoterapéutico; se trabajó a nivel psicosocial y familiar, logrando la remisión de las distorsiones perceptivas y una recuperación funcional que permitió su reinserción académica exitosa en 4º de ESO.

Discusión:

El caso ilustra la intersección entre el neurodesarrollo, el trauma complejo y la vulnerabilidad genética en la génesis de la psicosis temprana, exigiendo una lectura clínica que vaya más allá de los estresores evidentes.

Interacción gen-ambiente y carga alostática: El paciente presenta una vulnerabilidad genética de base, que cristaliza al verse sometido a una carga alostática extrema. La acumulación secuencial de eventos vitales traumáticos (separación materna temprana, cuidados y fallecimiento del padre, precariedad sostenida) actúa como un precipitante biológico que altera el neurodesarrollo y acelera la transición hacia la psicosis clínica.

La hipótesis de la "derrota social" (Social Defeat): El estrés crónico derivado de la adversidad socioeconómica y la vivencia de desprotección en el país de acogida funciona como un potente estresor psicosocial continuo. La evidencia actual respalda que esta exclusión social percibida induce una sensibilización del sistema dopaminérgico mesolímbico, facilitando la irrupción de la sintomatología positiva.

Revalorización fenomenológica de la conducta: El caso subraya la necesidad de un análisis psicopatológico fino frente a alteraciones conductuales atípicas, que pueden banalizarse como idiosincrasia adolescente, y que constituyan en realidad estrategias de contención defensiva frente a la angustia paranoide y la autorreferencialidad.

Elección psicofarmacológica estratégica: La excelente respuesta al aripiprazol a dosis bajas puede leerse como la idoneidad de emplear moléculas con perfil de agonismo parcial D2/D3 en primeros episodios, que permiten controlar la sintomatología psicótica positiva sin inducir aplanamiento afectivo o sedación y podría ser un factor decisivo para posibilitar la reconexión social y la reincorporación académica.

Conclusiones:

Vigilancia activa en el trauma transcultural: La evaluación psiquiátrica del adolescente migrante exige una "competencia estructural". Es imperativo no reducir el sufrimiento psíquico exclusivamente al "duelo migratorio" y mantener un alto índice de sospecha hacia el debut psicótico, especialmente cuando coexisten antecedentes familiares y una acumulación de estresores vitales severos.

Reconceptualización del pródromo: Los síntomas afectivos y ansiosos refractarios en adolescentes sometidos a estrés crónico continuo y trauma transgeneracional deben evaluarse longitudinalmente como posibles precursores de un trastorno psicótico estructural, evitando cierres diagnósticos prematuros.

Intervención temprana y preservación funcional: El inicio precoz de antipsicóticos con perfil favorable a la funcionalidad neurocognitiva, sumado al abordaje psicoterapéutico del trauma, es determinante para modificar el curso evolutivo de la enfermedad, reducir la DUP (Duration of Untreated Psychosis) y prevenir el deterioro psicosocial a largo plazo.

Determinantes sociales de la salud mental: La práctica clínica en psiquiatría de la infancia y la adolescencia ha integrar la precariedad socioeconómica y la adversidad habitacional no sólo como variables demográficas, sino como verdaderos agentes etiopatogénicos que modulan el umbral de vulnerabilidad biológica.

Bibliografía:

- Achotegui J. El síndrome de Ulises: síndrome del inmigrante con estrés crónico. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009.
- Selten JP, et al. Social defeat: the common gene in the environment of schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013.
- Schultze-Lutter F, et al. Early detection and intervention in psychosis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021.



Desafío diagnóstico en la transición a la edad adulta: síntomas negativos y motores en un paciente con trastorno del espectro autista

Hernández Antón, Rebeca; Cortés Vargas, Leyda; Viotti, Mariano; García Jiménez, Jennifer; Gimeno Moreno, Mònica; Del Pino Podadera, Ana; Varela Casal, Paloma.
Hospital Universitario de Mataró

Introducción:

El diagnóstico diferencial entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la esquizofrenia (especialmente la forma simple o de predominio negativo) constituye uno de los mayores retos en la psiquiatría infantojuvenil y de adultos. Aunque tradicionalmente se han considerado entidades independientes, la evidencia clínica y neurobiológica actual sugiere un solapamiento en la sintomatología defectual y relacional. La detección precoz de anomalías psicomotoras y la identificación de una clara ruptura funcional biográfica son marcadores clínicos críticos para diagnosticar la aparición de un trastorno psicótico emergente sobre un trastorno del neurodesarrollo de base.

Metodología:

Caso clínico:
Varón de 17 años con antecedentes de retraso en el desarrollo del lenguaje, selectividad alimentaria, rigidez cognitiva y dificultades relacionales basales. Con 9 años fue diagnosticado de TDAH. A nivel académico, requirió adaptaciones y presentó dificultades de integración social basales, aunque mantenía cierta autonomía y actividades sociales en parques.
Entre los antecedentes familiares destacan un familiar de primer grado con trastorno por uso de alcohol y depresión, y un familiar de cuarto grado con TDAH.
En octubre de 2020, tras encadenar múltiples estresores vitales graves (fallecimiento del abuelo materno, de su mascota y el homicidio de un tío paterno), el paciente presenta una marcada ruptura biográfica. Inicia un cuadro interpretado, inicialmente, como duelo patológico y clínica depresivo-reactiva, caracterizado por un intenso aislamiento, inversión del ritmo del sueño, absentismo escolar y aumento en la latencia de respuesta. Se inicia tratamiento con fluoxetina (hasta dosis de 40 mg/día).
En noviembre de 2021, ante la persistencia del cuadro y la baja respuesta a fluoxetina, ingresa en el Hospital de Día Infantil y Juvenil. Se objetiva bradipsiquia, rigidez, anomia y dificultad para estructurar el discurso, orientándose inicialmente como un cuadro depresivo sobre un TEA de base. Se realiza optimización farmacológica a venlafaxina (hasta 225 mg) y aripiprazol (5 mg). En abril de 2022 se orienta el caso como un cuadro psicótico y se ingresa en Unidad de Hospitalización. El paciente evoluciona de forma tórpida con un marcado predominio de síntomas negativos: alogia, bloqueos del pensamiento, afecto embotado, abulia y clínica perceptiva limitada (sensación de hormigueo/bicho en la pierna y fenómenos de autorreferencialidad). El estudio complementario (analíticas de sangre, urotóxicos, pruebas de imagen craneal, cariotipo) resulta normal. Es alta con el diagnóstico de TEA y trastorno psicótico no especificado, derivándose al Programa de Atención Especializada a los Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI), en dicho programa se reporta principalmente clínica defectual con pérdida de funcionalidad y presencia de clínica motora. Se orienta el caso como esquizofrenia. Se inicia tratamiento con clozapina (hasta dosis de 75 mg/día) con importante mejoría en los bloqueos del curso del pensamiento y la desorganización y posteriormente, se añade cariprazina (a dosis de 3 mg/día) con mejoría en la clínica negativa.
Además, es derivado a un programa de intervención en domicilio y recursos de soporte psicosocial.

Dimensión	TEA basal	Esquizofrenia simple	Punto de unión en el paciente
Social	Dificultades sociales desde la infancia	Retraimiento activo y aislado tras un periodo de normalidad	Pasa de tener un grupo de amigos y jugar horas en el parque a la clinofilia y aislamiento
Lenguaje	Dificultad de comunicación pragmática	Alogia y bloqueos del pensamiento	Discurso que se vuelve lento, monótono y con interrupciones bruscas
Motor	Estereotipias o torpeza motor basal	Signos neurológicos blandos, síntomas motores, catatonía, movimientos anormales involuntarios, acatisia	Disminución del parpadeo, rigidez, marcha lenta, hipotonía, ambitendencia, aprosodia
Funcional	Funcionalidad limitada pero estable con apoyo	Deterioro insidioso y persistente (pérdida de hábitos).	Ruptura biográfica con declive funcional global

La literatura describe una mayor vulnerabilidad a psicosis en pacientes con TEA, compartiendo rasgos de "esquizofrenia simple" como el aplanamiento afectivo y el deterioro funcional sin síntomas positivos floridos

Discusión:

- Solapamiento fenotípico y genético (La teoría del continuo):
Estudios recientes de neurobiología demuestran que el TEA y la esquizofrenia comparten genes de susceptibilidad comunes. La "teoría del continuo" plantea que los síntomas negativos del espectro esquizofrénico (como el aplanamiento afectivo o la alogia) pueden resultar fenotípicamente indistinguibles de los déficits de interacción social intrínsecos del TEA. En este paciente, la transición diagnóstica se hace patente cuando el déficit relacional basal evoluciona hacia una desconexión y abandono del autocuidado extremos, reflejando un proceso defectual superpuesto al neurodesarrollo.
- Signos motores como marcadores de vulnerabilidad psicótica:
Las anomalías motoras (como la hiponimia, la disminución del braceo o la alteración del parpadeo que presentaba el paciente) se han atribuido históricamente de forma errónea a efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos. Sin embargo, la evidencia actual las consolida como signos neurológicos blandos e indicadores intrínsecos de "vulnerabilidad psicótica". En este caso, dichos signos fluctuaron independientemente de la dosis de aripiprazol y mejoraron con pautas de activación conductual y el inicio de clozapina, confirmando su etiología psicopatológica endógena.
- El desafío clínico de la esquizofrenia simple (F20.6):
La esquizofrenia simple es una categoría diagnóstica controvertida debido a la ausencia de síntomas positivos floridos (delirios o alucinaciones persistentes). No obstante, la literatura científica respalda su uso ante un deterioro funcional insidioso, tórpido y progresivo de más de un año de evolución, dominado por síntomas negativos. Los fenómenos pseudoperceptivos y de autorreferencialidad del paciente fueron transitorios y con parcial insight, situando a los bloqueos del pensamiento, la alogia y la pérdida masiva de funcionalidad en el primer plano clínico. La respuesta terapéutica electiva a dosis bajas de clozapina refuerza la sospecha de este perfil defectual.

Conclusiones:

- La monitorización estrecha de la psicomotricidad y del curso del pensamiento es fundamental en el seguimiento longitudinal del TEA para detectar de forma precoz transiciones psicóticas.
- La aparición de bloqueos del pensamiento y la pérdida abrupta de la funcionalidad tras estresores vitales actúan como los principales elementos diferenciadores entre la psicosis emergente y el TEA basal.
- El seguimiento intensivo en dispositivos especializados, como los programas PAE-TPI en la infancia y adolescencia, resulta crucial durante la transición a la edad adulta para gestionar la alta complejidad diagnóstica y la vulnerabilidad propia de estos pacientes.
- Abordaje integral: Junto a la optimización psicofarmacológica, la intervención psicosocial temprana y el soporte familiar son pilares indispensables para frenar el deterioro insidioso, promover la activación conductual y mejorar el pronóstico funcional a largo plazo.

Bibliografía:

- Cervera-Sais M, et al. Differential diagnosis between autism spectrum disorder and schizophrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2021;14(2):100-12.
- De Micheli A, et al. Clinical and functional characteristics of young individuals with autism spectrum disorder at clinical high risk for psychosis. Schizophr Res. 2022;243:302-309.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. London: NICE; 2016.



Desafíos en el diagnóstico diferencial del trastorno de movimientos estereotipados

Cortes Martinez, Blanca (1) Garriga Sole, Laura (1) Ramos Quiroga, Jose Antoni (1)(3)(4)(5)
(1) Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain.
(2) Group of Psychiatry, Mental Health and Addictions, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR) (Spain)
(3) Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) (Spain)
(4) Department of Psychiatry Hospital Sant Rafael (Germanes Hospitalaries),, Barcelona (Spain)

INTRODUCCIÓN

El trastorno de movimientos estereotipados (TME) se caracteriza por movimientos motores repetitivos, rítmicos y carentes de finalidad, de inicio temprano. En pacientes con trastorno del espectro autista (TEA), el diagnóstico comórbido se plantea cuando la gravedad excede lo esperable y requiere tratamiento específico. El diagnóstico diferencial incluye epilepsia, trastorno obsesivo-compulsivo y entidades como PANDAS/PANS.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 4 años con TEA grado III sin lenguaje y TDAH, con conductas auto- y heteroagresivas (autogolpes cefálicos, mordeduras) refractarias a tratamiento farmacológico. Presentó episodios de risa inmotivada asociados a movimientos paroxísticos de 10 minutos. El vídeo-EEG descartó actividad epileptiforme y el estudio genético fue normal.

Ante inicio brusco y curso fluctuante de las conductas, coincidiendo con infecciones recurrentes, se amplió diagnóstico diferencial hacia PANDAS/PANS. Se administró CY-BOCS-ASD para diferenciar compulsiones de estereotipias y se realizó analítica con parámetros infecciosos, autoinmunes y nutricionales, considerando patrón alimentario restrictivo.

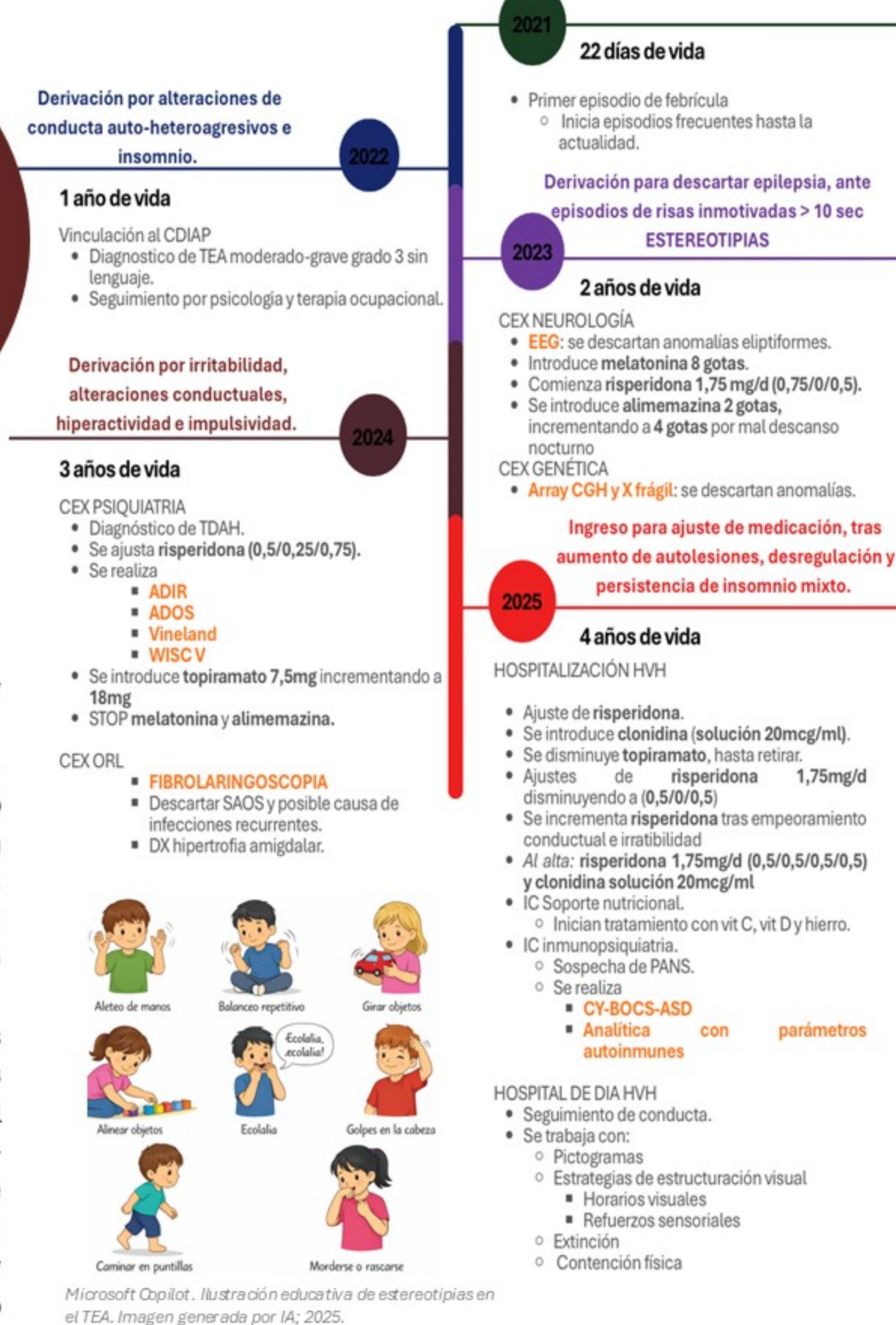
DISCUSIÓN

La superposición clínica entre estereotipias, crisis epilépticas y compulsiones dificulta el diagnóstico. La ausencia de correlato electroencefalográfico descartó epilepsia. La evaluación estructurada de síntomas obsesivo-compulsivos fue clave para diferenciar fenómenos compulsivos de conductas motoras automáticas propias del TEA.

REFERENCIAS

Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders_Dilip_V._Jeste,_Jeffrey_A._Lieberman David_Fassler, et_al._America_Psychiatric_Association_(2022).
Stereotypic_Movement_Disorders_Katherine M._Seminars_in_Pediatric_Neurology._2018;25:19-24doi:10.1016/j.spen.2017.12.004. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20187883/> Neurodevelopmental_Movement_Disorders An_Update_on_Childhood_Motor_Stereotypies_Barry,Baird_G,_Lascelles_K,_Bunton_P,_Hedderly_T._Developmental_Medicine_and_Child_Neurology 2011;53(11):979-85. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04058.x. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21749367/> Pharmacotherapeutics_of_Tourette_Syndrome_and_Stereotypies_in_Autism._Rajapakse_T,_Pr 60._doi:10.1016/j.spen.2010.10.008.
Advances_in_Management_of_Movement_Disorders_in_Children_Koy_A,_Lin_JP,_Sanger_TD,_e 735. doi:10.1016/S1474-4422(16)00132

El inicio brusco justificó considerar mecanismos inmunológicos.



Microsoft Copilot. Ilustración educativa de estereotipias en el TEA. Imagen generada por IA; 2025.

Mejora de conducta y normalización del sueño

CONCLUSIÓN

El TME en contexto de TEA requiere evaluación sistemática y multidisciplinar. Un diagnóstico diferencial adecuado permite orientar el tratamiento conductual y, en casos graves, farmacológico, optimizando el pronóstico funcional.



Desarrollo de Trastornos de Ansiedad en niños y su relación con los estilos de crianza

69a9dc65917b7

Autores: María Alonso Castillo (1), Claudia Buitrago García (1), María Rosario Pérez Moreno (1).
(1) Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental

Introducción

Los trastornos de ansiedad son unos de los diagnósticos psicopatológicos más frecuentes en la infancia. Cursan con una respuesta corporal exagerada a un peligro percibido, interfiriendo con el funcionamiento normal del individuo. Durante la infancia se adquieren las herramientas de afrontamiento básicas, influenciadas por las primeras experiencias, en las que destaca la familia como principal influencia social.

En función del vínculo afectivo establecido con los padres, existen distintos tipos de apego: seguro, inseguro-ansioso, inseguro-evitativo, inseguro-desorganizado. Los distintos tipos de apego y crianza establecidos pueden tener consecuencias negativas en los hijos si no se ajustan a sus necesidades afectivas.

Material y Métodos

Esta revisión se ha llevado a cabo siguiendo las pautas de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Se realizaron tres búsquedas principales en PubMed utilizando los filtros de “disponibilidad de texto completo” y “publicado en los últimos 5 años”.

La primera búsqueda, en la que se incluyeron los términos “anxiety disorder” AND “neglectful parents”, arrojó 48 artículos, de los cuales se seleccionaron 12. La segunda se realizó con “anxious symptoms” AND “neglectful parents”, y obtuvo 41 resultados, de los que se eligieron 6, descartando duplicados y no relevantes. La tercera, con “anxiety” AND “parenting styles”, produjo 145 artículos, de los que únicamente 18 eran nuevos y pertinentes.

Resultados y Discusión

La evidencia científica indica que los estilos de crianza desempeñan un papel determinante en el desarrollo emocional y psicopatológico infantil. La negligencia parental, la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil se asocian con una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa, somatización, baja autoestima y sentimientos de inutilidad, incrementando el riesgo de problemas de internalización, tanto en la infancia como en la adultez. En contraste, los estilos de crianza caracterizados por apoyo afectivo y límites consistentes favorecen la regulación emocional y actúan como factores protectores frente a la ansiedad. Las experiencias traumáticas tempranas, incluyendo el maltrato físico, emocional, sexual y el abandono, pueden inducir alteraciones neurobiológicas persistentes. Entre ellas destacan la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y el aumento crónico de glucocorticoides, asociados a modificaciones funcionales y estructurales en regiones implicadas en el procesamiento del miedo y la regulación emocional, como la amígdala y la corteza prefrontal. Asimismo, se plantea la posible transmisión intergeneracional de estas alteraciones mediante la influencia del estrés materno prenatal sobre el neurodesarrollo fetal. Por otra parte, los estilos de crianza autoritarios y sobreprotectores se relacionan con mayores niveles de ansiedad y apego inseguro. La sobreprotección parental limita el desarrollo de la autonomía y las estrategias adaptativas de afrontamiento, favoreciendo respuestas desadaptativas al estrés, retraimiento social, miedo excesivo al error y una mayor vulnerabilidad a trastornos de internalización y ansiedad.

Aumento de la metilación del gen 11- β -HSD2 e hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: Aumento del nivel de glucocorticoides a nivel uterino.

Disminución de la expresión de receptores de glucocorticoides cerebrales con aumento de su afinidad por el cortisol. Aparición de síntomas ansiosos de manera precoz, con niveles más bajos de cortisol en sangre.

ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

Aumento de las conexiones entre la corteza prefrontal y la amígdala debido a una hiperactivación por el aumento de glucocorticoides: Aprendizaje del miedo.

Disminución de la respuesta a nivel de la ínsula anterior: dificultad en la resolución de conflictos emocionales propios con limitación en la capacidad de autorregulación

Intervención Parental: consistió en proporcionar información a los padres sobre pautas de crianza, incluyendo factores de riesgo y protectores para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Diferencias entre los estilos de crianza del grupo control y grupo experimental:

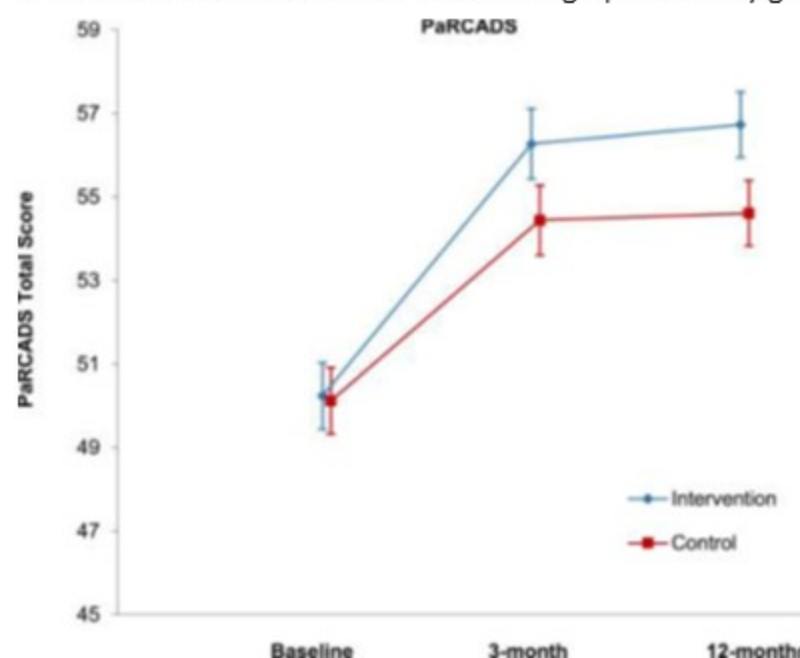


Figura 1: Medidas estimadas de las puntuaciones de las escalas de crianza para reducir la ansiedad y la depresión infantil (PaRCADS) en los grupos control y experimental al inicio del estudio, a los tres meses, y pasado un seguimiento de doce meses. Figura extraída de Sim WH, Fernando LMN, et al. A tailored online intervention to improve parenting risk and protective factors for child anxiety and depression: Medium term findings from a randomized controlled trial. J Affect Disord. 2020.

Conclusiones

Los estilos de crianza constituyen un factor relevante en el desarrollo de trastornos de ansiedad infantil. Tanto la negligencia parental como la sobreprotección se asocian con alteraciones en la regulación emocional, baja autoestima y dificultades en el afrontamiento autónomo de situaciones estresantes. Además, la exposición mantenida a estos estilos educativos puede inducir cambios neurobiológicos relacionados con la respuesta al estrés y el procesamiento emocional. La implementación de intervenciones psicoeducativas dirigidas a los progenitores y la promoción de estilos de crianza basados en apoyo afectivo y autonomía podrían actuar como factores protectores frente al desarrollo de psicopatología ansiosa en la infancia.

Bibliografía

- Romero-Acosta K, Gómez-De-Regil L, Lowe GA, Lipps GE, Gibson RC. Parenting styles, anxiety and depressive symptoms in child/adolescent. Int J Psychol Res (Medellin). 2021. 30;14(1):12–32.
- Hendrix CL, Dilks DD, McKenna BG, Dunlop AL, Corwin EJ, Brennan PA. Maternal Childhood Adversity Associates With Frontoamygdala Connectivity in Neonates. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. 2021. 1;6(4):470–8.
- Sim WH, Fernando LMN, Jorm AF, Rapee RM, Lawrence KA, Mackinnon AJ, et al. A tailored online intervention to improve parenting risk and protective factors for child anxiety and depression: Medium-term findings from a randomized controlled trial. J Affect Disord. 2020. 1;277:814–24.



Desarrollo y usabilidad de Kalmer, una App para el tratamiento ecológico momentáneo de la autolesión

Anna Julià^{1,2}, Irene Jaén³, Azucena García-Palacios³, Daniel Vega^{1,*}, Grupo GRETA⁴

¹ Área de Salud Mental, Hospital Universitari d'Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia & Fundació Sanitària d'Igualada, Barcelona.

² Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

³ Departamento de Psicología Básica y Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I, Castelló.

⁴ Grupo de estudio y tratamiento de la autolesión (GRETA, grupogreta.com).



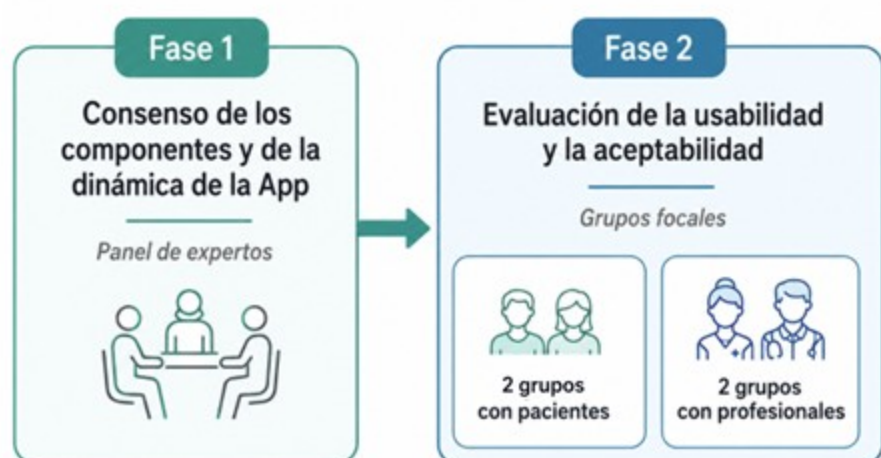
1. Introducción

La autolesión no suicida (ANS) constituye un problema de salud pública en población joven, dada su elevada prevalencia, su impacto clínico y su asociación con un mayor riesgo de suicidio (1,4). A pesar de disponer de tratamientos con apoyo empírico (p.e., la Terapia Dialéctico-Conductual), persisten importantes barreras de acceso que limitan su alcance. Las Intervenciones Ecológicas Momentáneas (EMI) integradas en smartphone emergen como una alternativa prometedora. Permiten la monitorización y la intervención en tiempo real en el entorno natural del paciente, ofreciendo la posibilidad de actuar en las ventanas críticas que preceden a la conducta problema (5).

Objetivo: Describir el desarrollo y la evaluación preliminar de Kalmer, una app EMI para adolescentes y adultos jóvenes con ANS, que incluye componentes consensuados por expertos, evaluando su usabilidad y aceptabilidad mediante métodos mixtos.

2. Método

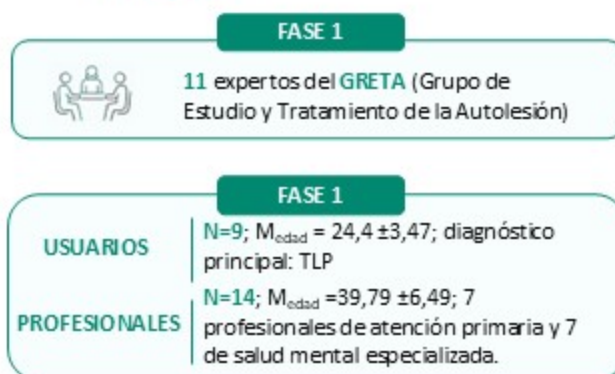
Diseño: Fases del desarrollo y evaluación



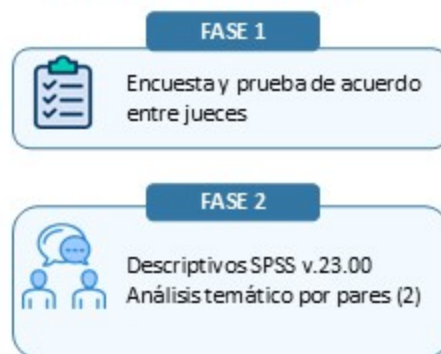
Instrumentos

- System Usability Scale (SUS):** cuestionario estandarizado de 10 ítems que evalúa usabilidad percibida, facilidad de uso y aprendizaje de la app móvil, del 0 al 100 (3).
- Mobile Application Rating Scale (uMARS):** evaluación de calidad y aceptabilidad, del 1 al 5 (6).
- Grupos focales:** entrevistas grupales semiestructuradas para explorar experiencias, aceptabilidad, necesidades clínicas, de diseño y recomendaciones de mejora.

Muestra



Análisis de datos



3. Resultados

Fase 1:

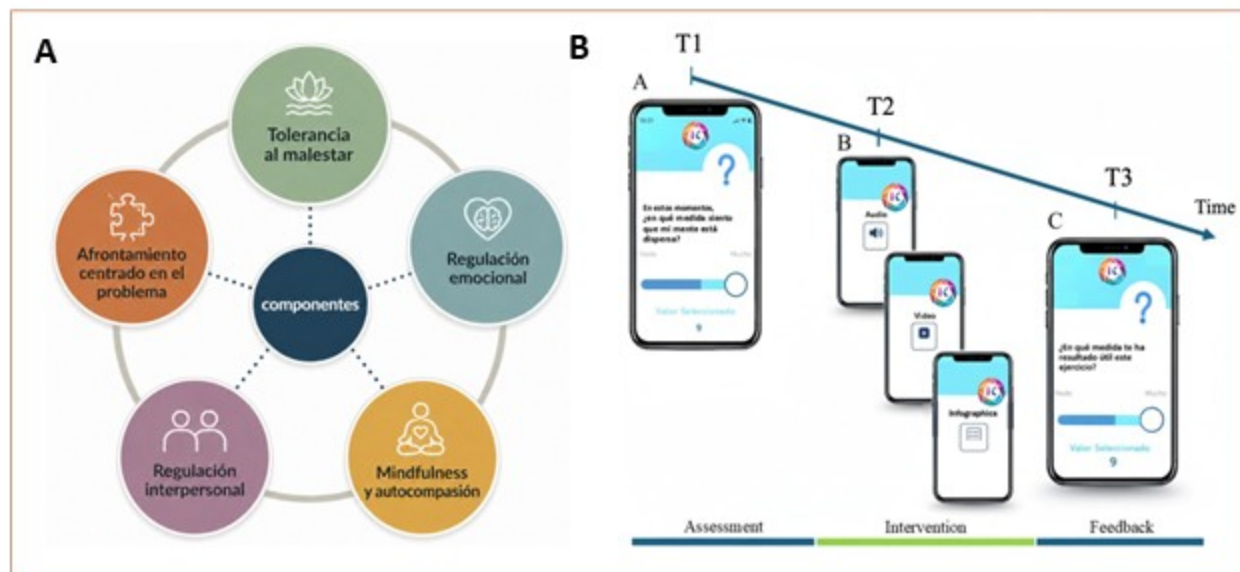


Figura 1. Componentes y dinámica de Kalmer

Figura 1 (A): En la primera fase, cinco componentes obtuvieron máximas puntuaciones de acuerdo entre jueces escogidos para organizar la intervención a través de las EMI.

Figura 1 (B): En la segunda fase, podemos ver la dinámica de la intervención:

T1: El usuario recibe una notificación para responder las preguntas de evaluación ecológica momentánea (EMA)

T2: En función de la puntuación en cada componente (intensidad baja, moderada, alta) se prioriza una EMI en formato vídeo, audio o infografía.

T3: Al finalizar la visualización, se recoge la opinión del usuario respecto al contenido.

Fase 2:



¿Qué dijeron los usuarios?

“ Las preguntas que me hacían reflexionar sobre cómo me siento ”

“ Como primer contacto para darse cuenta de que algo está pasando ”

“ ...que alguien te llamara o alguien te enviara un mail ”

“ A mí [los vídeos] no me gustan mucho... esa persona parece un medio robot ”

¿Qué dijeron los profesionales?

“ Puede ayudar a calmar, a autorregular, a tomar conciencia ”

“ ...para que la persona tenga una herramienta fuera del contexto clínico ”

“ ...que hubiera algún tipo de feedback de uso ”

4. Discusión

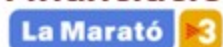
Kalmer mostró alta usabilidad y aceptabilidad, especialmente entre profesionales. Los participantes valoraron las EMA como una herramienta útil para promover autorreflexión y regulación emocional, aunque señalaron la necesidad de mejorar la naturalidad de los vídeos y la personalización de los contenidos.

Los usuarios situaron su mayor utilidad al inicio del tratamiento. A partir de estos resultados, se sustituyeron algunas EMI y se incorporó seguimiento clínico, reforzando el papel esencial del componente humano en intervenciones digitales para la ANS.

Conclusión: Las modificaciones implementadas permiten avanzar hacia la evaluación de la eficacia de Kalmer mediante un ensayo clínico aleatorizado.

Financiación

Fundación de 'La Marató de TV3'.
REF: 202233-30-31-32-33



Correspondencia

* daniel.vegamo@gmail.com

Referencias

- Asarnow, J. R. et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2011).
- Braun, V., Clarke, V. *Qual Research in Psychology*, 3 (2006).
- Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale (1996).
- Duarte, T. A. et al. *JMIR Mental Health*, 10 (2022).
- Julià, A. et al. *Internet Interventions*, 40 (2025).
- Stoyanov SR et al. Development and validation of the uMARS (2016).



desESTIGMATizaT. PROPUESTA EDUCATIVA DE SENSIBILIZACIÓN Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL PARA ADOLESCENTES EN LOS COLEGIOS



Dra. Belén Ochoa Linacero
Dra. Carla Elizalde Resano



INTRODUCCIÓN:

desESTIGMATizaT es una propuesta educativa de alfabetización y sensibilización en salud mental dirigida específicamente a adolescentes en contextos educativos, desarrollada por investigadoras (Carla y Belén) del Departamento de Educación de la Facultad de Educación y Psicología de la Universidad de Navarra. La iniciativa nace con el propósito de prevenir y reducir el estigma asociado a los trastornos mentales, partiendo de una idea clave: **"ignorar el problema no hace que desaparezca"**. A través de acciones educativas, participativas y adaptadas al lenguaje juvenil, busca promover una comprensión más informada, empática y crítica de la salud mental.

Origen interdisciplinar

La iniciativa surge de la experiencia de la Unidad de Pedagogía Hospitalaria de la Clínica Universidad de Navarra, de las necesidades detectadas en los centros educativos y del desarrollo de una investigación científica centrada en el estigma hacia los trastornos mentales en adolescentes.

Objetivo principal:

Reducir el estigma frente a los trastornos mentales entre los adolescentes

Objetivos estratégicos:

- **Sensibilizar y concienciar** a los alumnos de educación secundaria sobre la salud mental.
- **Alfabetizar** a los adolescentes con conocimientos sobre salud mental.
- **Transformar** lo aprendido en iniciativas de sensibilización a la sociedad donde los alumnos sean partícipes y protagonistas.

METODOLOGÍA:

Experiencia piloto desarrollada durante el curso escolar 2024–2025 con alumnado de 4.º de ESO del Colegio Escolapios Tafalla, mediante talleres educativos integrados en la hora de acción tutorial.

Antes de iniciar la intervención, se realizó una **detección de necesidades** junto al centro educativo con el fin de identificar las principales preocupaciones, intereses y problemáticas relacionadas con la salud mental en el alumnado. A partir de esta valoración, se diseñaron y adaptaron los **talleres** desarrollados a lo largo del curso escolar.

La intervención adopta un enfoque participativo e interdisciplinar, favoreciendo la colaboración entre profesionales de la Educación y la Salud Mental y promoviendo la implicación activa de los estudiantes durante todo el proceso.

Talleres:

Sensibilización e información sobre el programa
Introducción y sensibilización
Mitos e ideas erróneas sobre salud mental
Trastornos del neurodesarrollo (TDAH)
Depresión y Ansiedad
Adicción al teléfono móvil
Prevención del suicidio y búsqueda de ayuda
Taller de contacto y testimonios personales
Jornada final y difusión



Profesionales colaboradores:

Alfonso Echávarri, Azucena Díez, Leyre Gamba y Leyre San Martín.

Agradecemos especialmente la implicación y colaboración de todos los profesionales y los testimonios participantes, cuya experiencia y compromiso han contribuido al desarrollo y enriquecimiento del programa.

No podemos olvidarnos de los Alumnos de 4.º de la ESO de Escolapios-Tafalla en el curso 24-25, así como de todos los Profesionales del Colegio que nos abrieron las puertas con absoluta generosidad, motivación e implicación.

Difusión y participación activa:

El alumnado desarrolló campañas, vídeos y materiales de concienciación difundidos en el centro educativo y en redes sociales escolares.

RESULTADOS del estudio piloto:

1. Empatía y reflexión

Los estudiantes mostraron una mayor capacidad para comprender y ponerse en el lugar de personas con problemas de salud mental, favoreciendo espacios de reflexión y diálogo.

2. Identificación de Ayuda

Tras la intervención, los alumnos identificaban con mayor claridad recursos, apoyos y personas de referencia a quienes acudir en situaciones de necesidad.

3. Difusión creativa

El alumnado participó activamente en la creación de vídeos y campañas de concienciación dirigidas a su entorno educativo y a las redes sociales escolares.

REFLEXIONES FINALES Y FUTURO:

1. **Ampliar la oferta** de talleres y temáticas, adaptándolas a las necesidades específicas de cada etapa educativa y centro escolar.
2. **Mejorar el proceso de evaluación y recogida de datos** para poder analizar resultados con mayor precisión y fiabilidad.
3. **Extender la propuesta a otros centros educativos** con el fin de promover la alfabetización y sensibilización en salud mental en diferentes contextos escolares.



Referencias Bibliográficas:

Elizalde-Resano, C., Ochoa-Linacero, B., & Repáraz, C. (2023). Instrumentos de evaluación del estigma del trastorno mental en adolescentes. En J. A. Rodríguez (Ed.), *Psicología del siglo XXI: Una mirada amplia e integradora*. Dykinson.

Elizalde-Resano, C., Ochoa-Linacero, B., & Reparaz, C. (2025). Mental health stigma in adolescents: A scoping review. *Psychology, Society & Education*, 17(2), 76–85. <https://doi.org/10.21071/pse.v17i2.17748>

Universidad de Navarra. (2025, 26 de agosto). *desESTIGMATizaT: Un proyecto pionero que afronta el estigma hacia los problemas de salud mental en adolescentes en el aula*. <https://www.unav.edu/noticias/-/contents/26/08/2025/desestigmatizat-un-proyecto-pionero-que-afronta-el-estigma-hacia-los-problemas-de-salud-mental-en-adolescentes-en-el-aula/content/lovPblW1fC70/180158814>



Diabetes gestacional materna y neurodesarrollo de la descendencia: Papel mediador de la metilación del ADN fetal

Armas González, Marina (1); Orribo Morales, Olivia (2); González Dávila, Enrique (3); Castro Conde, José Ramón (4); González Campos, Candelaria (5); Flores Infante, Carlos (6); Padrón Pérez, Erika (5); González González, Nieves Luisa (5)

(1) Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 28007 Madrid.

(2) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de La Laguna, 38200 La Laguna.

(3) Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa, IMAULL, Universidad de La Laguna. (4) Departamento de Pediatría, Universidad de La Laguna. (5) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de La Laguna

(6) Unidad de Investigación, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (IISC).

1. Introducción

La diabetes gestacional (DG) afecta aproximadamente al **14% - 38% de los embarazos** a nivel mundial y se ha vinculado con un mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo en los hijos (discapacidad intelectual, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)).

Hipótesis: El ambiente intrauterino de la DG induce modificaciones epigenéticas específicas (metilación del ADN) detectables al nacer que se asocian con la trayectoria del neurodesarrollo del niño.

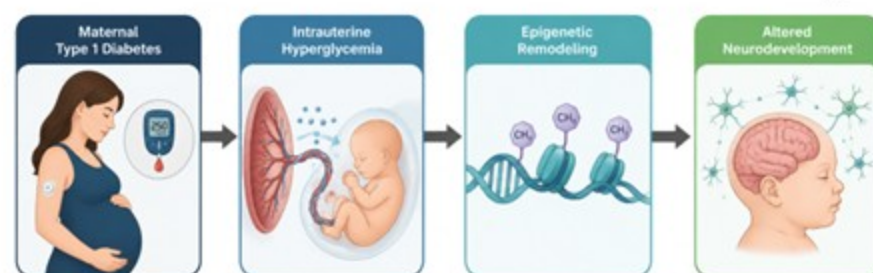
Objetivo: Determinar si los recién nacidos expuestos a DG presentan cambios en la metilación del ADN en sangre de cordón umbilical asociados al neurodesarrollo.

2. Material y Método

•**Muestra:** Estudio de cohorte prospectivo de 60 pares madre-hijo (30 con DG y 30 controles).

•**Análisis Epigenético:** Secuenciación del metiloma completo dirigida a **3.34 millones de sitios CpG** en el ADN obtenido de sangre de cordón umbilical.

•**Evaluación del Neurodesarrollo** posterior de los niños a los 2 años de edad; Test de Bayley-III.



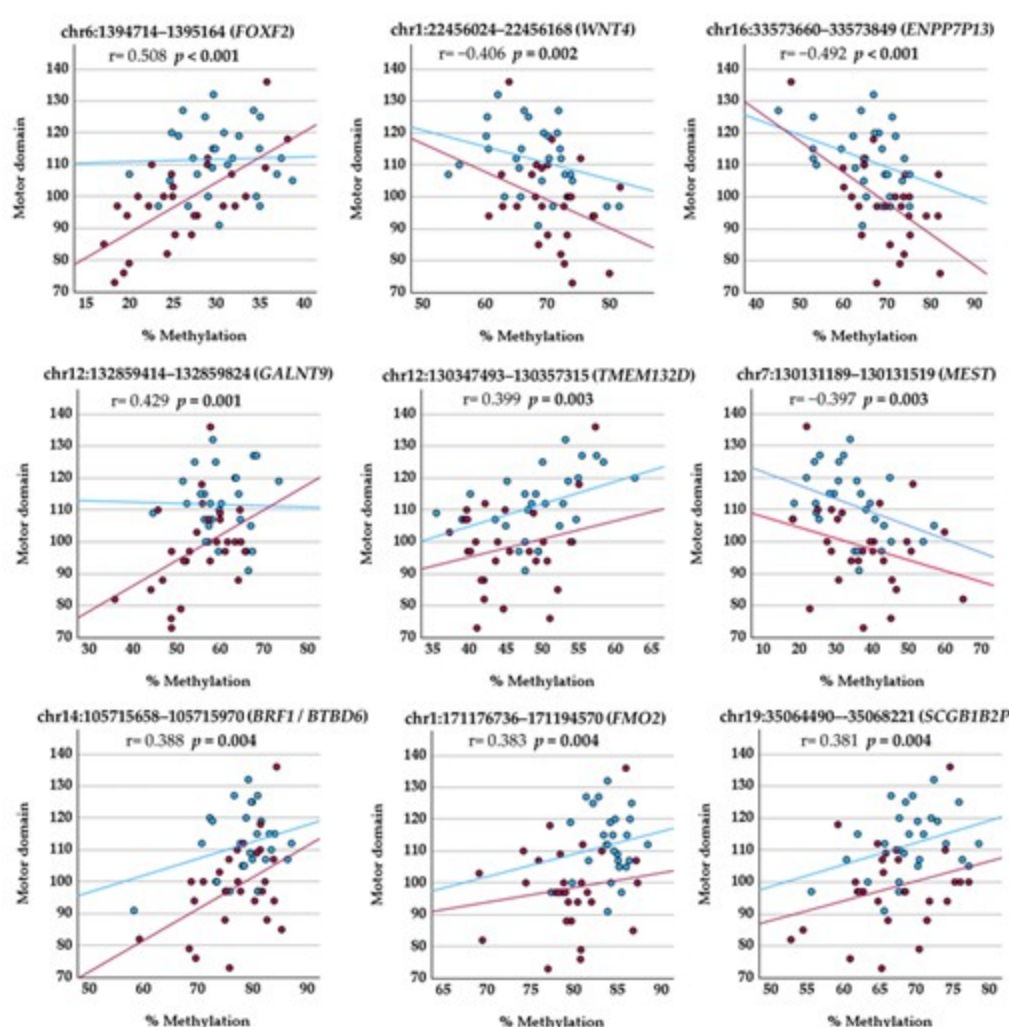
3. Resultados

Neurodesarrollo: Los niños expuestos a DG mostraron puntuaciones significativamente **más bajas** en todos los dominios de las escalas Bayley-III ($p < 0.001$) en comparación con el grupo control (Figura 1).

Firmas Epigenéticas: Se identificaron **1053 genes con regiones diferencialmente metiladas** relacionados con procesos fundamentales como la neurogénesis, la guía axonal y la arquitectura sináptica en los análisis de enriquecimiento (Gene Ontology y Enrichr)

Correlaciones: Se hallaron asociaciones directas entre la metilación de 28 genes y las puntuaciones de las escalas Bayley-III. Destacan genes como **WNT4** (formación de sinapsis), los clústeres **PCDHG** (identidad neuronal) y **FOXF2** (integridad de la barrera hematoencefálica) (Figura 2).

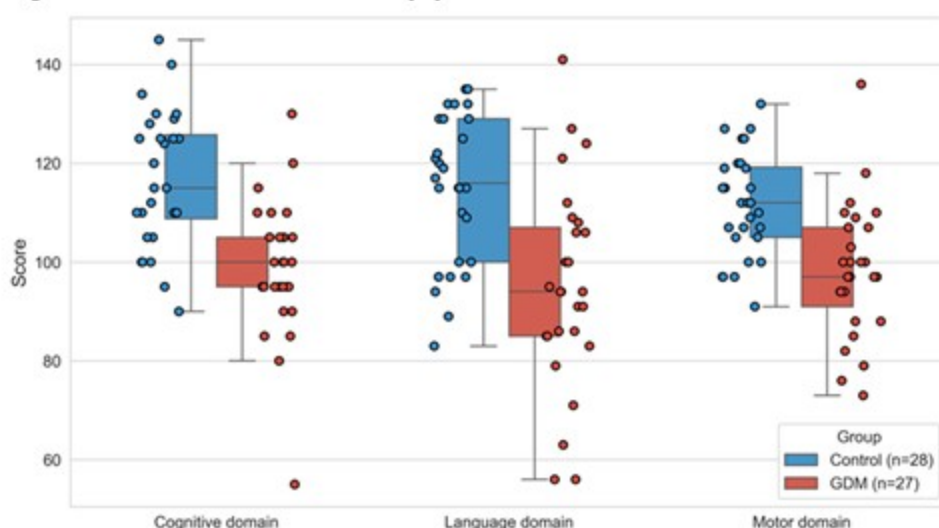
Figura 2. Ejemplo de las correlaciones encontradas



4.- Conclusiones:

Los resultados sugieren que la exposición fetal a la diabetes gestacional condiciona cambios epigenéticos (metilación del ADN) en genes esenciales para el desarrollo del sistema nervioso central. La detección de estos marcadores al nacer podría permitir la identificación de los niños con riesgo de presentar posteriormente alteraciones en el desarrollo neurológico (TEA, TDAH...), posibilitando la intervención en una ventana crítica de plasticidad cerebral, antes de que se manifiesten clínicamente.

Figura 1. Puntuaciones de las escalas Bayley III





DIAGNÓSTICO EN PACIENTES EVALUADOS POR SOSPECHA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA): PREVALENCIA DE TEA, TDAH Y COMORBILIDAD EN UNA MUESTRA CLÍNICA

⁽¹⁾ Hernández Jurdado, Patricia; ⁽¹⁾ López Moreno, Laura; ⁽¹⁾ Huertas Patón, Abigail; ⁽¹⁾ Boada Muñoz, Leticia; ⁽¹⁾ Nieto Moreno, Adoratriz; ⁽¹⁾ García Inares, Ernesto; ⁽¹⁾ San José Cáceres, Antonia; ⁽¹⁾ Parellada Redondo, María José

⁽¹⁾ Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

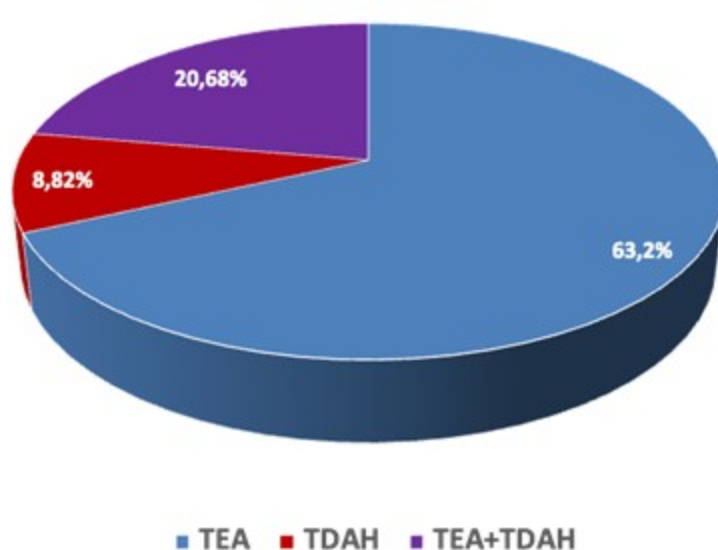
El Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presentan solapamiento sintomatológico y alta comorbilidad (prevalencia entre 30-40% según la literatura⁽¹⁾), complicando el diagnóstico, empeorando el funcionamiento adaptativo y social y requiriendo intervenciones específicas.

Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de datos clínicos de pacientes evaluados por sospecha de TEA en programa de diagnóstico diferencial complejo, determinando la proporción de pacientes que reciben diagnóstico final de TEA, TDAH o ambos (comorbilidad TEA+TDAH) mediante evaluación multidisciplinar estandarizada (DSM-5 2 o CIE-103, ADOS-2/ADI-R).

Resultados

De 1905 pacientes evaluados (77,74% varones, 22,25% mujeres), el 63,20% recibieron diagnóstico de TEA, un 8,82% de TDAH y un 20,68% de TEA y TDAH.



Conclusión

En esta muestra clínica, la comorbilidad TEA+TDAH fue del 20,68%, inferior a las cifras de la literatura (30-40%), lo que puede reflejar particularidades de la muestra, umbral de sospecha en derivación, diferencias en criterios diagnósticos, un mejor diagnóstico diferencial en nuestro contexto clínico y diferencias metodológicas.

Estos resultados subrayan la importancia de una evaluación integral y sistemática de síntomas atencionales/hiperactivos para evitar tanto sub- como sobrediagnóstico de comorbilidad.

Referencias

1. Rong Y, Yang CJ, Jin Y, Wang Y. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. Res Autism Spectr Disord. 2021;83:101759
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión. Madrid: Meditor; 1995.



DIETA Y DEPRESIÓN EN EL PROYECTO SESSAMO

Yárnoz-Goñi Nora¹; Sulaiman-Rojas Julieth Paola⁴; Pírez-Mora Guillermo²; Dos-Santos-Rosa-Xavier Mariele³; Díez-Suárez Azucena⁵; Pérez-Carasol Miguel; Peña-Ferrera María⁶; Sánchez-Villegas Almudena^{4,7,8}

¹ Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

² Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Servicio Canario de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria

³ Universidade Federal de Pelotas, Brazil

⁴IdiSNA: Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

⁵ Clínica Universidad de Navarra

⁶ Centro de Salud de Alcaravaneras, Las Palmas de Gran Canaria

⁷ CIBEROBN

⁸ISFOOD es el Instituto de Innovación y Sostenibilidad en la Cadena Agroalimentaria de la Universidad Pública de Navarra



INTRODUCCIÓN

La salud mental y su relación con la dieta en adolescentes es un campo de investigación que ha ido creciendo gradualmente a nivel mundial, especialmente la necesidad de establecer la asociación entre la depresión y los patrones alimentarios. A pesar de la información existente, la evidencia en España es limitada en este colectivo, por lo que se necesita seguir investigando para obtener más conocimiento sobre este tema.

OBJETIVO

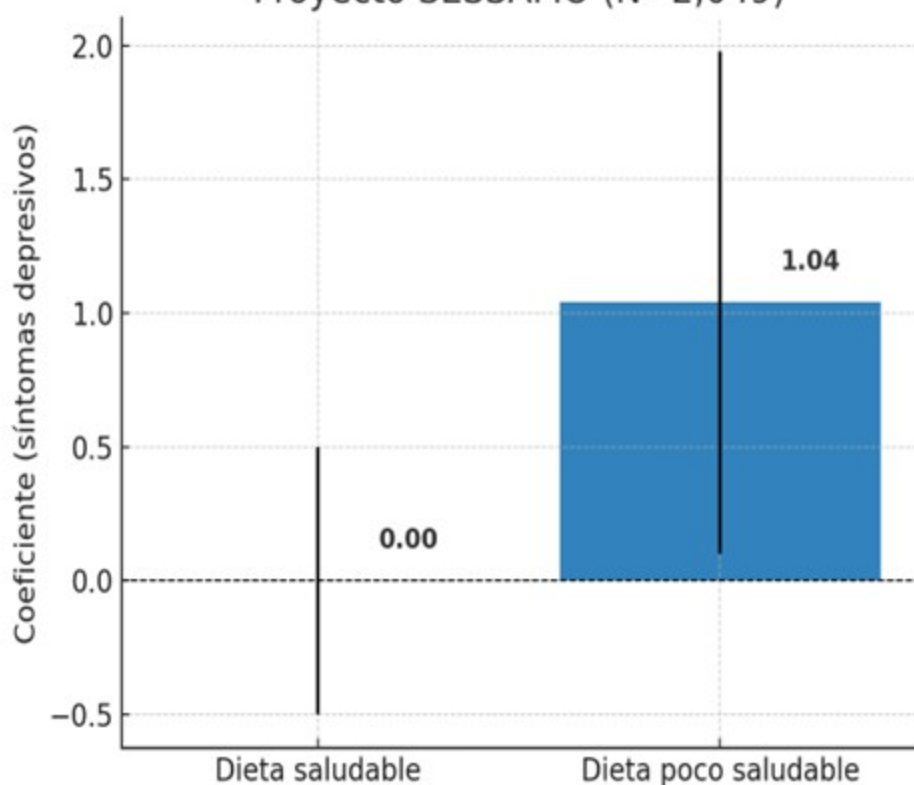
Este trabajo tiene como objetivo analizar la asociación entre patrones de dieta y síntomas depresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó una muestra de 2,049 estudiantes de 14 a 16 años, pertenecientes a la cohorte del proyecto SESSAMO (Seguimiento de Estudiantes de Secundaria para valorar Salud Mental y Obesidad). La información basal se recogió mediante cuestionarios autoadministrados. La ingesta alimentaria se evaluó mediante un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario (FFQ) validado, compuesto por 55 ítems. Se identificó el patrón alimentario mediante análisis factorial con rotación Varimax.

La asociación se evaluó por medio de modelos de regresión lineal multivariable ajustado por diversos factores de confusión.

Asociación entre patrones de dieta y síntomas depresivos
Proyecto SESSAMO (N=2,049)



RESULTADOS

Se identificó una asociación significativa entre la adherencia a un patrón de dieta poco saludable y la presencia de síntomas de depresión en adolescentes (Coeficiente $\beta = 1.04$; 95% CI: (0.10 a 1.98). No se encontró asociación entre el patrón de dieta más saludable y los síntomas psicopatológicos.

CONCLUSIONES

Una mayor adherencia a un patrón de dieta poco saludable se ha asociado con síntomas depresivos en los adolescentes de esta muestra. Se necesitan más estudios longitudinales para establecer la relación causal que confirme esta asociación y puedan adoptarse medidas de prevención y promoción de la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez-López E, Mesas AE, Visier-Alfonso ME, Pascual-Morena C, Martínez-Vizcaíno V, Herrera-Gutiérrez E, et al. Adherence to the Mediterranean diet and depressive, anxiety, and stress symptoms in Spanish adolescents: results from the EHDLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024 Aug;33(8):2637–46.
- Chowdhury U, Bubis S, Nagorny K, Welch M, Rosenberg L, Begdache L. Effects of Mediterranean and Western dietary patterns on perceived stress and mental distress. Nutr Health. 2024 Jul 25;2601060241263375.
- Zielińska M, Łuszczki E, Michońska I, Dereń K. The Mediterranean Diet and the Western Diet in Adolescent Depression-Current Reports. Nutrients. 2022 Oct 19;14(20):4390.



Efectos de los estímulos sensoriales en la participación de menores con TDAH

Autores: García-Terrón, A.; Gómez-Suárez, A.F.; Pardo-Toro, J.J.
Institución: Fundación INGADA

INTRODUCCIÓN

Este estudio analiza el perfil sensorial de menores con TDAH (6-14 años) que participan en los talleres de la Fundación INGADA, tras observar que distintos estímulos dificultan su autorregulación (1)

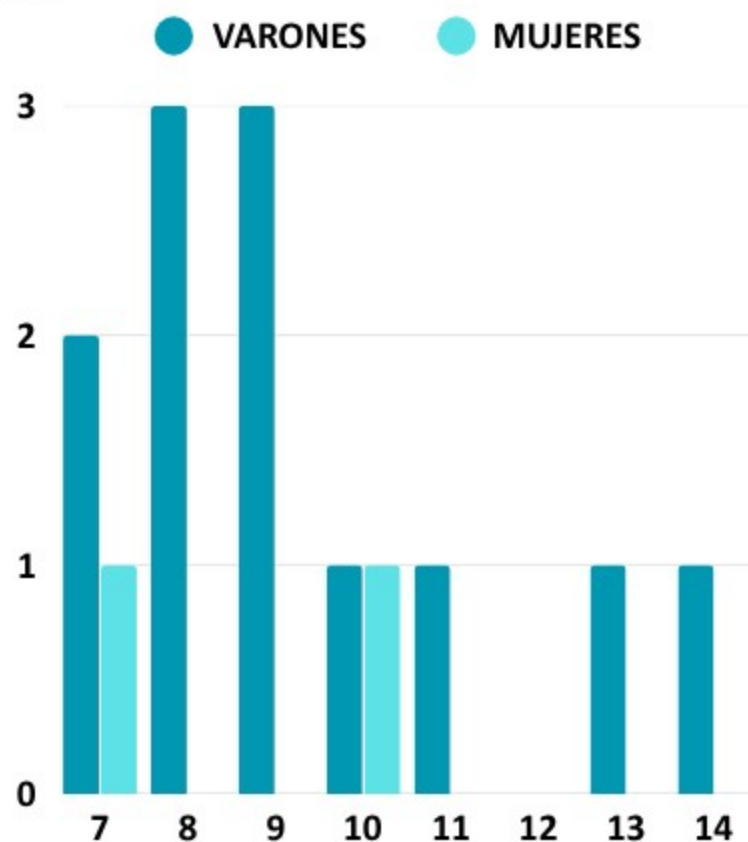
OBJETIVO

Analizar el perfil sensorial de los participantes para aumentar su participación y desempeño ocupacional mediante la adaptación del entorno.

METODOLOGÍA

La metodología empleada fue un estudio descriptivo transversal con 14 menores, utilizando el Perfil Sensorial-2 (versión breve) basado en el modelo de Dunn (2) (3) (4).

Figura 1. Participantes del estudio distribuidos en sexo y edad



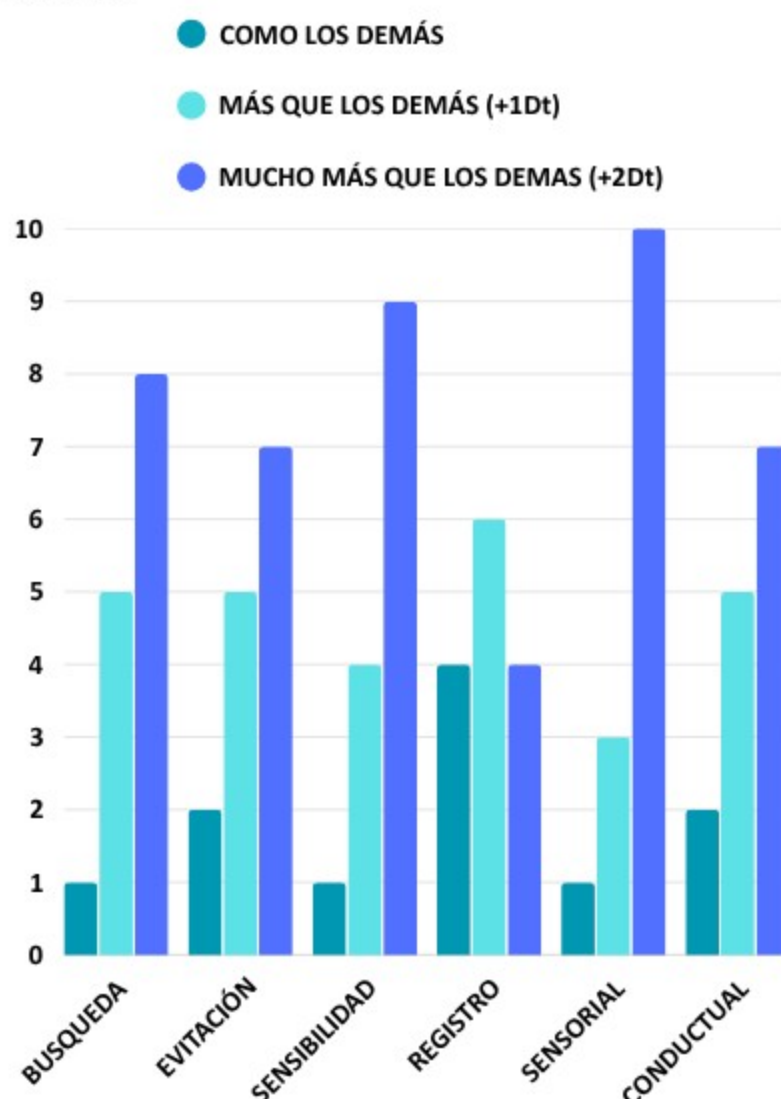
REFERENCIAS

1. Dios Puebla ME. Perfil de integración sensorial en niños con TDAH [trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Medicina; 2024.
2. Ahn RR, Miller LJ, Milberger S, McIntosh DN. Sensory processing in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord*. 2014.
3. Cruz Bermudez MAJ, Santiago Bazan C. Perfil sensorial en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Cient Cienc Med*. 2020;23(2):192-200.
4. Sprock AS. Conceptualización de los modelos de estilos de aprendizaje. *J Learn Styles*. 2018;11(21).

RESULTADOS

Los resultados muestran una alta presencia de patrones atípicos, especialmente en los cuadrantes de sensibilidad y evitación sensorial, lo que refleja una elevada reactividad ante estímulos ambientales. Además, se identificó una notable similitud, coexistiendo perfiles de búsqueda y evitación en los mismos sujetos.

Figura 2. Participantes del estudio distribuidos en los diferentes cuadrantes.



CONCLUSIONES

En conclusión, los hallazgos justifican la necesidad de implementar adaptaciones en el entorno (ruido, apoyos visuales y espacios de regulación) para mejorar la autorregulación y la calidad en la participación, confirmando que el procesamiento sensorial es una variable crítica en el desempeño ocupacional de estos menores.



Eficacia de una intervención psicológica telefónica en el periodo perinatal en Atención Primaria

Anna Riera-Martín¹, Lorea Díaz Aguirrebeña², María Teresa Iglesias Gaspar³

¹Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa, ²Hospital Universitario de Donostia, ³Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación del Hospital Universitario Donostia

INTRODUCCIÓN

El **periodo perinatal** constituye una etapa de elevada vulnerabilidad para la salud mental de la mujer, con una prevalencia de sintomatología psicológica cercana al 25%. Sin embargo, la **atención psicológica perinatal en Atención Primaria** sigue siendo limitada, especialmente en relación con la detección y el abordaje temprano de las dificultades emocionales. Aunque existe evidencia sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas presenciales, la investigación sobre modalidades alternativas, como la **intervención psicológica telefónica**, una modalidad más accesible y aplicable en Atención Primaria, continúa siendo escasa.

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue evaluar la **eficacia preliminar de una intervención psicológica telefónica** en mujeres con sintomatología psicológica en el **periodo perinatal**.

MÉTODOS

MUESTRA	RECLUTAMIENTO	DISEÑO	HERRAMIENTAS UTILIZADAS	TEST ESTADÍSTICOS
14 mujeres durante embarazo o posparto con dificultades emocionales	Matronas y ginecólogas de Atención Primaria (área Bidasoa, Gipuzkoa)	Cuasi-experimental de un solo grupo Medidas pre y post intervención	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) Inventario de Síntomas Clínicos (SCL-90-R)	Al no cumplirse normalidad: Test W de Wilcoxon Test de McNemar

RESULTADOS

EPDS

ÍTEM	PRE	POST	P-valor
	Mediana (Rango Intercuartílico)		
Ítem 1	2 (1 – 2)	0 (0 – 0.75)	0.003
Ítem 2	2 (1 – 3)	0 (0 – 0)	0.003
Ítem 3	2 (1 – 2.75)	1 (1 – 2)	0.358
Ítem 4	2 (1 – 3)	1 (1 – 2)	0.253
Ítem 5	2 (1 – 3)	1 (0.25 – 1)	0.012
Ítem 6	2 (2 – 2.75)	1 (1 – 2)	0.010
Ítem 7	1 (0 – 2)	1 (0 – 1.75)	0.105
Ítem 8	2 (1 – 2.75)	1 (0.25 – 1)	0.003
Ítem 9	2 (1 – 2.75)	1 (0 – 1)	0.013
Ítem 10	0 (0 – 0)	0 (0 – 0)	0.317
Total EPDS	15.5 (12.25 – 21.75)	7.5 (5 – 11.5)	0.003

Tras la intervención, se observó una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología de **depresión posparto** ($p = 0.003$). A nivel clínico, 7 de las 11 mujeres con puntuaciones iniciales por encima del punto de corte clínico en la EPDS (>10) pasaron a situarse por debajo de dicho punto tras la intervención.

SCL-90-R

DIMENSIÓN	PRE	POST	P-valor
	Mediana (Rango Intercuartílico)		
Somatización	1.34 (0.6 – 2)	0.46 (0.33 – 1.06)	0.005
Obsesión-compulsión	1.2 (0.73 – 2.3)	0.65 (0.33 – 1.75)	0.079
Sensibilidad interpersonal	1.11 (0.73 – 1.78)	0.5 (0.14 – 1.06)	0.023
Depresión	2 (1.19 – 2.75)	0.62 (0.27 – 1.3)	<0.001
Ansiedad	1.4 (0.73 – 1.98)	0.5 (0.3 – 0.93)	0.004
Hostilidad	0.67 (0.33 – 1.62)	0.42 (0.17 – 0.79)	0.224
Ansiedad fóbica	0.5 (0.14 – 1.25)	0 (0 – 0.4)	0.006
Ideación paranoide	0.67 (0.21 – 0.83)	0.17 (0.04 – 0.96)	0.168
Psicoticismo	0.55 (0.3 – 1.05)	0.05 (0 – 0.68)	0.010
Escala adicional ADI	2.14 (1.07 – 2.67)	0.71 (0.43 – 1.07)	0.004
Total GSI	1.1 (0.75 – 1.9)	0.49 (0.29 – 0.88)	<0.001

Se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la mayoría de las dimensiones del SCL-90-R, incluyendo **Somatización** ($p = 0.005$), **Sensibilidad interpersonal** ($p = 0.023$), **Depresión** ($p < 0.001$), **Ansiedad** ($p = 0.004$), **Ansiedad fóbica** ($p = 0.006$), **Psicoticismo** ($p = 0.010$), **Escala adicional** ($p = 0.004$) y **GSI** (índice total de severidad) ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

La intervención psicológica telefónica redujo significativamente la sintomatología psicológica en mujeres en el periodo perinatal, con relevancia clínica. Estos hallazgos sugieren que la intervención psicológica telefónica podría ser una alternativa accesible y viable para la atención psicológica en Atención Primaria en esta población.

REFERENCIAS

- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N. et al. (2005). Perinatal depression: systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-1083.
- Russell, E.J., Fawcett, J.M. y Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 74(4), 377-385.
- Ross, L.E. y McLean, L.M. (2006) Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*, 67(8), 1285-1298.
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, D.H. et al. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, 384(9956), 1800-1819.
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2018). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. Psychological Services.



EL COSTE DEL CAMUFLAJE: DIAGNÓSTICO TARDÍO Y COMORBILIDADES EN FENOTIPO FEMENINO.

Sarmiento Ledesma, Hugo; Fábrega Ruz, Julia; De Bengoa Reyes, Rosa.
Hospital Regional Universitario de Málaga



Introducción

La proporción varón:mujer en Trastorno del Espectro Autista (TEA) se estima en 3-4:1, aunque hay evidencia de infradetección en niñas y adolescentes. El fenotipo femenino se caracteriza por intereses restringidos socialmente aceptables, habilidades de imitación, y mayor tendencia a síntomas internalizantes. Esto retrasa el diagnóstico aumentando el riesgo de psicopatología en la adolescencia, incluyendo autolesiones (hasta 30%) y dificultades de regulación emocional (50%) y trastornos de la conducta alimentaria.

Descripción del caso

Adolescente de 14 años derivada por inestabilidad emocional e intento autolítico. Presentaba desde la infancia intereses restringidos, comportamientos repetitivos autorreguladores, rigidez cognitiva y dificultades sociales persistentes. En la preadolescencia, desarrolló desregulación emocional significativa y clínica alimentaria compatible con anorexia nerviosa, requiriendo seguimiento estrecho y hospitalización. La reevaluación identificó un diagnóstico de TEA de alto funcionamiento previamente no diagnosticado.

TCA AUTOLESIONES INESTABILIDAD EMOCIONAL AISLAMIENTO SOCIAL IDEACIÓN AUTOLÍTICA



Discusión

El fenotipo femenino puede permanecer oculto debido al camuflaje social generando una apariencia de adaptación social a costa de un elevado esfuerzo cognitivo y emocional. Cuando las demandas sociales aumentan en la adolescencia, estas estrategias pueden resultar insuficientes, emergiendo con mayor intensidad síntomas afectivos o alimentarios. La rigidez cognitiva, la necesidad de control y las dificultades en la regulación emocional constituyen factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios, donde la restricción puede funcionar como estrategia de control.

Conclusión

La identificación temprana del fenotipo femenino del TEA constituye un reto diagnóstico clave en psiquiatría infanto-juvenil y puede prevenir trayectorias psicopatológicas complejas asociadas al diagnóstico tardío, evitando intervenciones centradas en la comorbilidad y optimizando el abordaje terapéutico.

Bibliografía

- 1.Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;56:280-302.
- 2.Tchanturia K, Smith E, Weineck F, Fidanboyly E, Kern N, Treasure J, et al. Exploring autistic traits in anorexia nervosa: a clinical study. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(3):206-212.
- 3.Hervás A. Autismo en mujeres y niñas: una realidad infradiagnosticada. *Medicina (Buenos Aires)*. 2022;82(Supl 2):60-66.



El embarazo en la terapeuta: diferencias en la preocupación por el impacto en los pacientes en la atención a población adulta e infanto-juvenil

Paricio del Castillo, Rocío (1); Martínez Marín, Paloma (1); Rodríguez Ruiz, Beatriz (1); Antolín Murillo, Elena (1); Forti Buratti, Azul (2); Díaz de Neira Hernando, Mónica (1).

(1) Hospital Universitario Puerta de Hierro, (2) Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.

Introducción

El embarazo de la terapeuta implica cambios físicos y psicológicos que pueden influir en la relación terapéutica y en la organización del trabajo clínico(1). Se trata de un acontecimiento vital que introduce modificaciones tanto en la disponibilidad emocional como en el encuadre, pudiendo activar dinámicas transferenciales y contratransferenciales específicas. A pesar de su relevancia en una profesión altamente feminizada, existen pocos datos empíricos sobre cómo se percibe este impacto y si varía según la población atendida(2). Asimismo, la literatura disponible sugiere que el embarazo se configura como un evento clínicamente sensible per se, independientemente del tipo de paciente, aunque con matices diferenciales según el contexto asistencial.

Objetivo: Explorar la preocupación de las terapeutas respecto al impacto de su embarazo en los pacientes, así como los cambios percibidos en la práctica clínica, atendiendo a posibles diferencias según variables profesionales y población atendida.

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuesta online (febrero–octubre 2024). Participaron 193 terapeutas (edad media 34,6 años; DE 3,5). Se recogieron variables obstétricas (tipo de embarazo) y profesionales (disciplina, orientación teórica, modalidad asistencial, población atendida), así como variables relacionadas con la vivencia clínica del embarazo:

- Preocupación por el posible impacto negativo en los pacientes
- Forma de comunicar el embarazo
- Elaboración del impacto con los pacientes
- Cambios percibidos en la práctica clínica
- Formación recibida para afrontar estas situaciones

Se incluyó además análisis cualitativo de respuestas abiertas.

Resultados

En cuanto a población atendida: 44,33% trabajaba exclusivamente con adultos, 17,53% exclusivamente con infancia y adolescencia, 1,03% exclusivamente en perinatal, 36,79% combinaba áreas. La mayoría de participantes eran psicólogas (148), seguidas de psiquiatras (40), con menor representación de otras disciplinas.

La preocupación por el posible impacto negativo del embarazo fue elevada (76,32%). Fue mayor en psicólogas (118 de 148) que en psiquiatras (30 de 40). Las terapeutas que trabajaban con población adulta fueron las que mostraron mayor nivel de preocupación. Las que habían tenido embarazos espontáneos y buscados concentraron también la mayor proporción de preocupación.

Comunicación del embarazo: las terapeutas más preocupadas tendieron a explicitarlo verbalmente en mayor medida (69,08%). **Elaboración en terapia:** quienes presentaban mayor preocupación hablaron más del impacto con sus pacientes (56,58% frente a 30%). En contraste, las menos preocupadas contaban con mayor formación previa, mientras que entre las más preocupadas predominaba la percepción de falta de preparación. En general, la mayoría de la muestra refirió cambios durante el embarazo, especialmente en la sensibilidad, el funcionamiento emocional, la relación terapéutica y el manejo del encuadre, siendo estos cambios más frecuentes en quienes mostraban mayor preocupación. El análisis cualitativo indica que la preocupación es transversal a todos los ámbitos clínicos, con temas comunes como la ausencia, el abandono y la separación. No obstante, se observan diferencias: en la clínica de adultos predominan inquietudes centradas en la continuidad del tratamiento y la estabilidad del encuadre, mientras que en la clínica infanto-juvenil destacan la culpa, la responsabilidad y la función cuidadora hacia el menor y su entorno.

Discusión

Los resultados confirman que el embarazo de la terapeuta se vive como un evento clínicamente significativo, con un alto nivel de preocupación generalizada. Esta preocupación parece asociarse tanto a variables profesionales como a la percepción de competencia para manejar la situación. La mayor preocupación en la clínica de adultos puede relacionarse con el peso del encuadre y la continuidad del proceso terapéutico, mientras que en la clínica infanto-juvenil adquiere mayor relevancia la posición cuidadora y la responsabilidad hacia el menor y su entorno familiar. Asimismo, la formación emerge como un posible factor protector frente a la preocupación, lo que señala la necesidad de incorporar este contenido en los programas formativos.

Conclusión

La preocupación por el impacto del embarazo en la práctica clínica es frecuente entre terapeutas. Los resultados sugieren que en la clínica con adultos predominan inquietudes vinculadas a la continuidad del proceso terapéutico, y en la clínica infanto-juvenil predomina la función cuidadora y la responsabilidad hacia el menor. La formación específica podría desempeñar un papel relevante en la modulación de estas preocupaciones.

Referencias

- (1) Artola, J. (2025). Derivas clínicas del embarazo de la psicoterapeuta. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(1), 29-40.
- (2) Huéscar Párraga, R. El embarazo de la terapeuta en la psicoterapia perinatal. 1as Jornadas Internacionales en Psiperinatalidad de Conecta Perinatal y ASMI-WAIMH España 2021. <https://doi.org/10.3917/s.asmi.waimh.2021.02.0013>



El impacto de la aculturación y la presión por la excelencia en la Anorexia Nerviosa: A propósito de un caso

Hernández Antón, Rebeca; Navarro Orozco, Glòria; Guzmán Amaya, Bertha; Parini, Martina Marianela; Gracida Romero, Jesús Andrés; Fabra Ferrer, Anna.
Hospital Universitario de Mataró

Introducción:

La migración constituye un proceso vital estresante que actúa como un factor de riesgo de primer orden en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante la adolescencia. El concepto de estrés aculturativo define el conflicto psíquico que emerge cuando colisionan los valores de la cultura de origen (habitualmente colectivistas, jerárquicos y de alta exigencia filial) con los de la sociedad de acogida (occidentales, marcadamente individualistas y regidos por ideales estéticos específicos). En este escenario, la anorexia nerviosa trasciende la mera persecución del canon de delgadez para articularse como un mecanismo desadaptativo de control. Ante entornos familiares de alta exigencia donde el rendimiento académico es el único garante de seguridad, el síntoma alimentario opera como una vía de escape frente a la ansiedad generalizada, la culpa y el miedo crónico a la pérdida del afecto del Otro, cronificando el trastorno como una respuesta defensiva desadaptativa.

Metodología:

Se presenta el estudio de un caso clínico de carácter descriptivo y longitudinal centrado en una paciente mujer de 17 años, natural de Uzbekistán y residente en España desde hace 5 años, con diagnóstico principal de Anorexia Nerviosa Restrictiva (CIE-10: F50.0). Tras objetivarse una evolución tórpida en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de referencia, la paciente ingresa en el Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ) con los objetivos de restablecimiento nutricional y estabilización psicopatológica integral.

La metodología de abordaje clínico consistió en el diseño de un plan de acción multidisciplinar coordinado con el Servicio de Nutrición. El proceso de evaluación continuada combinó monitorizaciones biológicas.

Psicopatológicamente, el abordaje procesal substituyó el formato de intervenciones aisladas por un engranaje terapéutico continuo que integró psicofarmacología optimizada, psicoterapia individual de corte cognitivo-conductual, psicoanalítico e interpersonal, terapia grupal especializada y abordaje sistémico familiar, así como valoración del entorno con comidas familiares, evaluando la evolución de la conciencia de enfermedad desde una marcada ansiedad e ideación obsesiva inicial hasta la consecución de criterios de estabilización y alta médica.

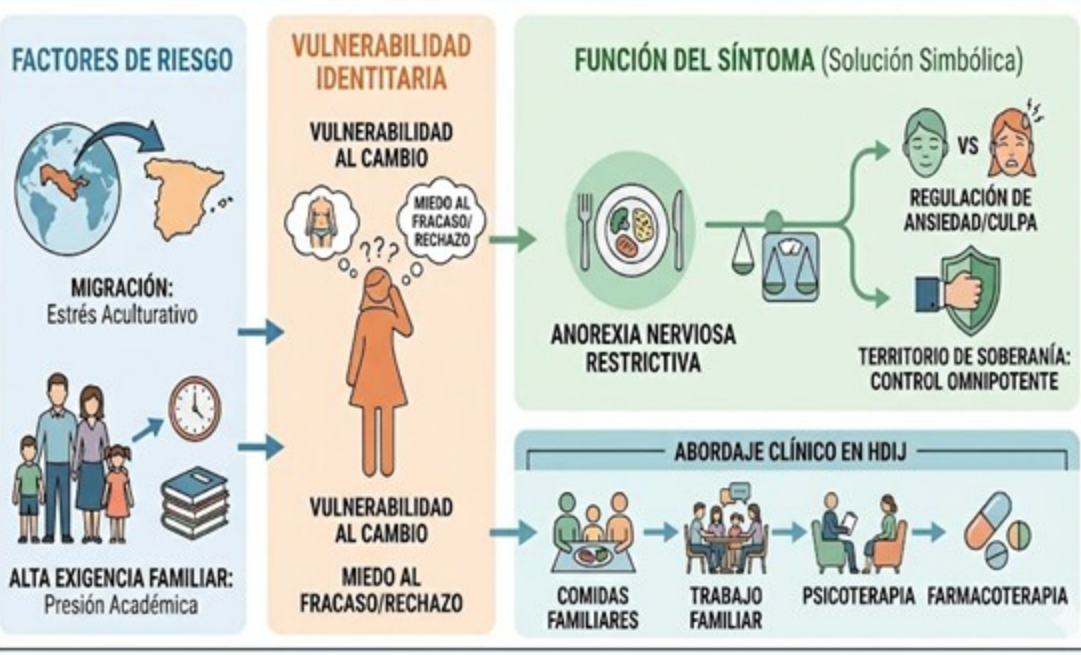
Dado el perfil de riesgo y la evolución tórpida, se deriva a consultas externas específicas en trastornos de conducta alimentaria.

Discusión:

La psicodinamia y fenomenología de este caso evidencian que la "solución anoréxica" funciona como un **desplazamiento simbólico del malestar** psíquico inasumible. Cuando la amenaza de **culpa y la pérdida del afecto** del entorno superan los límites de tolerancia de la menor, el síntoma surge para regular la angustia: el "comer nada" se convierte en un objeto separador entre el sujeto y las demandas omnipotentes del Otro. La aparente sumisión inicial de la paciente no era sino una respuesta defensiva ante las expectativas externas, donde el perfeccionismo, la obstinación y el autocastigo sostenían la decisión férrea de la restricción.

A nivel **transcultural**, la marcada **fobia al desarrollo de caracteres sexuales femeninos** y la **lejanía hacia las relaciones interpersonales** explicitan el conflicto identitario derivado del proceso migratorio: el cuerpo infantilizado y asexuado se erige como un territorio blindado y seguro que detiene el tiempo biológico, protegiendo a la paciente del entorno occidentalizado y permitiéndole preservar el rol de hija sumisa bajo el control familiar.

DIAGRAMA CONCEPTUAL: ANOREXIA COMO SOLUCIÓN SIMBÓLICA EN ADOLESCENTE MIGRANTE



La implementación de las **técnicas** específicas en el HDIJ resultó nuclear para subvertir esta estructura rígida:

- Las **comidas familiares en el HDIJ** funcionaron como una técnica de exposición in vivo de alta intensidad, permitiendo al equipo clínico objetivar las dinámicas de control y tensión en tiempo real, ofreciendo una devolución inmediata que rompió los patrones de confrontación disfuncionales en el hogar.
- La **escultura familiar** fue una herramienta diagnóstica y terapéutica crucial para el choque cultural, al proyectar físicamente y sin mediación verbal las distancias emocionales, las jerarquías y las rigideces relacionales, la paciente pudo escenificar la opresión de las expectativas familiares sin el riesgo de verbalizar una deslealtad.
- El **trabajo con la silueta** y la **exposición al espejo** permitieron confrontar directamente la distorsión perceptiva y reestructurar los pensamientos alternativos en torno al cuerpo.
- El **grupo de TCA** de niñas y el **grupo de psicoeducación con familias** combatieron el aislamiento social y el estigma del rendimiento, validando el sufrimiento de la paciente más allá de sus calificaciones escolares.
- El **soporte psicofarmacológico** resultó sinérgico al abordaje psicoterapéutico. La titulación de sertralina hasta 150 mg/día ayudó para tratar la comorbilidad ansioso-depresiva y la introducción de olanzapina a (2,5 mg/día) no se utilizó como a un fin ponderal, sino como un modulador neurobiológico de la rigidez cognitiva y de la angustia de control, reduciendo las rumiaciones obsesivas en relación con la comida y facilitando la flexibilidad psíquica necesaria para que la paciente se beneficiara de las terapias dinámicas y del plan de retirada progresiva de benzodiacepinas.

Conclusiones:

- Abordaje transcultural: El tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes migrantes exige descodificar el síntoma alimentario a la luz del estrés aculturativo y las dinámicas de exigencia académica como sustitutos de la validación personal.
- Función reguladora del síntoma: La restricción alimentaria severa operó como una vía de control omnipotente frente a la desestructuración de la identidad provocada por el cambio cultural y el temor al fracaso relacional.
- Eficacia psicoterapéutica combinada: Las intervenciones expresivas y de exposición (comidas familiares, escultura familiar y trabajo de siluetas) demuestran ser herramientas de elección para sortear la alexitimia y la rigidez cognitiva características de estos perfiles.
- Eficacia psicoterapéutica grupal, tanto de pacientes como de familiares. Favorecen la adherencia terapéutica.
- Sinergia farmacológica: Los antipsicóticos atípicos en dosis bajas (como la olanzapina) constituyen una estrategia coadyuvante fundamental para modular la "angustia de control" y la rigidez, favoreciendo la recuperación.
- Continuidad asistencial vital: Dado el perfil de vulnerabilidad caracterial de la paciente (hipersensibilidad a la crítica, miedo a la transición vital) y factores de estrés añadidos, asegurar una transición y coordinación inmediata entre los dispositivos de salud mental es imperativo para mitigar el riesgo de recaída.

Bibliografía:

- Becker, A. E. (2004). *Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiations of gender and identity in response to rapid social change*. Culture, Medicine and Psychiatry, 28(4), 533-559.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). *Anorexia nervosa*. The Lancet, 396(10250), 583-598.
- Berry, J. W. (2005). *Acculturation: Living successfully in two cultures*. International Journal of Intercultural Relations, 29(6), 697-712.



ENTRE LA IMPULSIVIDAD Y LA ANSIEDAD: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN UN CASO DE PICA INFANTIL

López Carpintero, Beatriz (1); Lomas Pérez, Carlos (1);
Lista Matey, Felicidad (1); Zarzuela Ferrero, María Elena (1)
(1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias



INTRODUCCIÓN

- La pica se define como la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante al menos un mes, en una etapa del desarrollo en la que este comportamiento resulta inapropiado (1).
- Aunque clásicamente se ha relacionado con trastornos del neurodesarrollo y déficits nutricionales, estudios recientes sugieren asociación con diferentes trastornos psiquiátricos infantiles, especialmente síntomas de impulsividad, hiperactividad y dificultades emocionales (1,2).
- Algunos autores han planteado que determinados casos de pica podrían relacionarse con alteraciones del control de impulsos y posibles mecanismos dopaminérgicos compartidos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (1,3).



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una niña de 6 años derivada a consultas de salud mental infantil por ingestión persistente de sustancias no alimentarias detectada recientemente en el entorno escolar, aunque posteriormente se supo que esta conducta tenía dos años de evolución.



ANTECEDENTES RELEVANTES

Embarazo no planificado, preeclampsia materna en el último trimestre, parto a término con expulsivo prolongado y sufrimiento fetal, irritabilidad y alteraciones importantes del sueño en primera infancia, así como dificultades actuales de lectoescritura con sospecha de dislexia y antecedentes de acoso escolar.



EVALUACIÓN CLÍNICA

Alta distractibilidad, inquietud motora, impulsividad, ansiedad significativa relacionada con el ámbito académico, baja autoestima, inseguridad y dificultades de organización y autonomía en tareas escolares. En consulta se mostraba tímida, con discurso escaso e hipotónico, aunque colaboradora, presentando necesidad constante de manipular objetos.



ENTORNO ESCOLAR

Desde el centro escolar se describían distracción frecuente, dificultad para iniciar tareas, balanceo constante en la silla y problemas de rendimiento académico, especialmente en lectura y lengua.



EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Se administraron escalas psicométricas (SNAP-IV, Conners y EDAH), obteniéndose resultados compatibles con TDAH subtipo combinado, con afectación predominante en atención y control conductual.



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN



TRATAMIENTO

Adaptaciones escolares, intervención psicoterapéutica y participación en grupo de regulación emocional infantil. Se inició tratamiento con metilfenidato tras valoración cardiológica y ECG normales.



EVOLUCIÓN

Ante persistencia de la sintomatología y deterioro funcional, se inició tratamiento con metilfenidato. Tras varias semanas de tratamiento se observa mejora clínica progresiva.

- ✓ Disminución de inquietud motora
- ✓ Mejor regulación emocional
- ✓ Menor ansiedad asociada a tareas escolares
- ✓ Mejor funcionamiento académico
- ✓ Reducción parcial de las conductas de pica



DISCUSIÓN

La pica en población pediátrica continúa siendo una entidad poco estudiada, especialmente en relación con sus comorbilidades psiquiátricas. Estudios recientes señalan una asociación significativa entre pica y trastornos psiquiátricos infantiles, hiperactividad, problemas conductuales, dificultades emocionales y problemas en la relación con iguales (2).

En este caso, la conducta de ingestión pareció coexistir con síntomas claros de TDAH, ansiedad y dificultades específicas de aprendizaje. Además, la conducta parecía intensificarse en contextos de elevada ansiedad académica y malestar emocional.

La paciente presentaba asimismo factores de vulnerabilidad adicionales, incluyendo estrés psicosocial mantenido, acoso escolar, elevada ansiedad académica, baja autoestima y posibles dificultades en regulación emocional.

La mejora observada tras el inicio de metilfenidato resulta consistente con casos publicados previamente, en los que se describe respuesta favorable tanto de los síntomas de TDAH como de las conductas de pica (3). No obstante, la evidencia disponible sigue siendo limitada y basada principalmente en informes de casos y revisiones narrativas (1,3).



IMPLICACIONES CLÍNICAS

Este caso resalta la importancia de una evaluación integral en la pica infantil, considerando posibles comorbilidades psiquiátricas que pueden influir en su mantenimiento y evolución.



CONCLUSIONES



La pica puede coexistir con síntomas de TDAH, ansiedad y dificultades emocionales en población pediátrica.



Algunos casos podrían relacionarse con alteraciones del control de impulsos y mecanismos dopaminérgicos compartidos.



El tratamiento multimodal puede resultar beneficioso en pacientes con comorbilidad psiquiátrica, observándose en algunos casos mejoría parcial de las conductas de pica tras tratamiento con metilfenidato.



Son necesarias más estudios sobre la relación entre pica y trastornos psiquiátricos del neurodesarrollo.



REFERENCIAS

- Schmidt E. The neurology and psychopathology of pica. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2022;22(8):351-356. doi:10.1007/s11910-022-02128-2.
- Rubino LG, Bulk CM, Chawner SIRA, Micali N. Pica in childhood: concurrent and sequential psychiatric comorbidity. *Int J Eat Disord.* 2025;58(10):1936-1945. doi:10.1002/eat.24691.
- Hergüner S, Hergüner AS. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2010;34(6):1155-1156. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.06.005.





Esquizofrenia resistente a tratamiento y el uso de TEC



Autores: Larrañaga Gutierrez de Piñeres, Isabella (1) ; Garcia-Medall Arranz, Daniel (1) ; Muñoz Ayuso, Elena (1) ; Queipo de Llano de la Viuda , Maria (1)
(1) Hospital Clinico Universitario de Valladolid

Introducción:

El consumo precoz de sustancias psicoactivas se asocia a un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicóticos en la adolescencia (1). Presentamos el caso de un paciente adolescente con antecedentes de consumo y clínica psicótica grave, con resistencia parcial al tratamiento farmacológico y necesidad de terapia electroconvulsiva (2).

Desarrollo:

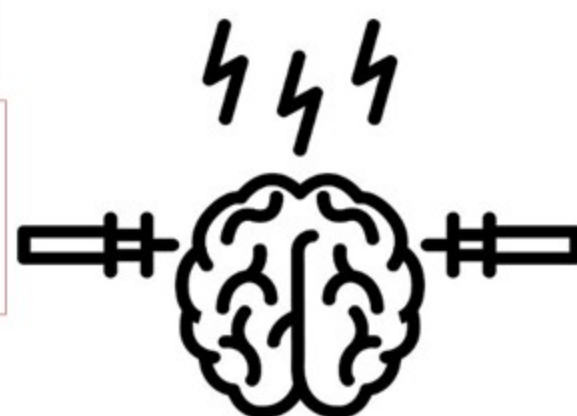
Paciente varón de 16 años sano, con padres divorciados. Inicia el consumo de cannabis a los 12 años y progresó a otras sustancias. En 2023 aumenta su consumo y frecuencia. Ingresa por sospecha de clínica psicótica, presentando múltiples síntomas positivos y negativos. Descartándose patología orgánica. Se diagnostica de esquizofrenia pues pese a retirada y cese del efecto de los tóxicos el paciente persiste con su clínica psicótica positiva, sintomatología deficitaria, desorganización del pensamiento y conducta síntomas con duración mayor a 6 meses. Presenta escasa respuesta a risperidona y aripiprazol. Se inicia clozapina (450 mg; niveles 375). Por mala evolución se inicia TEC con dos sesiones semanales obteniendo buena respuesta.

Discusión:

Este caso muestra los desafíos del manejo de psicosis grave y resistente en adolescentes. La respuesta limitada a antipsicóticos, incluso clozapina, resalta la dificultad de tratar formas refractarias y la necesidad de terapia electroconvulsiva (TEC) como opción efectiva. La evaluación cognitiva relativamente normal sugiere que la sintomatología es predominantemente psicótica. Subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario, estrategias para mejorar la adherencia y la monitorización estrecha en pacientes con rechazo a la medicación. (1)(2)(3)(4)

Conclusiones:

La combinación de TEC, seguimiento estrecho y enfoque multidisciplinario es clave en psicosis juvenil refractaria al tratamiento.



Referencias:

1. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: a unifying hypothesis. *Schizophr Res.* 2018;194:78-85
2. **Wachtel LE, Dhossche DM, Kellner CH.** When is electroconvulsive therapy appropriate for children and adolescents? *Med Hypotheses.* 2011;76(3):395-399.
3. **McClellan J, Stock S; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(9):976-990
4. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 2016;42(5):1262-1269



Estudio descriptivo de los pacientes derivados a una consulta de neuropsiquiatría infantil

69a9d7d0c7231

Autores: Marta Díaz Cobián (1) María Alonso Castillo (1) Santiago Sánchez Quílez (1) María Rosario Pérez Moreno (1)
(1) Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

El programa de enlace con Pediatría del Hospital Clínico San Carlos cuenta con una consulta de Neuropsiquiatría infantil destinada a pacientes pediátricos derivados desde otras especialidades hospitalarias. La mayoría de las derivaciones proceden de Neuropediatría y se centran en la evaluación conjunta de problemas neurobiológicos y psicopatológicos, con una alta presencia de sospecha de trastornos del neurodesarrollo. Los marcos transdiagnósticos recientes proponen un espectro de alteraciones del neurodesarrollo que integra de forma dimensional diversas condiciones (TDAH, TEA, trastornos del lenguaje, del aprendizaje, etc.), atendiendo a su solapamiento clínico y frecuente combinación con otros trastornos psiquiátricos. Describir el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes derivados a una consulta de enlace de Neuropsiquiatría infantil puede contribuir a aterrizar este enfoque dimensional en la práctica asistencial.

Resultados

Características de la muestra

Se incluyeron 59 pacientes derivados a la consulta de Neuropsiquiatría infantil durante 2024. El 66,1% eran varones (n=39) y el 33,9% mujeres (n=20). La edad media fue 10,9 años (DE 3,7) mediana de 10,5 años y rango entre 5 y 17 años.

Servicio derivante de los pacientes atendidos en la consulta: Tabla 1.

Servicio	n	%
Neuropediatría	36	61%
Digestivo	6	10,2%
Endocrino	2	3,4%
Neumología	1	1,7%
Urgencias Pediátricas	1	1,7%
Otros/no especificado	9	15,3%

Tabla 1: Servicio derivante, número de pacientes derivados desde cada servicio y porcentaje que representan de la muestra total. Tabla de elaboración propia.

Motivo consulta	Tr. del neurodesarrollo	Problemas conductuales/impulsividad	Síntomas emocionales	Síntomas somáticos	TCA	Otros
Nº total	28	15	6	5	3	2
%	47.5%	25.4%	10.2%	8.5%	5.1%	3.4%

Tabla 2: Motivos de consulta en la muestra estudiada.

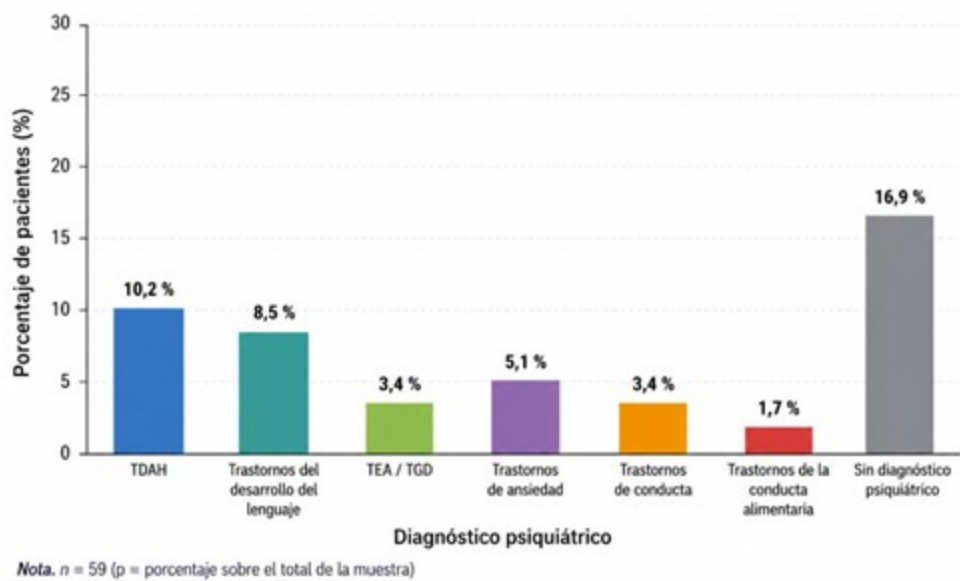
Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo basado en los registros de actividad de las consultas externas de la Unidad de Niños y Adolescentes del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos. En él se incluyeron todas las primeras consultas consecutivas de Neuropsiquiatría infantil realizadas durante el año 2024. La población estudiada fueron pacientes pediátricos derivados desde distintas especialidades, principalmente Neuropediatría. Las variables recogidas fueron los datos sociodemográficos (edad, sexo), servicio derivante, motivo de consulta, diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico neurológico. En el análisis se han descrito frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas.

Objetivo

Conocer las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes derivados en 2024 a la consulta de Neuropsiquiatría infantil.

Figura 1. Diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en la muestra



Conclusiones

La consulta de enlace de Neuropsiquiatría infantil constituye un dispositivo de trabajo multidisciplinar coordinado entre Pediatría, Neuropediatría y Salud Mental, con un elevado peso de las derivaciones por sospecha de trastornos del neurodesarrollo. En nuestra muestra, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron TDAH y trastornos del desarrollo del lenguaje, reflejando una lata carga de problemas atencionales, de comunicación y aprendizaje coherente con el espectro neurodesarrollativo descrito en los modelos transdiagnósticos actuales. Estos resultados se alinean con las propuestas de un espectro del neurodesarrollo dentro de los marcos dimensionales de la psiquiatría, lo que refuerza la necesidad de enfoques de evaluación y tratamiento menos categoriales y más centrados en perfiles de síntomas y necesidades clínicas.

Bibliografía

1. Michelini G, Pinares-García P, Banaschewski T, Asherson P, Baron-Cohen S, Bölte S, et al. Where do developmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. World Psychiatry. 2024 Oct;23(3):333-347



Evaluación ecológica momentánea (EMA) de irritabilidad en interacciones parentofiliales: factibilidad, reactividad y resultados preliminares del proyecto PAIRED

Pablo Vidal-Ribas¹, Martina Hengst¹, Diana Esteve¹

¹ Institut de Recerca Sant Joan de Déu (IRSJD), Barcelona, Spain (pablo.vidalribas@sjd.es)



SJD Sant Joan de Déu
Institut de Recerca



Introducción: La irritabilidad pediátrica es frecuente y presenta dos dimensiones: humor irritable (tónica) y arrebatos de ira (fásica). El estudio *Parents and Adolescents Interactions in Relation to Emotional Dysregulation (PAIRED)* evalúa la viabilidad de la evaluación ecológica momentánea (EMA) para examinar las fluctuaciones y determinantes de la irritabilidad en el entorno natural durante interacciones parentofiliales para mejorar e individualizar intervenciones.

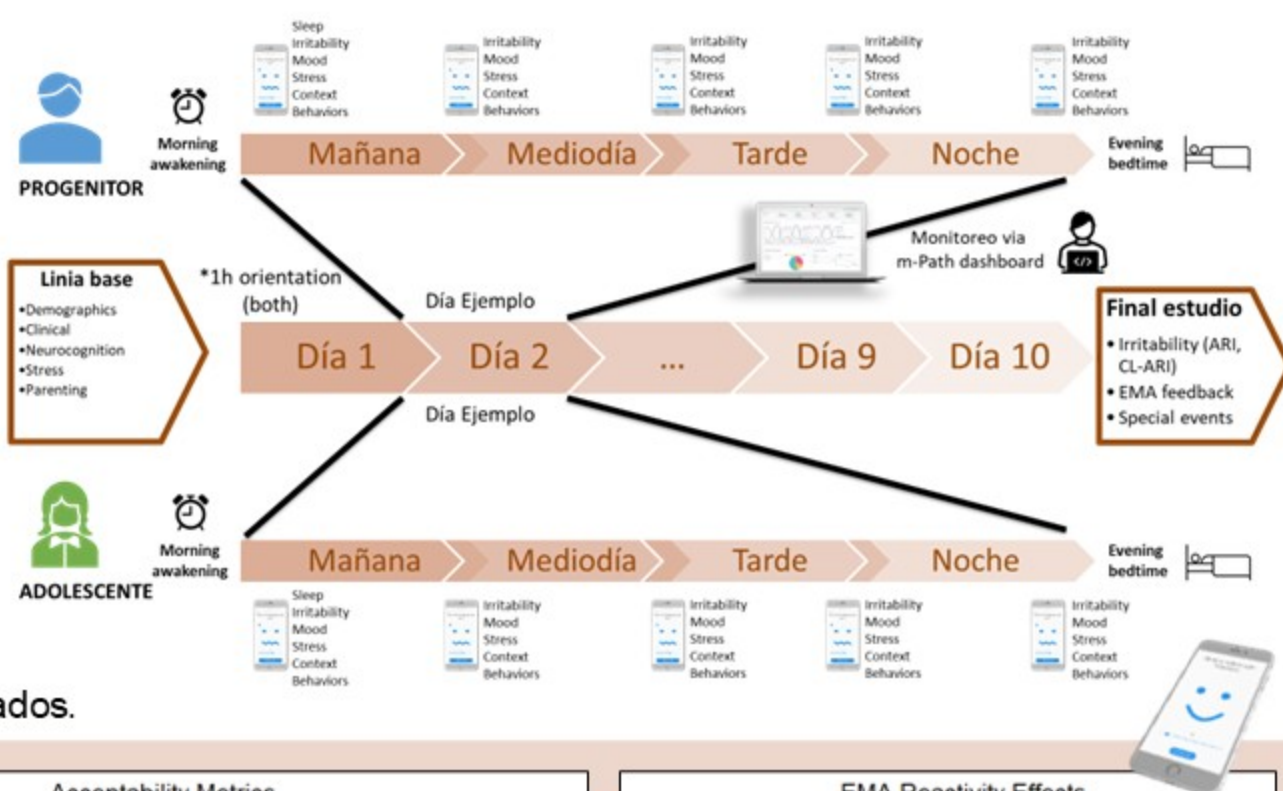
Metodología:

MUESTRA: 7 Diadas (N=14) de CCEE. 13-17 años, 4 chicas, 6 madres. TEA (n=5), TDAH (n=4), TDM (n=4), Ans Soc (n=2), TND (n=1)

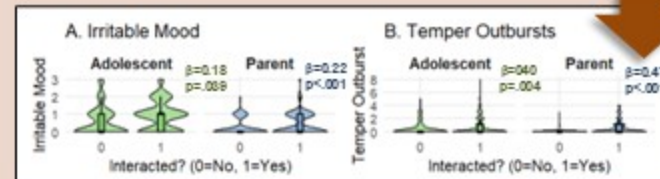
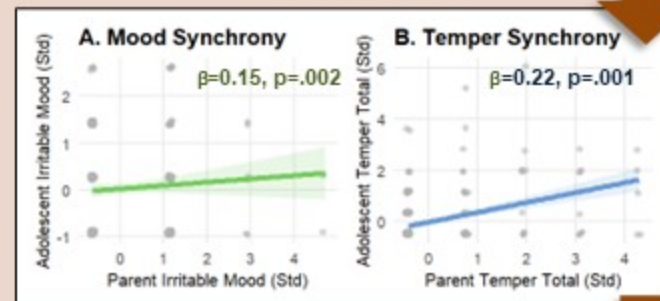
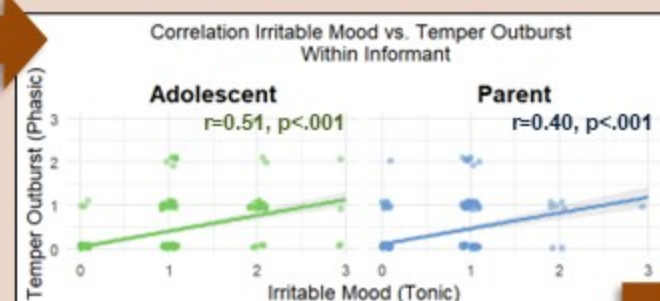
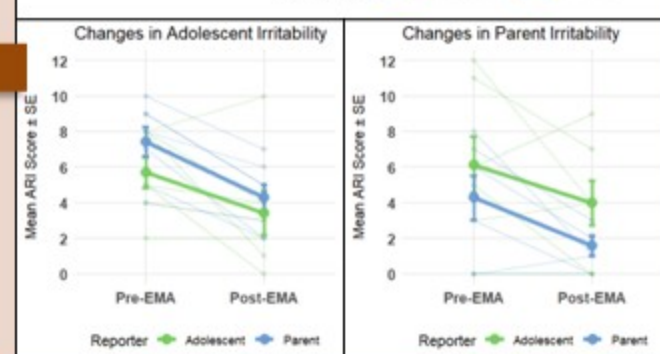
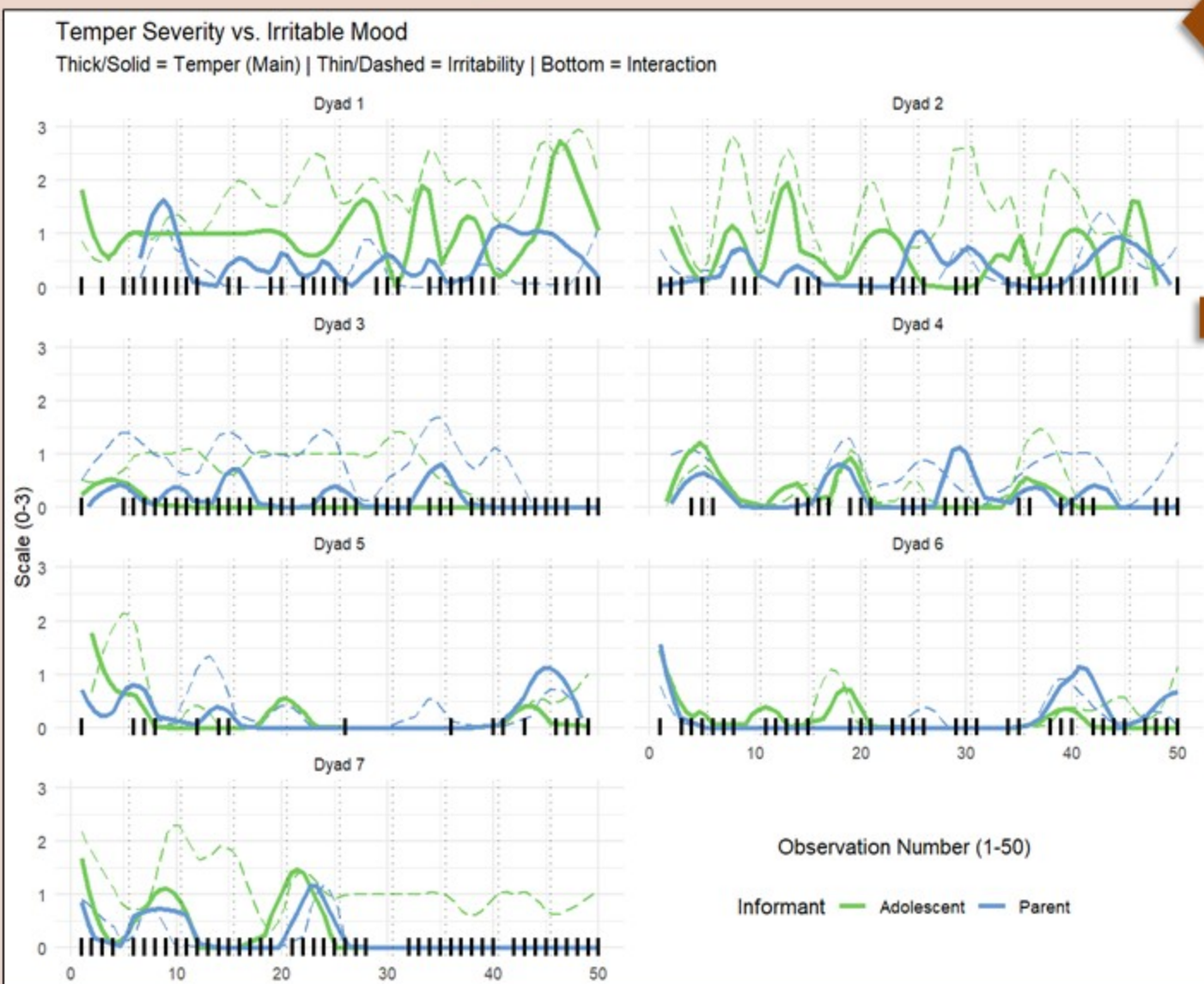
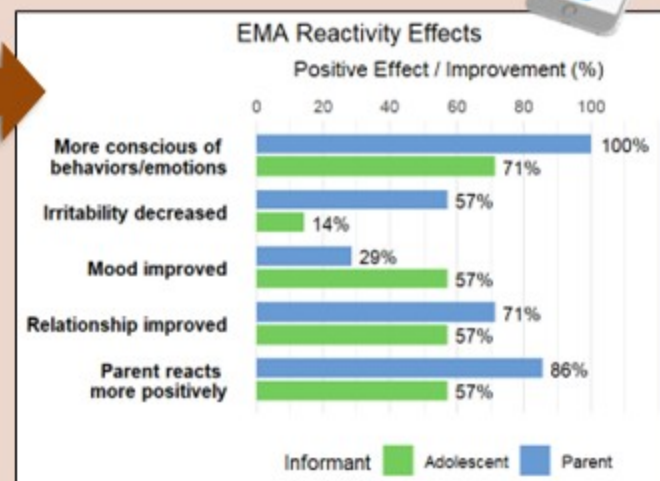
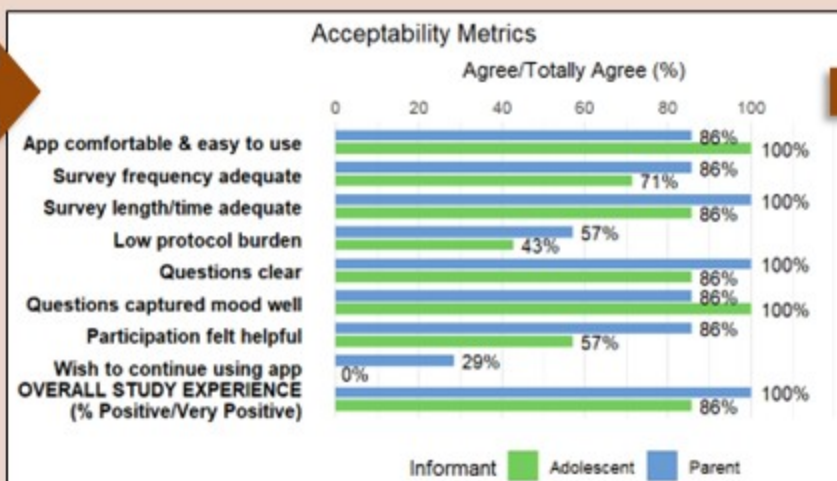
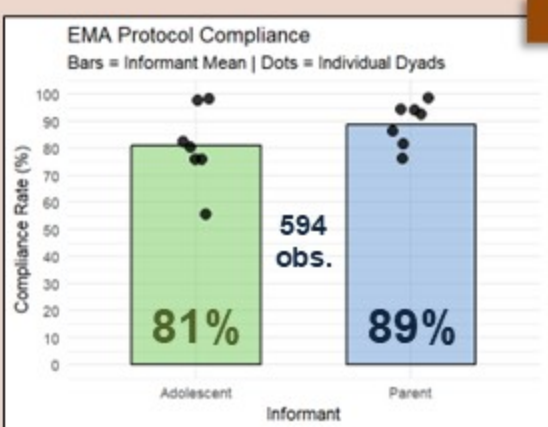
DISEÑO: Prospectivo observacional; **EMA**, 10 días, 5 encuestas/día: afecto, irritabilidad fásica/tónica, interacción, conductas parentales.

MEDIDAS: Acceptabilidad y Reactividad (percepción de cambio) tras EMA. **Affective Reactivity Index (ARI)**, irritabilidad, Pre- y Post-EMA para adolescente y progenitor.

ANÁLISIS: Modelos Multinivel para datos anidados.



Resultados:



Conclusiones: La EMA es una metodología viable y bien aceptada para capturar la dinámica de la irritabilidad en tiempo real entre adolescentes y progenitores. Los resultados sugieren una notable sincronía emocional y conductual en la díada, especialmente durante las interacciones. La reducción de síntomas tras el protocolo EMA sugiere un posible efecto terapéutico derivado del incremento en la autoconciencia emocional (reactividad positiva), subrayando el potencial de la EMA como herramienta de evaluación e intervención clínica, usando intervenciones adaptativas *just-in-time* (JITaIs).

TÍTULO:

EVALUACIÓN SOBRE EL USO/ABUSO DE PANTALLAS EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL DE FUERTEVENTURA

Autores:

Dr Ernesto J. Cañabate Reyes
Psiquiatría Infanto juvenil
USMIJ
Email: ecreyes67@yahoo.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8570-3180>

Dr Manuel Ajoy Chao
Psiquiatría Infanto juvenil
USMIJ
Email: majocha@gobiernodecanarias.org

Dr, Isacc González González
Psiquiatría Infanto juvenil
USMIJ
Email: igongony@gobiernodecanarias.org

Dª Emma Gallegos Tomás
Psicóloga Especialista
USMIJ
Email: egaltom@gobiernodecanarias.org

D. Carmelo Cruz Suárez
Enfermero Especialista Salud Mental
USIJ
Email: carmelocruzsuarez@gmail.com

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de analizar la relación entre el uso y abuso de pantallas y la sintomatología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en población infantojuvenil de Fuerteventura. La muestra estuvo compuesta por 57 padres o tutores de menores diagnosticados con TDAH. Se empleó un cuestionario estructurado que evaluó cinco dimensiones: uso excesivo, dificultad de control, reacciones emocionales, impacto en la vida diaria y regulación emocional. Los resultados mostraron niveles elevados en uso excesivo y dificultad de control, junto con niveles moderados en las dimensiones emocionales y funcionales. Asimismo, se evidenció una asociación entre el uso problemático de pantallas y dificultades en la regulación emocional. Se concluye que el uso excesivo de pantallas y la falta de control podrían intensificar la sintomatología del



EVALUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Llangostera Martínez, Irene; Casado De La Torre, Patricia; Fernández García, Esther

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de personalidad (TP) en la adolescencia han sido históricamente objeto de debate debido a la plasticidad evolutiva, la inestabilidad emocional y los cambios propios de esta etapa del desarrollo. Tradicionalmente se ha cuestionado la validez de su diagnóstico antes de la adultez.

Sin embargo, la evidencia actual indica que los rasgos de personalidad patológicos pueden identificarse de forma fiable en adolescentes, especialmente cuando estos son persistentes, inflexibles y generan deterioro funcional.

En este contexto, el Modelo Alternativo de los Trastornos de Personalidad del DSM-5 (AMPD) propone un enfoque dimensional que permite una comprensión más precisa y adaptada al desarrollo.

MÉTODO

Tipo de estudio: Revisión narrativa.

Fuentes: Análisis de literatura reciente sobre diagnóstico, herramientas de evaluación y validez clínica en adolescentes.

RESULTADOS

- El Modelo Alternativo del DSM-5 (AMPD) permite una evaluación más sensible al desarrollo, diferenciando:
 - Criterio A: funcionamiento de la personalidad
 - Criterio B: rasgos patológicos
- No existe consenso universal sobre criterios diagnósticos en adolescentes, aunque algunos patrones (inestabilidad emocional y conductual) son observables antes de los 18 años.
- Existe alta comorbilidad con otros trastornos como depresión, ansiedad y trastornos de conducta.

CONCLUSIÓN

La evaluación de los trastornos de personalidad en la adolescencia es viable, válida y clínicamente relevante, especialmente cuando se emplean modelos dimensionales como el AMPD.

Estos modelos permiten captar la complejidad del desarrollo y diferenciar mejor entre variaciones normativas y patología.

No obstante, sigue siendo necesario:

- Establecer criterios diagnósticos más específicos para adolescentes
- Mejorar los instrumentos de evaluación
- Promover un enfoque clínico preventivo y longitudinal

REFERENCIAS

1. Newton G. Personality disorder across the life course. The Lancet [Internet] 2015 [2026]; 385: 727-734.
2. Fossati A. The assessment of personality pathology in adolescence from the perspective of the Alternative DSM-5 Model. Elsevier [Internet] 2021 [2026]; 37: 39-43.
3. Lenkiewicz K. Personality disorders in adolescence. Psychiatria Polska [Internet] 2015 [2026]; 49: 757-764.
4. Westen D. Personality diagnoses in adolescence. American Journal Psychiatry [Internet] 2003 [2026]; 160: 952-966.
5. Ludolph PS. The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. Psychiatry [Internet] 1990 [2026]; 147: 470-476.



EVOLUCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL INFANTOJUVENIL EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Incremento postpandemia, mayor complejidad y vulnerabilidad femenina

Cristina Vidal-Adroher; Alba Villacrosa; Rebeca Santoja; Lluís Pintor; Magda Toril; Sofia Picado; Sergi Gonzalez; Mercè Vilar; Cristina Corcoy
Hospital de Dia Mollet del Vallès, Hospital Sant Joan de déu, Barcelona

Introducción

La crisis de salud mental actual, catalizada por la pandemia por la COVID-19, ha producido en un incremento en la hospitalización psiquiátrica infantil y juvenil en un 51%.

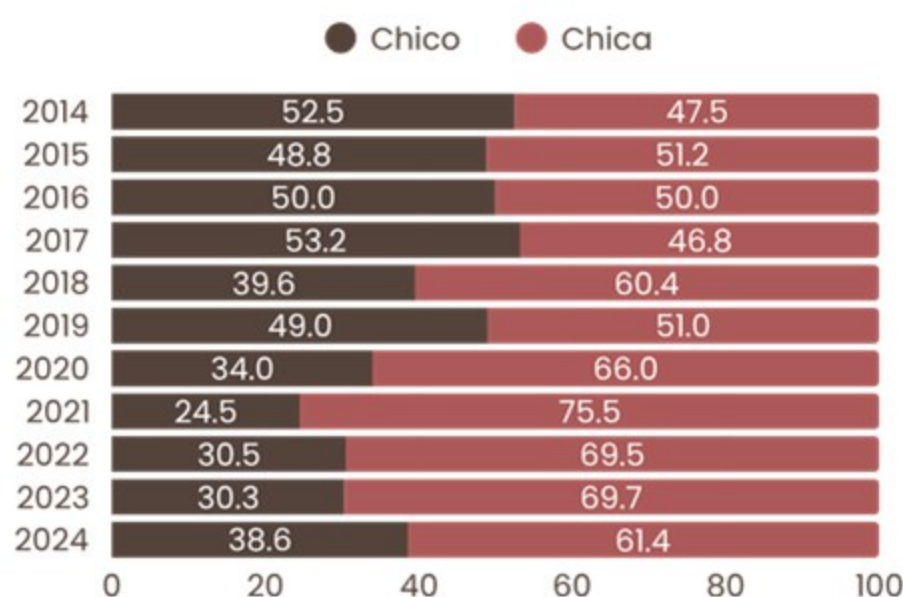
Metodología

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables sexo, edad, días de ingreso y complejidad del caso, de los últimos 10 años (2014-2024).

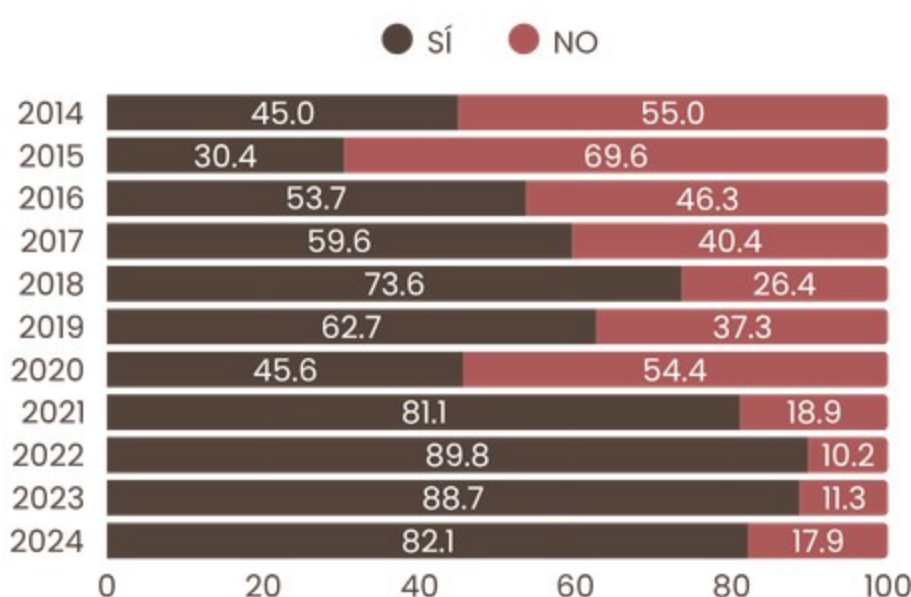
Resultados

Se han analizado un total de 573 casos

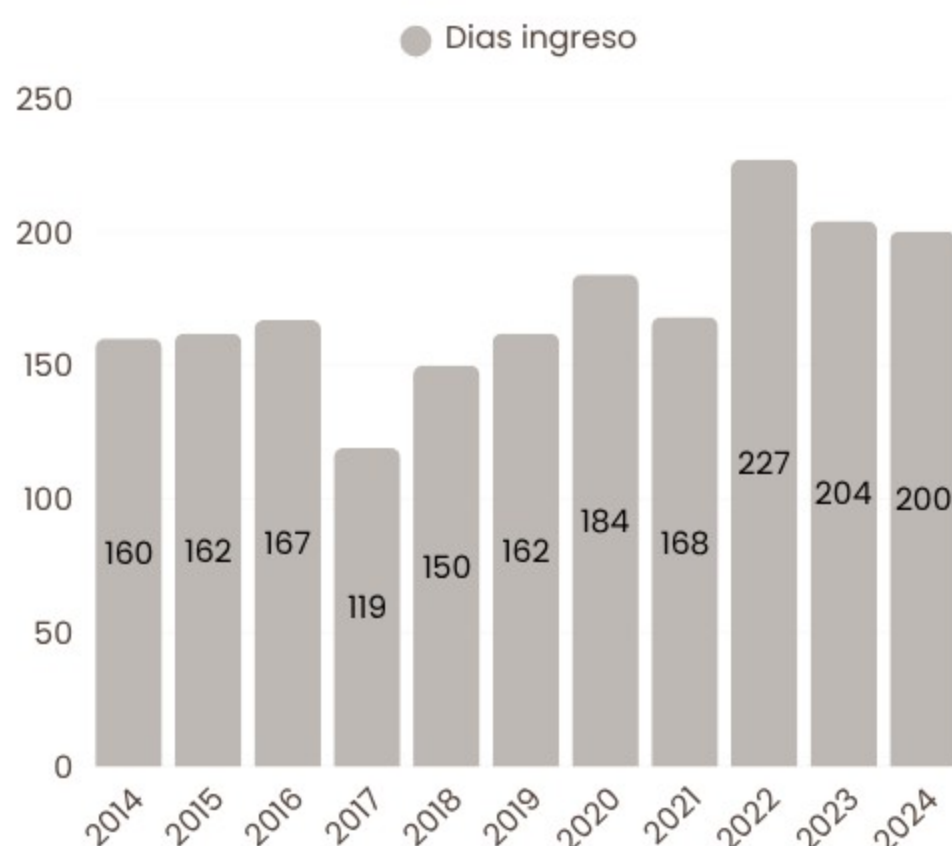
Evolución casos por sexo



Evolución casos complejos



Evolución estancias medias



Conclusiones

Existe una crisis en la salud mental infantil y adolescente caracterizada por el aumento de la complejidad de los casos y el tiempo de estancia media de ingreso, siendo mas vulnerable la población femenina



Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital



Evolución de las consultas preferentes en una unidad de Psiquiatría Infantil en Valladolid

Autores: Larrañaga Gutierrez de Piñeres, Isabella ; Muñoz Ayuso, Elena; Garcia-Medall Arranz , Daniel; Geijo Uribe , Maria Soraya
Hospital Clinico Universitario de Valladolid

Introducción

En los últimos años se ha observado un incremento sostenido de la demanda asistencial en salud mental infanto-juvenil. Las consultas preferentes constituyen un indicador sensible de presión asistencial.

Metodología

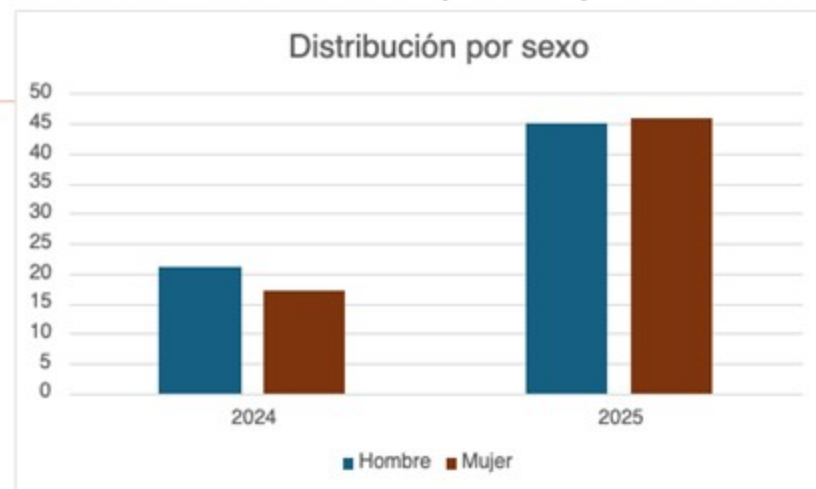
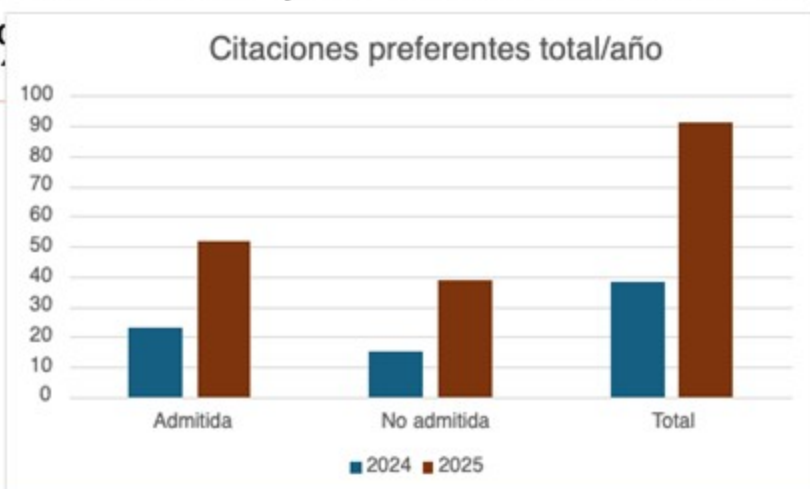
Estudio observacional retrospectivo de las consultas preferentes registradas en los años 2024 y 2025. Se recogieron número total de consultas, sexo, edad y motivo principal. Se calculó el incremento absoluto y relativo interanual y se realizó análisis descriptivo comparativo

Resultados

En 2024 se registraron 38 consultas preferentes frente a 91 en 2025, lo que supone un incremento absoluto de 53 casos y un aumento relativo del 139,5%. En ambos años predominó la población adolescente (≥ 12 años), representando aproximadamente el 68% del total de consultas. La distribución por sexo pasó de ligero predominio masculino en 2024 (55,3%) a una distribución prácticamente equilibrada en 2025 (50,5% mujeres).

En 2024 se admitieron 23 consultas (60,5%) y en 2025, 52 (57,1%), manteniéndose proporciones similares de admisión pese al incremento global de la demanda.

En 2024 el principal motivo de consulta fue el trastorno de conducta (23,7%), seguido de ansiedad (21,1%). En 2025 la ansiedad pasó a ser el motivo más frecuente (15,4%), seguida de trastorno de conducta (13,2%). Destaca el aumento de consultas por autolesiones, de un caso en 2024 (2,6%) a nueve en 2025 (9,9%).



Conclusiones

Se objetiva un incremento muy significativo de consultas preferentes en dos años, manteniéndose el predominio adolescente y evidenciándose aumento de ansiedad y autolesiones, lo que sugiere mayor complejidad clínica y necesidad de reforzar recursos asistenciales preventivos



Experiencia clínica con el uso de clozapina en psicosis infantojuvenil

Andrés Merino Iglesias¹; Carlos González Navajas²; Sara González Álvarez²; Cindy Lezcano González²; Almudena Arieta Artigas¹; Leticia Mallol Castaño¹; Mar Faya Barrios²; Montserrat Graell Berna²; Inmaculada Palanca Maresca¹

¹Psychiatry, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Spain

²Psychiatry, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, Spain



Introducción

Clozapina constituye un antipsicótico de segunda generación de gran recorrido clínico, y utilidad en casos refractarios y complejos (1). Todavía hoy su uso en psicosis infantojuvenil resulta controvertido, sin existir aprobaciones o consensos oficiales (2), dificultando su uso estandarizado.

Objetivo

Analizar la experiencia clínica con clozapina en psicosis infantojuvenil.



Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal de pacientes ingresados en unidad de hospitalización breve infantojuvenil de Madrid, entre octubre de 2024 y octubre de 2025, que precisaron tratamiento con clozapina y presentaban clínica psicótica. Se conformó una muestra de 3 pacientes, recogiendo variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un análisis descriptivo.



Resultados

Clozapina se aplicó en 3 pacientes, todos ellos mujeres. La edad media fue 14,7 años. Todos habían precisado ingresos previos y estaban diagnosticados de esquizofrenia infantojuvenil.

En todos predominaba la sintomatología negativa en ambos sistemas de escala PANSS y se habían empleado previamente al menos dos antipsicóticos.

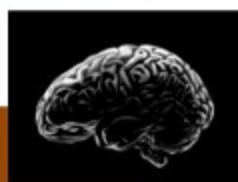
El tiempo medio de ingreso fue 50,67 días. La dosis media empleada de clozapina fue 70,8 mg/día, aplicándose en monoterapia.

En todos los casos se produjo mejoría de al menos 12 puntos en escala PANSS. Se mantuvo la adherencia en el periodo de seguimiento (de al menos 6 meses), y no se produjeron asistencias a urgencias ni reingresos. Tampoco se reportaron efectos adversos significativos ni neutropenia.



Conclusiones

Clozapina presenta buenos datos de tolerancia y eficacia para psicosis infantojuvenil en la muestra analizada, especialmente en casos resistentes, planteando la necesidad de estudios más amplios para aumentar la seguridad (3) y poder estandarizar su uso.



Referencias

1. Armendáriz E. Clozapine: an historical view and current use in treatment resistant schizophrenia. *Ars Pharm.* 2008;49 (2):135-14.
2. Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016;209 (5):385-392.
3. Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016;26(5):410-27.



Fenotipo conductual atípico en el síndrome de Koolen-de Vries: a propósito de un caso con clínica obsesivo-compulsiva y tics

Fábrega-Ruz, Julia¹ (ORCID: 0000-0001-8205-7104); Sarmiento Ledesma, Hugo¹

¹ Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

El **síndrome de Koolen-de Vries (SKdV)**, causado por microdelección 17q21.31 o mutación en *KANSL1*, se define habitualmente por discapacidad intelectual (DI), rasgos dismórficos y una personalidad marcadamente jovial y sociable.

Sin embargo, la **variabilidad neuropsiquiátrica** puede incluir síntomas disruptivos menos documentados.

DISCUSIÓN

Aunque la literatura describe el SKdV como un cuadro de *“afabilidad extrema”*, este caso subraya la presencia de síntomas del **espectro obsesivo-compulsivo y tics**.

La coexistencia de estas manifestaciones **dificulta el manejo terapéutico** y sugiere que el déficit de *KANSL1* puede afectar de forma heterogénea a los **circuitos cortico-estriatales**, más allá de la hipotonía o el retraso del lenguaje habituales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente: Niña de 10 años con diagnóstico genético de SKdV. Presenta el fenotipo físico característico y DI moderada.

Perfil conductual atípico: a diferencia del perfil típico, destaca una **irritabilidad grave** con crisis de agitación psicomotriz y problemas de conducta refractarios.

Clínica: superposición compleja de **tics motores y rituales compulsivos** de difícil diferenciación diagnóstica.

Funcionamiento: se objetivan conductas estereotipadas y una **rigidez cognitiva significativa** que interfiere en su funcionamiento diario.

CONCLUSIONES

Es fundamental **reconocer las presentaciones atípicas** del SKdV para evitar infradiagnósticos.

La presencia de **irritabilidad y rituales no excluye** esta etiología genética.

Requiere un **abordaje psicofarmacológico individualizado**.

MENSAJES CLAVE

01

El **fenotipo conductual del SKdV no se limita a la afabilidad**: existen presentaciones atípicas con irritabilidad grave.

02

Síntomas obsesivo-compulsivos y tics pueden coexistir y dificultar el diagnóstico diferencial y el manejo terapéutico.

03

El **déficit de KANSL1** podría afectar de forma heterogénea a los circuitos córtico-estriatales.

REFERENCIAS

1. Koolen DA, Morgan A, de Vries BBA. **Síndrome de Koolen-de Vries**. En: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., editores. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2026 [actualizado 2 feb 2023; consultado 4 mar 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26370/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se dispone del consentimiento informado por escrito de los tutores legales para la publicación del caso.



Funcionamiento evitativo-desapegado secundario a trauma relacional temprano y diferenciación con síndrome prodrómico psicótico: reporte de caso

Belén Gutiérrez Tadeo

Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital de Día de Adolescentes, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción

El funcionamiento evitativo-desapegado secundario a trauma relacional temprano se caracteriza por retraimiento social, desapego emocional y evitación de la intimidad. Estos patrones se relacionan frecuentemente con disociación y sintomatología postraumática.

Existe superposición clínica con los estados de alto riesgo para psicosis, especialmente en la presencia de alteraciones perceptivas, empobrecimiento simbólico y deterioro funcional. La diferenciación diagnóstica resulta esencial para orientar estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas.

Caso clínico

Adolescente con antecedentes de conflicto parental crónico y apego inseguro que presenta retraimiento social progresivo, inhibición afectiva, aislamiento interpersonal y dificultades de simbolización emocional.

Refiere episodios de despersonalización y alteraciones sensorio-perceptivas inespecíficas, acompañados de deterioro funcional moderado, sin síntomas psicóticos positivos estructurados.

La evaluación mediante entrevistas estructuradas y escalas específicas de disociación permitió diferenciar fenomenología disociativa de sintomatología psicótica atenuada.

Discusión

La evidencia actual sugiere que la disociación puede mediar la relación entre trauma relacional temprano y experiencias psicóticas subclínicas.

Los patrones evitativo-desapegados pueden constituir estrategias defensivas frente a contextos vinculares adversos.

Las herramientas de detección de riesgo psicótico son útiles para identificar vulnerabilidad clínica, aunque presentan limitaciones para discriminar fenómenos disociativos. La evaluación longitudinal y el uso complementario de escalas específicas mejoran la precisión diagnóstica.

Conclusiones

- En adolescentes con trauma relacional crónico, la inhibición afectiva y el empobrecimiento simbólico pueden reflejar estrategias defensivas de apego, no necesariamente psicosis emergente.
- El trauma relacional temprano puede generar manifestaciones clínicas solapadas con síndromes prodrómicos.
- El diagnóstico diferencial requiere longitudinalidad, escalas de disociación y observación de síntomas positivos atenuados para guiar intervenciones adecuadas y prevenir el sobrediagnóstico de trastornos psicóticos.

Referencias

- Mason AJC, Jung P, Kim S, et al. Lancet Psychiatry. 2023;10(10):760-767.
- Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, et al. The American Journal of Psychiatry. 2018;175(1):37-46.
- Brand BL, Webermann AR, Frankel AS. International Journal of Law and Psychiatry. 2016;49(Pt B):197-204

El autor del póster ha recabado consentimiento informado escrito del paciente/pacientes incluidos en este póster o de sus representantes legales, según proceda



HÁBITOS DE VIDA Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES: ANÁLISIS MEDIANTE UN ÍNDICE COMPUESTO DE CALIDAD DE VIDA

Yárnoz-Goñi Nora¹; Goñi Sarries, Adriana¹; Sulaiman Rojas, Julieth Paola²; Díez Suárez, Azucena³; Sánchez Villegas, Almudena⁴

¹ Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

² IdiSNA: Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

³ Clínica Universidad de Navarra

⁴ ISFOOD. Universidad Pública de Navarra (UPNA). IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.



INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas en adolescentes son un importante problema de salud pública.

El objetivo es analizar la asociación entre el Índice Global de Calidad del Estilo de Vida (GILQ), y la presencia de conductas suicidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional en una muestra de 2049 adolescentes. El GILQ incluyó dieta, actividad, pantallas, sustancias, conductas sexuales, juego, social y sueño. Se utiliza la escala Columbia para valorar el riesgo de suicidio. Se calcularon odds ratios (OR) y se ajustó por variables de confusión.

RESULTADOS

Se observó una asociación inversa entre el GILQ y el riesgo de suicidio. En el Modelo 1, los participantes en el segundo, tercer y cuarto cuartil del GILQ presentaron menor probabilidad de conductas suicidas en comparación con el cuartil más bajo (OR=0.50; IC95%: 0.34–0.75; OR=0.37; IC95%: 0.24–0.58; OR=0.17; IC95%: 0.07–0.38, respectivamente). Tras ajustar por síntomas depresivos (Modelo 2), la asociación se mantuvo significativa para el cuartil más alto (OR=0.40; IC95%: 0.16–0.94) y para el incremento por punto (OR=0.89; IC95%: 0.82–0.98).

	Cases/N	Model 1 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
GILQ			
Lowest quartile	93/382	1 (ref.)	1 (ref.)
Second quartile	57/574	0.50 (0.34-0.75)	0.55 (0.35-0.87)
Third quartile	38/648	0.37 (0.24-0.58)	0.68 (0.42-1.12)
Highest quartile	7/438	0.17 (0.07-0.38)	0.40 (0.16-0.94)
+1 point increment		0.78 (0.72-0.85)	0.89 (0.82-0.98)

Association between the Global Index of Lifestyle Quality (GILQ) and suicidality

CONCLUSIONES

Una mayor calidad global del estilo de vida se asocia con menor riesgo de suicidio en adolescentes. Aunque parte de esta asociación parece estar mediada por los síntomas depresivos, promover hábitos de vida saludables podría contribuir a estrategias integrales de prevención del suicidio en población juvenil.

BIBLIOGRAFÍA

Goñi-Sarriés, A., Morata-Sampaio, L., Díez-Suárez, A., Pérez, G., Zorrilla, I., & Sánchez-Villegas, A. (2026). Global index of lifestyle quality and non-suicidal self-injury in the SESSAMO project: A Spanish adolescents cohort. *European Journal of Public Health*, 36(1), 77-83. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf159>



HIPERSENSIBILIDAD A ANTIPSICÓTICOS EN SÍNDROME DE PRADER–WILLI: A PROPÓSITO DE UN CASO.

69a9ad473a15e

Nogales Campos E.¹ · Baos Sendarrubias P.², Rincón Lemus L.Y.¹ , Duarte Chang V.V.¹, Beato Fernández L.³

¹Residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. ²Facultativo Especialista Adjunto en Psiquiatría Infantil. . ³Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

El **Síndrome de Prader Willi (SPW)** se encuentra asociado a hipotonía, discapacidad intelectual, hiperfagia y un fenotipo conductual marcado por rigidez, rabietas, ansiedad e irritabilidad.

Los antipsicóticos pueden utilizarse en el manejo de las alteraciones conductuales, aunque su margen de seguridad puede ser estrecho. Existe un riesgo aumentado de efectos extrapiramidales tras aumentos rápidos o dosis altas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 16 años con SPW, discapacidad intelectual moderada, hipotonía, hipotiroidismo y sobrepeso. Antecedentes de prematuridad extrema (27+5 semanas) con comorbilidad cardiorrespiratoria neonatal.

Acude derivado desde su hospital de referencia por irritabilidad, heteroagresividad, absentismo e ideación autolítica en contexto de desregulación emocional tras retirada de hormona de crecimiento, situaciones de acoso escolar y fracaso adaptativo.

Ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHBJ) para contención conductual.

Tratamiento de base:

- Fluoxetina 50 mg/día.
- Oxcarbazepina 900 mg/día

La conducta no se explica por clínica psicótica u otra psicopatología aguda. Se determina como origen una vulnerabilidad neurodesarrollativa unida a estresores ambientales.

INTERVENCIÓN

Tras introducción de Aripiprazol y titulación de dosis hasta 30 mg/día, el paciente presenta **crisis oculógira con supradesviación** de la mirada. Es preciso reducir la dosis a 15 mg/día, con mejor tolerancia posterior.

En entrevista familiar se exploran antecedentes de tratamiento farmacológico en busca de efectos secundarios a antipsicóticos.

HISTORIA PSICOFARMACOLÓGICA:

Fármaco	Problema descrito
Risperidona	Distonía / oculogiría referida
Haloperidol gotas	Crisis oculógira referida
Quetiapina	Suspendida por ineficacia
Aripiprazol 30 mg/día	Supradesviación sostenida de la mirada

La familia refería mala tolerancia global a neurolépticos.

EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO

OBJETIVO: contención clínica.

Durante su estancia en UHBJ, conducta globalmente adecuada, con presencia de crisis puntuales ligadas a baja tolerancia a la frustración e intolerancia parcial a límites.

Hipótesis

Las crisis funcionaban como expresión de ansiedad/frustración ante pérdida de rutinas y demandas escolares no ajustadas.

Trabajo psicoterapéutico:

- Con el paciente: gestión emocional, medidas distractoras, recuperación de rutinas y reducción de clinofilia.
- Con la familia: límites, salidas estructuradas y estrategias de regulación.

Plan ambulatorio al alta:

Coordinación con referentes de Salud Mental

Coordinación con centro de educación especial

Seguimiento por especialistas (Pediatría / Cardiología / Endocrinología)

DISCUSIÓN

En el SPW, **la hipotonía y el menor tono axial** de base pueden hacer más evidentes y limitantes los efectos extrapiramidales derivados de los antipsicóticos. En el caso actual, la obesidad, SAHS/compromiso respiratorio, hipotiroidismo y antecedentes cardiorrespiratorios, **estrechan el margen terapéutico**. El fenotipo conductual del SPW puede llevar a escaladas de dosis y polifarmacia, desatendiendo **posibles factores ambientales sobre los que actuar en primer lugar**. La literatura sobre el uso de aripiprazol en SPW sugiere efectividad en el control a nivel conductual, aunque también un **porcentaje relevante de efectos adversos**.

CONCLUSIONES

- ✓ En adolescentes con SPW, la combinación de vulnerabilidad neuromuscular, comorbilidad médica y desregulación conductual exige una farmacoterapia conservadora y monitorizada.
- ✓ Ante la aparición de sintomatología extrapiramidal, la respuesta debe ser precoz: reconocer, ajustar, simplificar y reforzar el abordaje psicoeducativo/ambiental.

REFERENCIAS Y CONSENTIMIENTO

- Deest M, Wieting J, Jakob MM, Deest-Gaubatz S, Groh A, Seifert J, et al. Aripiprazole treatment for temper outbursts in Prader-Willi syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2022;17(1):324.
- Mahal P, et al. Spotlight on Oculogyric Crisis: A Review. Cureus. 2021;13(7):e16465.

El autor del póster ha recabado consentimiento informado escrito del paciente/pacientes incluidos en este póster, así como de sus representantes legales.

Financiación: no financiado.



Hospitalización psiquiátrica infantojuvenil: perfil clínico, complejidad psicosocial y coordinación interdisciplinar en la continuidad asistencial.

Andrea Jiménez-Mayoral, Meritxell Rafel-Forns, Eugènia Nicolau-Subires, Ana Mariscal-Castilla, Gemma López-Molina, Laura Arenas-Pijoan, Javier Salvador-Sánchez, Silvia Reyes-Campos, María Irigoyen-Otiñano.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización constituye un recurso clave y multidisciplinar en el abordaje de pacientes con vulnerabilidad psicosocial, que además presentan psicopatología grave y compleja.

Conocer el perfil clínico y evolutivo de los pacientes que ingresan resulta fundamental para optimizar circuitos asistenciales y dispositivos de continuidad tras el alta hospitalaria.

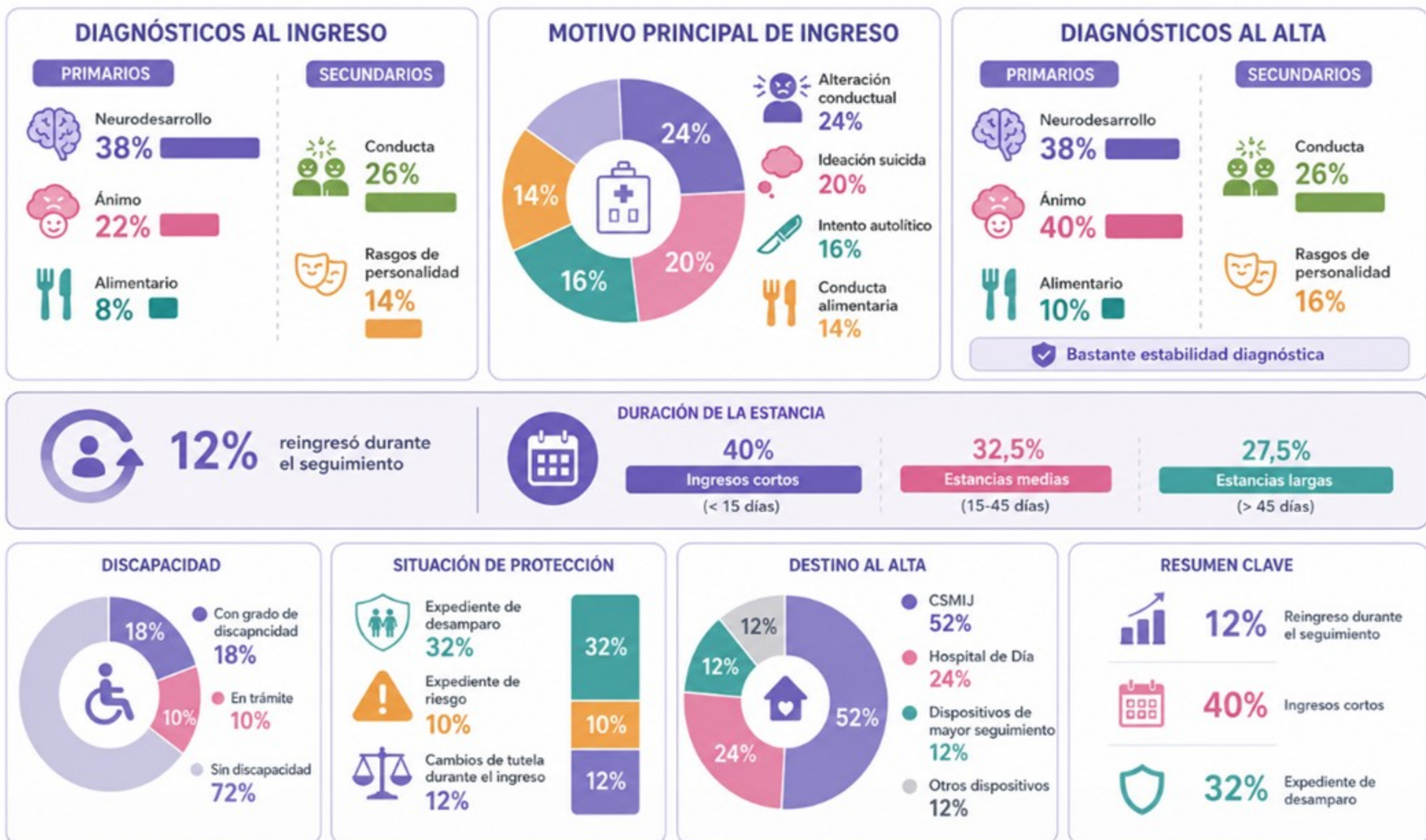
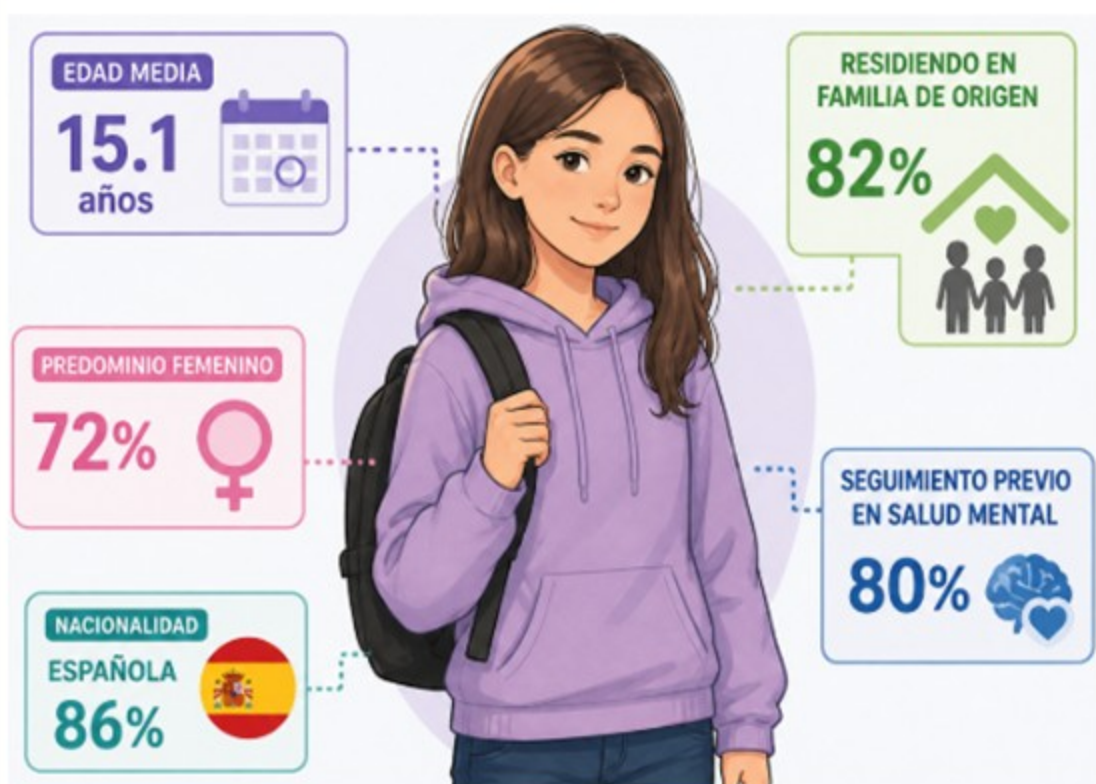
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de menores de edad ingresados en la unidad de referencia de psiquiatría infanto-juvenil de un hospital provincial (URPIJ).

Se realiza reclutamiento durante siete meses, obteniéndose una muestra total de 50 pacientes.

Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y sociales, a través de la revisión de historias clínicas de forma anonimizada.

Se comparan diagnósticos primarios y secundarios al ingreso y al alta, principales motivos de ingreso, intervenciones por trabajo social durante la hospitalización y principales recursos de derivación al alta hospitalaria.



CONCLUSIONES

Se trata de población de elevada complejidad clínica y social. En una unidad de hospitalización se permite la estabilización sintomática y la clarificación diagnóstica, durante la cual también se realizan abordajes y orientaciones de recursos sociosanitarios, resaltando la importancia del trabajo multidisciplinar para garantizar un abordaje y acompañamientos óptimos.

- Göbel K, Ortelbach N, Cöhrdes C, Baumgarten F, Meyrose AK, Ravens-Sieberger U, et al. Co-occurrence, stability and manifestation of child and adolescent mental health problems: a latent transition analysis. BMC Psychology. 2022; 10: 267. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00969-4>.
- Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry. 2020; 77: 155-164. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>.
- Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. European Child & Adolescent Psychiatry. 2024; 33: 2877-2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>.
- Jiménez-Mayoral A, Florensa D, Uorca-Bofi V, Irigoyen-Otiñano, M. Diagnostic Trends of Minors in Psychiatric Emergency Care: An Observational Study. Actas Españolas De Psiquiatría, 2026; 54(1), 163-171. <https://doi.org/10.62641/aep.v54i1.2061>
- Adrados-Pérez M, Uorca-Bofi V, Lain MM, Porcar CA, Nicolau-Subires E, Ibarra-Pertusa, L, et al. Trajectories of children and adolescents attending a psychiatric emergency unit during the COVID-19 confinements: 2020-2022 longitudinal study. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2023; 17(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00619-6>



Identidad y cambio de género en pacientes con Trastorno del Espectro Autista.

Sarrió Yuste, Adela (1) Salmerón Alarcón, Andrea (1) Nogales Campos, Elena (1) Beato Fernandez, Luis (1)
(1) Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción

Se entiende como Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) a aquel trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades para la comunicación y la interacción social, así como conductas estereotipadas e intereses restringidos (1). Debido a las características propias del TEA, los pacientes jóvenes con este diagnóstico suelen tener experiencias sociales y sexuales diferentes y, en ocasiones, más complicadas, que sus iguales(2). Por ello, el objetivo de este trabajo es revisar los estudios más recientes con el objetivo de poder entender mejor las limitaciones y peculiaridades afectivo-sexuales de los pacientes con TEA.

Material y métodos

En el presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliografía en PubMed con las palabras claves "Gender Dysphoria" y "Autism". Se incluyeron aquellos artículos relevantes para la práctica clínica diaria.

Resultados

1. Existe un aumento de disforia y trastornos de identidad en adolescentes con TEA. A su vez, existe una mayor prevalencia de rasgos TEA en personas con disforia de género. Por ello, es importante realizar screening de rasgos TEA en Unidades de Cambio de Género.
2. Dadas las dificultades de comunicación, la rigidez cognitiva, sus limitaciones en la interacción social y, en ocasiones, sus escasos conocimientos en sexualidad, es importante realizar un diagnóstico de los pacientes con rasgos TEA con el objetivo de que tengan un seguimiento psicológico adecuado, aunque esto implique la dilatación en el tiempo del proceso de reafirmación de género.
3. Hay que tener en cuenta que las personas con TEA tienen dificultades en el reconocimiento de las emociones y en la regulación de estas, lo que puede enmascarar la disforia de género.
4. Para algunos autistas que han realizado el proceso del cambio de género, sus rasgos autistas han dificultados la búsqueda de ayuda y de apoyo. Otros consideran que el tener dichos rasgos les ha protegido de las expectativas a nivel social.

Conclusiones

Como conclusión de este trabajo podemos afirmar que es necesario realizar un seguimiento psicosocial de los jóvenes que acuden a las Unidades de identidad de género y de forma especial, en los TEA.

Bibliografía





Impacto del trauma relacional crónico en el desarrollo de estado mental de alto riesgo, a propósito de un caso

Belén Gutiérrez Tadeo

Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Hospital de Día de Adolescentes, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción

El desarrollo socioemocional durante la adolescencia se encuentra profundamente influido por la calidad de los vínculos tempranos y las experiencias relacionales acumuladas. La exposición mantenida a dinámicas familiares desorganizadas y estilos de apego inseguro-evitativo se asocia con dificultades en la regulación emocional, la mentalización y la simbolización afectiva. En adolescentes con vulnerabilidad neuropsicológica previa, estos factores pueden favorecer trayectorias de deterioro funcional y el desarrollo de estados mentales de alto riesgo.

Caso clínico

Adolescente con antecedentes de TDAH y Trastorno específico del aprendizaje. Presenta historia de divorcio parental conflictivo, exposición crónica a dinámicas familiares disfuncionales y limitada disponibilidad afectiva temprana.

A la exploración psicopatológica, destacan alexitimia, pensamiento concreto, retraimiento social, intereses restringidos, empobrecimiento del lenguaje y dificultades en la simbolización emocional. No se objetivan síntomas psicóticos positivos estructurados; sin embargo, se evidencia deterioro funcional, aislamiento interpersonal y dificultades cognitivas compatibles con estado mental de alto riesgo para psicosis.

Discusión

La literatura describe que los estilos de apego evitativo y las experiencias de trauma relacional crónico pueden alterar los procesos de regulación emocional y mentalización, incrementando la vulnerabilidad a síntomas negativos y deterioro funcional.

En adolescentes en riesgo clínico para psicosis, son frecuentes el retraimiento social, la restricción afectiva, la concreción cognitiva y el empobrecimiento emocional como marcadores tempranos de vulnerabilidad. La interacción entre neurodesarrollo, trauma y funcionamiento familiar parece desempeñar un papel relevante en estas trayectorias evolutivas.

Conclusiones

- La evaluación de la historia de apego y trauma relacional resulta fundamental en adolescentes con vulnerabilidad neuropsicológica.
- Los déficits en mentalización y regulación emocional pueden constituir marcadores precoces de deterioro funcional.
- La detección temprana permite orientar intervenciones preventivas centradas en vinculación, funcionalidad y desarrollo socioemocional.

Referencias

- Fonagy P, Target M. Attachment and Reflective Functioning in Clinical Practice. Br J Psychother. 2000;16:345-67.
- Lyons-Ruth K, et al. Disorganized attachment in childhood: A risk factor for psychopathology. Dev Psychopathol. 1999;11:1-20.
- Schlosser DA, et al. Emotional and social deficits in adolescents at clinical high risk for psychosis. Schizophr Res. 2014;160:179-184.

El autor del póster ha recabado consentimiento informado escrito del paciente/pacientes incluidos en este póster o de sus representantes legales, según proceda



Influencia del TEA en la presentación clínica de pacientes con TCA: Un estudio comparativo en población infanto-juvenil.

Autores: Ester Pujal¹, Katherine Diaz², Patricia Díaz³, Elisabet Tasa-Vinyals^{1,4}, Cristina Vilà⁴, Maria Teresa Plana¹, Mireia Prime¹, Susana Andrés-Perinyà^{1,6}, Josefina Castro-Fornieles^{1,5,6}, Itziar Flamarique^{1,6}.

¹ Departament de psiquiatria infanto-juvenil, Instituto Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona

² Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

³ Centro de Psicoterapia de Barcelona (CPB)

⁴ Universitat Oberta de Catalunya

⁵ Universitat de Barcelona

⁶ CIBERSAM, Instituto de Investigaciones Biomédicas Agust Pi i Sunyer (IDIBAPS).



INTRODUCCIÓN

La **coexistencia entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el trastorno del espectro autista (TEA)** representa un reto clínico importante, dado que ambas condiciones **comparten alteraciones cognitivas y sociales que pueden condicionar la evolución y la respuesta al tratamiento**.

Los objetivos de este estudio realizado en la unidad de TCA del Hospital Clínic de Barcelona son:

1. Evaluar **prevalencia de TEA** en población de niños y adolescentes diagnosticados con algún tipo de TCA.
2. Evaluar **diferencias a nivel psicopatológico y de gravedad en relación al TCA** entre pacientes con y sin TEA comórbido.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un **estudio transversal descriptivo** con **107 pacientes** de entre 8 y 17 años diagnosticados de TCA según criterios DSM-V, atendidos entre noviembre de 2022 y abril de 2023; que aceptaron participar en el estudio.

Para la evaluación se aplicaron **escalas clínicas (EAT-40, EDI-3, Dflex, SRS)** junto con **cuestionarios de cribado de TEA (SCQ, ASSQ, ASSQ-girl)**. En los casos con **sospecha clínica elevada se realizaron entrevistas estructuradas ADIR y/o ADOS** por un equipo especializado.

También se valoraron perfil clínico entre ambos grupos de pacientes, comparando categoría diagnóstica en relación a percentil IMC (utilizando un percentil 10 como punto de corte para diagnóstico de anorexia nerviosa atípica).

El análisis estadístico se efectuó con SPSS.23, empleando pruebas de Chi cuadrado y t-test, con un nivel de significación de 0,05.



RESULTADOS

Descripción de la muestra:

- En la muestra estudiada había **4 varones (3.7%)**.
- **Distribución tipo de TCA**: 62 AN típica (57.9%), 37 AN atípica (34.6%), 3 BN (2.8%), 2 ARFID (1.9%), 3 TCA NE (2.8%).
- **10 pacientes (9,3 %)** presentaron diagnóstico de TEA.

En el subgrupo de pacientes con TCA y TEA:

- Todas correspondieron con **sexo femenino**.
- Todas presentan diagnóstico de **AN**.
 - Presentan mayor porcentaje de AN típica vs atípica en relación al grupo sin TEA (80% vs 61.1%), aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 0,97$, $p=0,32$).
- Presentan puntuaciones más altas en (**Tabla 2**):
 - Escalas de cribado de TEA: SRS, SCQ, ASSQ y ASSQ-girl
 - Subescalas DFLEX de **rigidez cognitiva y atención al detalle**.
 - Índices de **mayor gravedad psicopatológica** en índice desajuste psicopatológico general en **escala EDI-3**.
- No se observaron diferencias significativas en el EAT-40.

Tabla 2. Diferencias en escalas clínicas:

Variable	TEA (n=10)	No TEA (n=97)	t	p-valor
Cribado TEA	<i>Media (DE)</i>			
SRS	89.20(30.17)	43.46 (25.27)	-4.63	p<0.001
SCQ	12.50 (81.27)	6.03(4.19)	-2.48	p=0.03
ASSQ	16.50 (8.91)	5.29 (5.99)	-5.31	p<0.001
ASSQ-girl	13.00 (5.31)	8.81 (4.51)	-2.73	p=0.007
Escala DFLEX				
Rigidez cognitiva	57.88 (8.57)	46.57 (9.85)	-3.28	p=0,002
Atención al detalle	50.88 (11.16)	39.90 (10.66)	-2.90	p=0,005
Escala EDI-3	141.00 (30.47)	103.25 (43.63)	-2.36	p=0,02
Escala EAT-40	31.50 (21.62)	42.96 (26.37)	-1.21	p=0,23

T= prueba t de Student para muestras independientes.
p <0,05 considerado estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los hallazgos sugieren que los pacientes con TCA y TEA comórbido presentan:

1. **Perfil neurocognitivo** con mayor rigidez cognitiva y atención al detalle; variables que pueden influir en **perpetuar los síntomas alimentarios**.
2. **Más impacto en dimensión emocional y de funcionamiento psicológico general** evaluada mediante escala EDI-3, más sensible para detectar vulnerabilidades a nivel psicopatológico en relación a escalas que evalúan únicamente sintomatología alimentaria.

En conclusión, la comorbilidad TEA y TCA un perfil de **mayor complejidad psicopatológica** que puede influir tanto en la presentación clínica como en la respuesta al tratamiento, subrayando la necesidad de una detección precoz y un **abordaje individualizado** que tenga en cuenta las diferencias neurocognitivas propias del TEA para mejorar el pronóstico.

Se recomienda que futuras investigaciones evalúen la eficacia de intervenciones personalizadas en este subgrupo de pacientes.

Bibliografía:

1. Bulik, Cynthia M., Rachael Flatt, Afrouz Abbaspour, and Ian Carroll. 2019. "Reconceptualizing Anorexia Nervosa." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 73(9): 518–25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056797/> (January 28, 2021).

2. Emma Saure, Maria Laursen, and Anu Raevuori. Noviembre 2021. "Anorexia nervosa and comorbid autism spectrum disorders." *Current Opin Psychiatry* 1: 34(6):569-575.



INFLUENCIAS DEL APEGO A LO LARGO DE LA VIDA

García Ruiz, Lucía*, Romera Gutiérrez, Inmaculada**, Silvia Eutrópio Vasconcelos**, Herrera Imbroda, Jesús**

*Facultad de Medicina de Málaga.

**USMIJ, UGC Salud Mental Hospital Universitario Regional de Málaga.

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA-Plataforma Bionand, Grupo C03).

INTRODUCCIÓN

La “Teoría del apego” señala que el vínculo temprano de apego entre el niño y sus figuras de cuidado crea modelos internos de trabajo que influyen en la regulación emocional, la respuesta al estrés y las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. Esta revisión aborda el apego inseguro y su perspectiva social y clínica.

OBJETIVO

Revisar la evidencia disponible sobre los tipos de **apego inseguro** en las distintas etapas de la vida y su relación con la psicopatología y los trastornos de personalidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

INFANCIA → ADOLESCENCIA → ÉPOCA ADULTA

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

TRAUMA COMPLEJO COMO MEDIADOR DE APEGO INSEGURO

ADAPTACIÓN FUNCIONAL ante la amenaza.

Alteraciones a nivel neurobiológico de regulación afectiva.

Patron de apego ANSIOSO Y EVITATIVO a nivel subclínico.

APEGO SEGURO en la infancia es un factor **protector de psicopatología**

APEGO INSEGURO en la adolescencia es un factor de **vulnerabilidad**

La imprevisibilidad y el bajo estatus socioeconómico son factores de riesgo para el desarrollo de apego inseguro.

APEGO INSEGURO se asocia a un menor **CONTROL DE ESFUERZO**

Menor control emocional y conductual. Aumento de conductas externalizantes e internalizantes.

ÉPOCA ADULTA

APEGO INSEGURO se asocia a **INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE**

La experiencias tempranas imprevisibles e inadecuadas se asocian a apego ansioso.

La experiencias tempranas de amenaza y falta de control se relacionan con apego desorganizado.

APEGO INSEGURO se relaciona con **aspectos de PSICOPATÍA, síntomas ANSIOSOS y PARANOIDES**

El apego evitativo y ansioso se asocian a aspectos afectivos y conductuales de psicopatía.

EL APEGO TEMPRANO PREDISPONE, pero NO DETERMINA.

APEGO INSEGURO EN LAS RELACIONES SOCIALES Y ROMÁNTICAS

DISMINUYE la calidad de las relaciones románticas y se asocia a **CONDUCTAS DE CONTROL** en la pareja

En función del tipo de apego inseguro habrá predisposición a distanciamiento emocional, cuidado compulsivo o patrones incoherentes de resolución de conflictos.

Es un factor de riesgo de infidelidad sexual

Predispone a un **DERECHO RELACIONAL PATOLÓGICO**

Se manifiesta con expectativas individuales deficientes o excesivas de las necesidades que se deben cubrir en la relación. Esto produce frustración, resentimiento e incapacidad para considerar las necesidades del otro.

APEGO INSEGURO Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

El **apego desorganizado** se relaciona con el **TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

El apego inseguro puede **MODIFICARSE** mediante **INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS**

ES UN **FACTOR DE RIESGO** PARA LOS **TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Se puede asociar a afectividad negativa, desinhibición, desapego y antisocialidad. Influye en la percepción del rechazo y la respuesta social ante el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Siguiendo algunas directrices PRISMA 2020 para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudios empíricos dentro de las áreas de psiquiatría y psicología que evalúen específicamente estilos de apego inseguro y/o sus manifestaciones durante la infancia y/o las repercusiones en la adultez.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos publicados en inglés o español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Revisiones sistemáticas o metaanálisis, editoriales, cartas al editor y conferencias clínicas.
- Artículos que traten sobre el apego sin relación con la psicopatología o trastornos de la personalidad.
- Estudios no realizados en humanos.

La búsqueda se realizó mediante las bases de datos PubMed y APA PsycInfo.

1- Manifestaciones y consecuencias emocionales del estilo de apego inseguro en la primera infancia y la adolescencia: (“attachment disorders” OR “insecure attachment” OR “disorganized attachment”) AND (“emotional development” OR “psychopathology”) AND (“childhood” OR “toddler” OR “infancy”).

2- Manifestaciones y consecuencias emocionales del estilo de apego inseguro en las relaciones adultas: (“attachment ” OR “insecure attachment” OR “disorganized attachment”) AND (“correlation” OR “link”) AND (“adulthood” OR “adult relationships” OR “adult attachment”).

3- Estilo de apego inseguro y su relación con la psicopatología y los trastornos de personalidad: (“attachment disorder” OR “insecure attachment” OR “disorganized attachment”) AND (“personality disorders” OR “psychopathology”) AND (“association” OR “link” OR “correlation”).

Descripción de la selección de estudios mediante **flujograma PRISMA**.

Screening manual mediante **Rayyan**.

Extracción de datos en **tabla de resultados**.

Evaluación de la calidad con **OCEBM (2011)** y riesgo de sesgo: **AXIS, NOS, JBI**.

CONCLUSIÓN

Esta revisión pone de manifiesto la correlación existente entre trauma complejo en la infancia como predictor de apego inseguro y las manifestaciones psicopatológicas y trastornos de personalidad asociados. Sería de gran relevancia la incorporación de la **perspectiva neurobiológica** y el estudio de la **influencia de las intervenciones psicoterapéuticas en el desarrollo o el cambio de estilo de apego**. En el futuro se podrían plantear **estrategias de prevención en la infancia**. Además, de realizar nuevos estudios que **evalúen la asociación entre el tipo de apego y otras patologías psiquiátricas**.

BIBLIOGRAFÍA Y TABLA DE RESULTADOS



Intervalo hasta la realización de pruebas diagnósticas en TEA: análisis mediante procesamiento del lenguaje natural

Garey Fuentes, Neiza⁽¹⁾; Parellada Redondo, Mara⁽²⁾; Logo Lendo, Nerminda⁽¹⁾; Herranz Alonso Ana⁽³⁾; Escudero Vilaplana Vicente⁽³⁾; Martín Barbero, María Luisa⁽³⁾

(1) Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), (2) Hospital GU Gregorio Marañón, CIBERSAM, IiSGM, Madrid, Spain (3) Servicio de Farmacia, Hospital GU Gregorio Marañón

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PMP21/00051) *Estudio integral de variación genética y molecular de una cohorte española de autismo y diseño de algoritmos de diagnóstico genético y de biotipos terapéuticos. Cohorte ESTEA.*

Introducción

El procesamiento del lenguaje natural (PLN) se ha consolidado como una herramienta útil para extraer y estructurar información clínica no codificada contenida en historias clínicas electrónicas (HCE), facilitando estudios retrospectivos a gran escala⁽¹⁾.

Gran parte de la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas (HCE) se encuentra registrada en texto libre, dificultando su explotación sistemática para investigación clínica. En el trastorno del espectro autista (TEA), la elevada heterogeneidad clínica y semántica de las narrativas médicas supone además un reto adicional para la estructuración automatizada de pruebas diagnósticas, resultados clínicos y cronología de eventos⁽²⁾. El objetivo de este estudio fue analizar el intervalo temporal entre el diagnóstico clínico de TEA y la realización de pruebas diagnósticas mediante PLN aplicado a HCE.

Métodos

Estudio retrospectivo observacional basado en historias clínicas electrónicas (HCE) de pacientes con diagnóstico clínico de TEA.

N = 500 seleccionada aleatoriamente a partir de una cohorte de 7.650 pacientes atendidos en tres dispositivos asistenciales.

Se identificaron automáticamente 617 historias clínicas con diagnóstico confirmado según DSM-5/CIE-10.

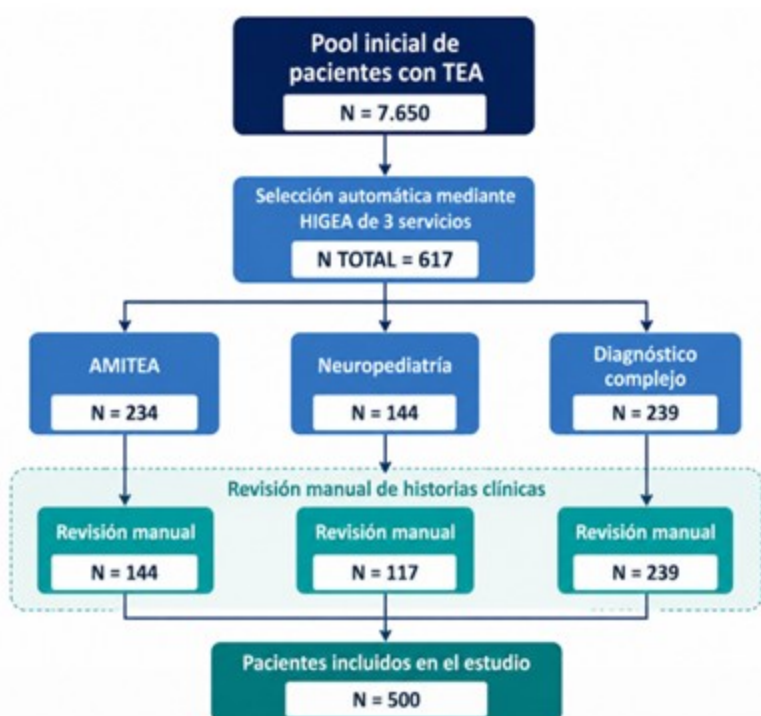
Extracción automatizada mediante PLN - Herramienta HIGEA

• Identificación automática de: pruebas diagnósticas, fechas de realización, resultados clínicos registrados en texto libre.

Variables analizadas incluyeron: Análisis temporal

• Cálculo del intervalo entre diagnóstico clínico de TEA y realización de pruebas diagnósticas.

PRUEBA	CLASIFICACIÓN
EEG	normal / patológico
RM	normal / hallazgo inespecífico / patológica
GENÉTICA	negativo / VUS / positivo

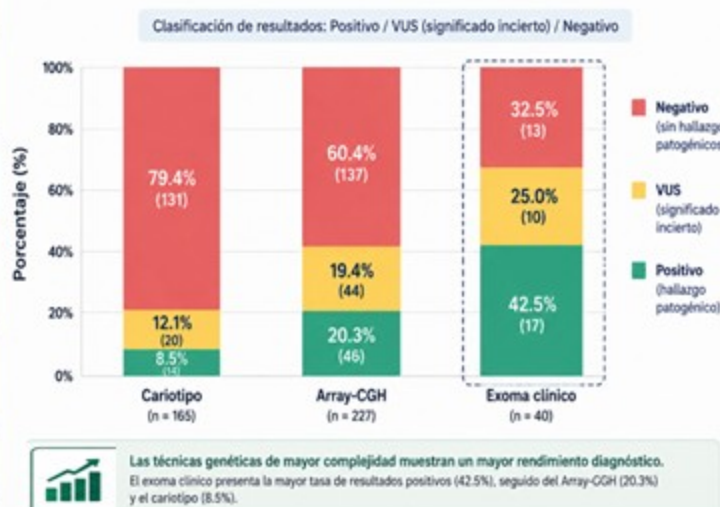


RESULTADOS PRINCIPALES

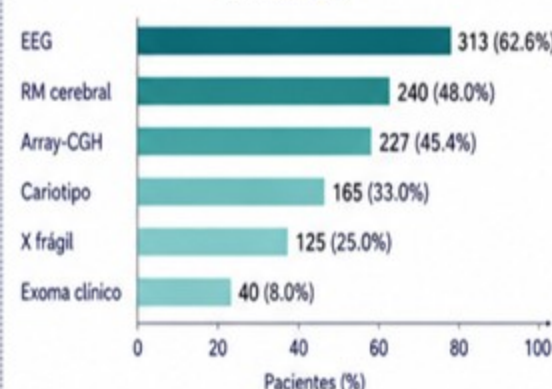
TIEMPO MEDIO HASTA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS GENÉTICAS

PRUEBA GENÉTICA	TIEMPO MEDIO HASTA REALIZACIÓN (AÑOS)
X frágil	1.8
Cariotipo	2.4
Array-CGH	2.8
Exoma clínico	4.8

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE PRUEBAS GENÉTICAS



FRECUENCIA DE PRUEBAS REALIZADAS (n pacientes, %)



Discusión

- Nuestros resultados muestran una evolución temporal en el uso de pruebas genéticas en pacientes con TEA, observándose una realización más precoz de estudios genéticos clásicos (X frágil y cariotipo) frente a técnicas más recientes y complejas como el exoma clínico.
- El mayor rendimiento diagnóstico observado en Array-CGH y exoma clínico es consistente con la progresiva incorporación de técnicas moleculares avanzadas en el estudio etiológico del TEA descrita en la literatura reciente.
- La elevada variabilidad y heterogeneidad de la información contenida en las HCE representa un reto importante para el análisis retrospectivo convencional. En este contexto, el uso de PLN permitió estructurar información clínica procedente de texto libre y facilitar el análisis cronológico de grandes cohortes clínicas⁽³⁾.
- Entre las limitaciones del estudio destacan la naturaleza retrospectiva del análisis y la presencia de información incompleta o no estructurada en algunas HCE.

Conclusiones

- El PLN permitió extraer información clínica relevante a partir de HCE de pacientes con TEA.
- Las pruebas genéticas avanzadas se realizaron en fases más tardías del proceso diagnóstico.
- Array-CGH y exoma clínico mostraron mayor rendimiento diagnóstico respecto a técnicas genéticas clásicas^(4,5).
- El análisis automatizado mediante PLN constituye una herramienta útil para investigación retrospectiva en grandes cohortes clínicas.

Bibliografía

- Leroy G, et al. Automated Extraction of Diagnostic Criteria From Electronic Health Records for Autism Spectrum Disorders. *J Med Internet Res*. 2018.
- Zhao M, et al. Development of a phenotype ontology for autism spectrum disorder by natural language processing on electronic health records. *J Biomed Semantics*. 2022.
- Hossain E, et al. Natural Language Processing in Electronic Health Records in Relation to Healthcare Decision-making: A Systematic Review. 2023.
- López A, et al. Towards a Change in the Diagnostic Algorithm of Autism Spectrum Disorders: Evidence Supporting Whole Exome Sequencing as a First-Tier Test. *Genes (Basel)*. 2021;12(4):560.
- ArtecheSatterstrom FK, et al. Large-Scale Exome Sequencing Study Implicates Both Developmental and Functional Changes in the Neurobiology of Autism. *Cell*. 2020;180(3):568-584.e23.



" ENTENDIENDO EL ESPIRAL" Puentes entre infancia y adultez

Intervención Familiar Coordinada entre CSMIJ y CSMA: Programa Piloto de Psicoeducación y Apoyo Terapéutico

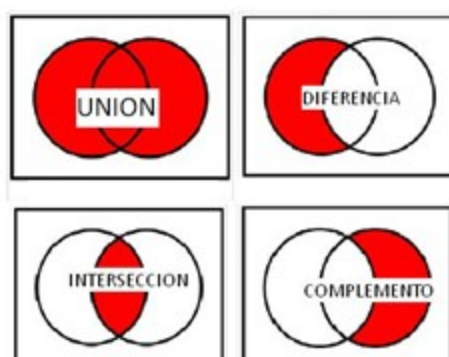
Dra. Virginia C. Sánchez Arenas, Dra. Maribel Duarte Meneses
Servicios de Psiquiatría CSMIJ y CSMA, Consorci Hospitalari de Vic (Barcelona)



Introducción

Los **trastornos de salud mental** dentro del **sistema familiar** generan un impacto bidireccional entre adultos, niños y adolescentes. La **coordinación** entre los **servicios de salud mental** de adultos y de infancia permite **abordar** de manera **integral** las necesidades terapéuticas familiares.

Este programa piloto propone un espacio de intervención conjunta entre CSMIJ y CSMA orientado a fortalecer las herramientas terapéuticas familiares y favorecer la evolución clínica de los usuarios.



Objetivo general

Desarrollar estrategias terapéuticas que **favorezcan la evolución clínica** de usuarios atendidos en CSMIJ y CSMA mediante una intervención familiar coordinada.

Objetivos específicos

- Favorecer la **comunicación** familiar en un espacio seguro.
- Proporcionar **psicoeducación** a los miembros del sistema familiar.
- Promover estrategias de **regulación** emocional y manejo del estrés.
- Facilitar la **colaboración** entre **familias y profesionales**.

Metodología

PRIMERA FASE: 4 sesiones (convocatoria abierta)

Muestra:

Adultos con Diagnóstico de **Trastorno Depresivo**.

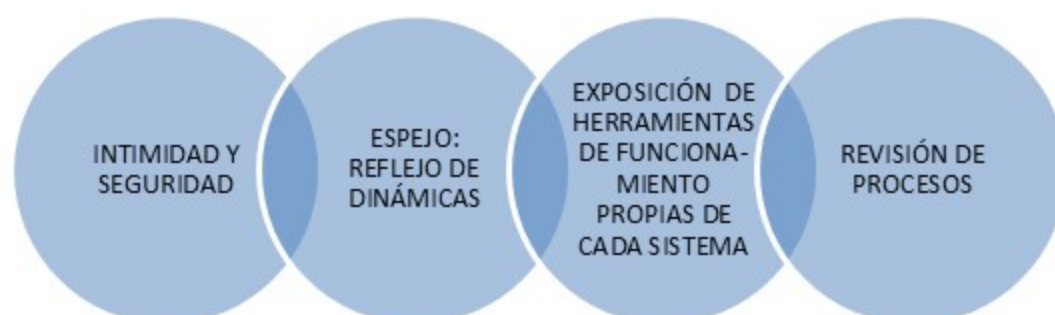
Menores con Diagnóstico de **Trastorno del Espectro Autista**

SEGUNDA FASE

El análisis de estos aspectos permitirá establecer objetivos de intervención desde las diferentes disciplinas: psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería, de los servicios CSMA-CSMIJ

Resultados (en proceso)

Medición mediante MADRS
Cuestionario de Yalom
Evolución clínica



Referencias

American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Editorial Médica Panamericana.
Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
Manual de terapia familiar sistémica. Tomo 4: La terapia familiar en situaciones especiales. Roberto Pereira.
Terapia familiar ultramoderna y diversos estudios sobre la identidad y la narrativa en la psicopatología. Juan Luis Linares.



La simulación clínica como herramienta docente en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia: una experiencia en el Hospital Clínic.

Sergi Antoni Gutiérrez de Larraya i Casado, Àstrid Morer Liñán, María Luisa Lázaro García.

Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil y de la Adolescencia, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona.

La simulación clínica es una metodología que recrea experiencias reales, interactivamente, en un entorno guiado y seguro, presentando un paciente que permite a los participantes interactuar con él (1). Su implantación en la enseñanza de Psiquiatría es aún incipiente (2). Desde el curso 2024-2025, a los estudiantes de 4º curso de Medicina de la Facultad de Medicina – Campus Clínic de la Universidad de Barcelona, durante sus prácticas en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil (SPPIJ), participan de un taller de simulación donde se recrea una atención a consulta de un adolescente con ideación suicida. Este programa, preparado para realizarse en turnos de 5 estudiantes, tiene por objetivo evaluar tanto competencias y aptitudes de los estudiantes, cómo ponerlas en práctica en un entorno seguro y promover el trabajo en equipo y el feedback constructivo.

Se han recogido 29 rúbricas de estudiantes de cuarto de Medicina del Campus Clínic para de evaluar su percepción la simulación y recoger su feedback. Cada una contiene 8 preguntas. Los datos han sido distribuidos en dos grupos, según el tipo de pregunta. De una banda, aquellas numéricas (del 1 al 5, de menor a mayor satisfacción) o dicotómicas (Sí/No) se han organizado según respuesta, por otra, aquellas de respuesta abierta se han analizado cualitativamente.

nº	Enunciado	Tipo de respuesta	nº	Resultados
1	Valoración global de la actividad.	Del 1 al 5, 1 = muy mala y 5 = excelente	1	El 82,76% respondió 5/5 (24 respuestas), el 17,24% respondió 4/5 (5 respuestas).
2	¿Qué aspectos te han parecido más útiles o valiosos?	Abierta.	2	El 100% respondió esta pregunta, destacan el hecho de poder poner en práctica el conocimiento adquirido y la utilidad del debriefing.
3	¿Qué parte de la simulación te ha parecido más difícil o desafiante?	Abierta.	3	El 100% respondió esta pregunta, destacan la dificultad percibida por los estudiantes de gestionar una situación como la simulada en un entorno real.
4a	¿Te has sentido cómodo en tu rol?	Sí/No.	4a	El 89,66 respondió Sí (26 respuestas), el 6,9% respondió No (2 respuestas), el 3,45% no respondió (1 estudiante).
4b	Explica por qué.	Abierta.	4	El 93,1% respondió esta pregunta (27 respuestas), destacan el hecho de haberse podido poner en cada papel. El 6,9% no respondió (2 estudiantes).
5a	¿Te ha servido para reflexionar y aprender?	Sí/No.	5a	El 93,1% respondió Sí (27 respuestas), el 6,9% restante no respondió (2 estudiantes).
5b	¿Qué mejorarías del debriefing?	Abierta.	5	El 86,21% respondió esta pregunta (25 respuestas), destaca el hecho que la mayoría no haría ningún cambio. El 13,79% no respondió (4 estudiantes).
6	En cuanto al facilitador (coordinación, explicaciones, manejo del grupo), ¿cómo valorarías su papel?	Del 1 al 5, 1 = muy mala y 5 = excelente	6	El 93,1% respondió 5/5 (27 respuestas), el 6,9% respondió 4/5 (5 respuestas).
7a	¿Sientes que la simulación te ha preparado mejor por afrontar una crisis suicida real?	Sí/No.	7a	El 96,55% respondió Sí (28 respuestas), el 3,45% restante no respondió (1 estudiante).
7b	Comenta alguna cosa que te llevas como aprendizaje clave.	Abierta.	7	El 86,21% respondió esta pregunta (25 respuestas), destacan aprender a validar las emociones del paciente y a elaborar un plan de seguridad. El 13,79% no respondió (4 estudiantes).
8	¿Alguna cosa que te gustaría aportar o sugerir para próximas simulaciones?	Abierta.	8	El 41,38% respondió esta pregunta (12 respuestas), destacan el hecho de poder hacer más turnos para pasar por diferentes personajes. El 58,62% no respondió (17 estudiantes).

El 82,76% respondió 5/5 como valoración. Como aspectos más útiles, destacan el debriefing y poder poner en práctica sus conocimientos en un entorno seguro. El 93,1% ha respuesta que ha sido útil y el mismo porcentaje ha valorado con 5/5 a los facilitadores. La principal propuesta de mejora ha sido poder ampliar a dos turnos de simulación.

Los resultados preliminares muestran una valoración muy positiva del programa, especialmente el debriefing posterior y apuntan a su utilidad como herramienta docente Se trata de una propuesta de coste muy bajo y simple a nivel organizativo, altamente transferible a cualquiera contexto formativo clínico.

- Gaba, D. (2004). The future vision of simulation in health care. BMJ Quality & Safety Health Care, 13(1), 2-10. DOI: 10.1136/qshc.2004.009878
- Martin, A., Weller, I., Amsalem, D., Adigun, A., Jaarsma, D., Duvivier, R. y de Carvalho-Filho, M. A. (2021). From Learning Psychiatry to Becoming Psychiatrists: A Qualitative Study of Co-constructive Patient Simulation. Frontiers in Psychiatry, 11, 1-15. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.616239



Lidiando con la incertidumbre. A propósito de un caso clínico complejo

Autoras: Serena Sánchez Díaz, Victoria Eugenia Martín Gil, Ana Rubio García

La catatonía en menores con TEA está infradiagnosticada y puede confundirse con una regresión propia del neurodesarrollo, retrasando el diagnóstico del cuadro.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años con diagnóstico de TEA grado 3

ANTECEDENTES

- Crisis de ausencia tratadas con ácido valproico.
- Mutación TSC2. Seguimiento por neurología.
- Tratamiento previo con Risperidona. No recuerdan por qué la tomaba.

1º INGRESO HOSPITALARIO

Motivo: regresión neurológica y pérdida ponderal de 4 meses de evolución

Clínica: episodios de inhibición psicomotriz, mutismo, disfagia, catalepsia, dependencia para las ABVD, pérdida de interés en la comida y las relaciones sociales.

Sospecha diagnóstica: enfermedad autoinmune

Pruebas complementarias: dentro de la normalidad

- Analítica sanguínea, serología, sistemático de orina y urocultivo
- Estudio hormonal, celiacía, metabolopatías, autoinmunidad, marcadores tumorales
- Punción lumbar, radiografía toracoabdominal, ecografía abdominal y testicular, RMN craneal con y sin contraste, body- TAC y EEG

► Ampliación del estudio con **análisis genético del exoma completo:** sin variantes patogénicas

Tratamientos ensayados: inmunoglobulinas, antibióticos, corticoide, levodopa/carbidopa, aripiprazol

Se suspenden por falta de respuesta

2º INGRESO HOSPITALARIO

El cuadro se orienta como una catatonía de origen incierto

- » La exploración estuvo interferida por las características propias del espectro autista
- » BFCRS de 18 puntos al inicio

Tratamiento y evolución:

1º) Dosis altas de Lorazepam: mejoría parcial y fluctuante.

2º) Se añaden 11 sesiones de TEC

- Efecto anticonvulsivante paradójico al incrementar la carga y sesiones clínicamente ineficaces.
- Reducción de dosis de carga y cambio de anestésico, observándose una mejoría inicial (BFCRS: 7 puntos).
- Estancamiento clínico posterior al suspender Lorazepam
- Nuevo estudio del exoma con análisis específico de la vía GABA.

Alteración del **gen COL6A3** implicado en el equilibrio GABA/Glutamato que contribuye, aunque no basta para explicar la falta de respuesta al tratamiento.

Al alta: reintroducción del Lorazepam y sesiones de TEC de mantenimiento

El TEC combinado con benzodiacepinas en casos graves está respaldado, aunque con tasas de respuesta variables que subrayan la necesidad de profundizar en los mecanismos neurobiológicos implicados, así como de individualizar el tratamiento.

Dhossche DM, Reti IM, Wachtel LE. Catatonia and autism spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2009.

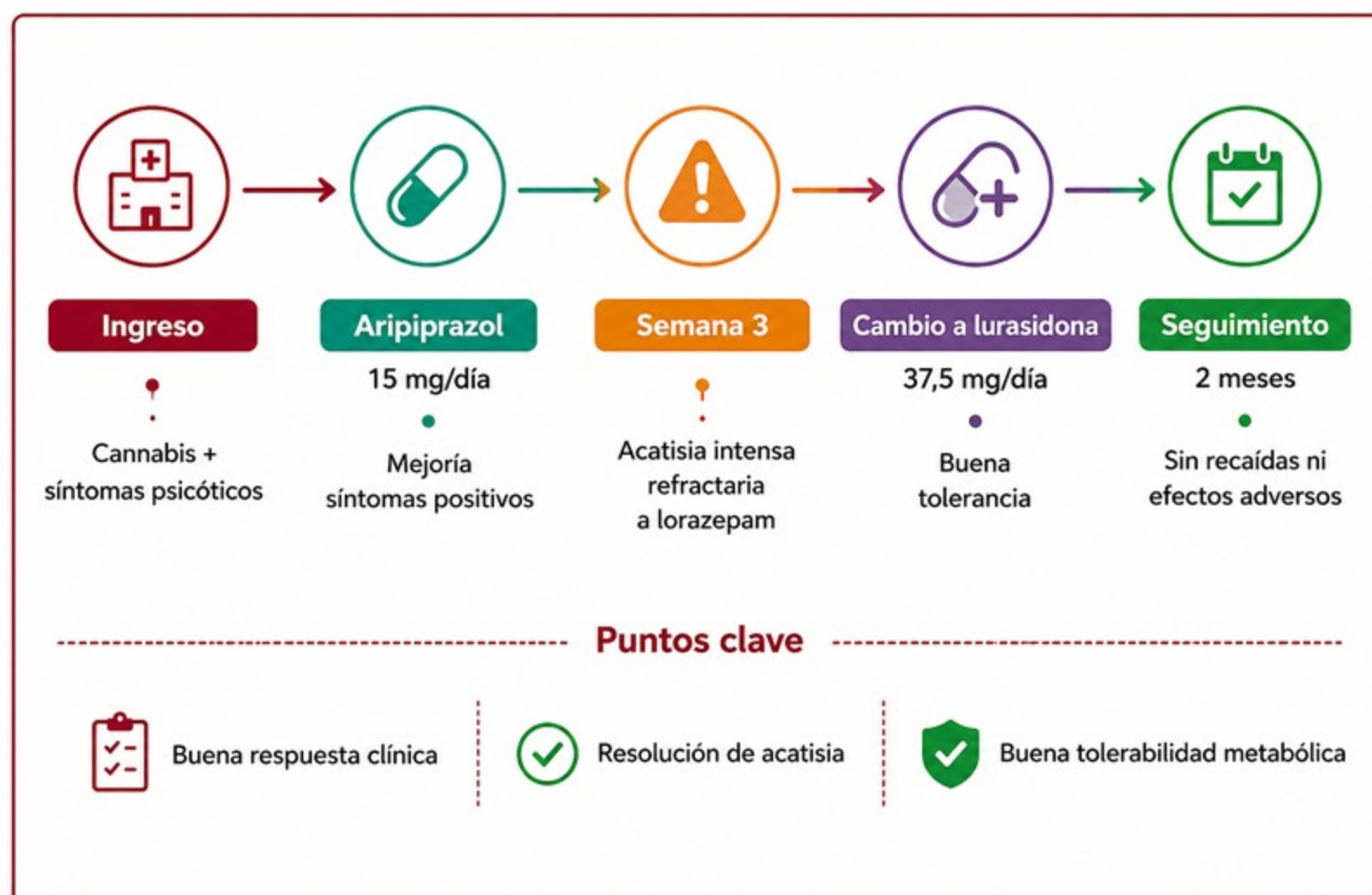
Sienaert P. What we have learned about electroconvulsive therapy and catatonia. *Schizophr Bull*. 2014.



Lurasidona en primer episodio psicótico en adolescente: alternativa tras acatisia con aripiprazol.

Maqueda Baenas, Alexandra; Ferrándiz Maraver, Isabel; Tenllado Matoses, María José; Tercelán Álvarez, Esteban; Jambrina Villasante, Irene; Belso Aráez, Patricia; Castillo Mas, Elena; Puentes Nazal, Camila; Mira Auría, Laura. Hospital Marina Baixa.

Descripción de caso: Varón de 17 años ingresado por presentar clínica psicótica aguda tras consumo de cannabis, con ideas delirantes y alucinaciones auditivas en referencia a una amiga conocida por internet. Tras estudio clínico se diagnostica como primer episodio psicótico. Se inicia aripiprazol 15 mg/día con remisión de síntomas positivos. Tras 3 semanas de tratamiento, desarrolla acatisia intensa refractaria a lorazepam hasta 2,5 mg/día. Se realiza cambio de esquema terapéutico, iniciando lurasidona 37,5 mg/día. El paciente se mantiene estable, sin acatisia ni efectos adversos relevantes. Seguimiento a 2 meses: sin recaídas.



Discusión: La relación entre cannabis y riesgo de psicosis está ampliamente descrita, con mayor impacto en población adolescente (1). En el PEP, la elección del antipsicótico se guía por eficacia y perfil de efectos adversos, ya que la tolerabilidad condiciona adherencia y pronóstico. La acatisia es un efecto adverso frecuente y clínicamente limitante, especialmente en jóvenes, y se asocia a empeoramiento subjetivo, riesgo de abandono y necesidad de cambios terapéuticos. La lurasidona ha mostrado eficacia en esquizofrenia en adolescentes en ensayos clínicos, con buena tolerancia y bajo impacto metabólico (2).

Conclusiones: La lurasidona ha demostrado buena eficacia clínica y tolerabilidad tras la aparición de acatisia con aripiprazol. Su perfil de seguridad la convierte en una alternativa de interés en adolescentes con primer episodio psicótico.

1. Volkow ND, Swanson JM, Evins AE, et al. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(3):292-297.

2. Loebel A, Cucchiaro J, Sarma K, et al. Lurasidone in adolescents with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(1):40-48.

*No existe conflicto de intereses por parte de ninguno de los autores.

** Se obtuvo consentimiento informado del paciente para compartir el presente caso clínico.



Manejo de la psicosis refractaria en la adolescencia con TEA y discapacidad intelectual: el papel de la clozapina

Hernández Antón, Rebeca; Brugué González, Josep Oriol; Pita de la Vega García, Javier; García Jiménez, Jennifer; Ruiz Lambea, Marina; Varela Casal, Paloma.
Hospital Universitario de Mataró

Introducción:

El abordaje del trastorno esquizoafectivo en pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y discapacidad intelectual (DI) supone un reto terapéutico debido a la refractariedad y la frecuente mala tolerancia a antipsicóticos típicos. El solapamiento fenotípico de los cuadros dificulta la detección de síntomas positivos frente a conductas disruptivas basales. El objetivo del póster es también presentar la eficacia de la clozapina como estrategia de rescate tras el fracaso de múltiples líneas terapéuticas, incluyendo la terapia electroconvulsiva (TEC), en una paciente adolescente con neurodesarrollo alterado.



Comorbilidad TEA/DI y psicosis:

La prevalencia de trastornos del espectro autista de la esquizofrenia en población con TEA es significativamente superior a la población general (hasta un 3-4% vs 1%).

- **Solapamiento fenotípico:** dificultad para distinguir síntomas negativos de déficits sociales basales.
- **Eclipse diagnóstico:** la etiqueta TEA puede ocultar sintomatología psicótica emergente.
- **Resistencia al tratamiento:** mayor tasa de refractariedad y sensibilidad a efectos extrapiramidales.

Metodología: Caso clínico:

Mujer de 15 años con diagnóstico previo de TEA y discapacidad intelectual (CIT inicial de 75 y CI total de 64). Inicia a los 11 años clínica abrupta de tics motores, conductas repetitivas y bradipsiquia, orientada en ese momento como síndrome de PANDAS y tratada con inmunoglobulinas y antibióticos. A partir de los 13 años, presenta una evolución tórpida hacia un trastorno esquizoafectivo tipo bipolar, caracterizado por episodios de hipertimia, irritabilidad, desinhibición conductual (hipersexualidad) y psicosis franca con perplejidad, desorganización del pensamiento (bloques y descarrilamientos) y alteraciones senso-perceptivas (alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas), junto a ideación delirante de perjuicio y autorreferencia.

Evolución y Refractariedad: Se objetiva resistencia a múltiples líneas de tratamiento, incluyendo fracaso y mala tolerancia a antipsicóticos de segunda generación (aripirazol, risperidona, olanzapina y paliperidona) y episodios maniformes secundarios a ISRS. Ante la gravedad del cuadro, se realizaron 16 sesiones de TEC con respuesta parcial transitoria, pero con frecuentes recaídas vinculadas a una baja adherencia domiciliar y tomas erráticas de medicación. Ante la refractariedad y la complejidad sociopedagógica, se ingresa en Hospital de Día. Se inicia clozapina (hasta 200 mg/día), logrando la remisión de la sintomatología positiva. La optimización terapéutica requirió la adición de cariprazina (3 mg/día) para abordar la impulsividad residual y la esfera negativa, y carbonato de litio (1000 mg/día) para la estabilización anímica. El éxito del manejo se vinculó a la simplificación de la posología a tomas mayoritariamente nocturnas, garantizando litemias estables y una mejoría sostenida de la desinhibición conductual y la funcionalidad social.

Discusión:

- La literatura científica destaca que la clozapina es el "gold standard" en los cuadros psicóticos refractarios. La clozapina no solo demostró eficacia en la remisión de la clínica positiva, sino que permitió una estabilidad basal que el TEC y otros antipsicóticos no lograron sostener.
- Sinergia clozapina-cariprazina: El uso de cariprazina como adyuvante es clave en pacientes con TEA/DI. Al actuar como agonista parcial con alta afinidad por los receptores D3, ayuda a modular la desinhibición conductual, la hipersexualidad y los síntomas negativos (apato-abulia), áreas donde la clozapina puede ser insuficiente.
- En pacientes con DI moderada y dinámicas familiares complejas, la simplificación del régimen a tomas nocturnas fue el factor determinante para estabilizar las litemias y asegurar el éxito del tratamiento ambulatorio.
- Neurodesarrollo y psicosis: La caída del CIT (de 75 a 64) sugiere un deterioro cognitivo asociado a la propia evolución del trastorno esquizoafectivo ("pobreza ideo-afectiva"), más que al tratamiento farmacológico, lo que justifica una intervención intensiva temprana.

Conclusiones:

- Es frecuente que los síntomas principales de los trastornos del espectro autista, tales como el deterioro de las interacciones sociales, los intereses restringidos o atípicos y las deficiencias cognitivas y de la comunicación verbal, puedan confundirse con la sintomatología de la esfera psicótica propia de la esquizofrenia. Una adecuada evaluación es necesaria, dado que ambas entidades pueden coexistir con una prevalencia variable del 12 al 50%.
- La clozapina constituye una herramienta esencial y segura en la psicosis refractaria con neurodesarrollo alterado, siempre que se realice una monitorización estrecha.
- La combinación con cariprazina ofrece una vía prometedora para el control de la impulsividad y los síntomas afectivos en el espectro bipolar/esquizoafectivo.

Bibliografía:

- Esan H, et al. Clozapine in children and adolescents with refractory psychosis: A systematic review. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2022;32(4):185-98.
- García-Amador M, et al. Use of clozapine in pediatric patients with intellectual disability. Actas Esp Psiquiatr. 2023;51(1):22-30.
- Buse et al. Clozapine in Children and adolescents. 2023.
- Parellada, M., Penzol, M. J., Pina, L., Moreno, C., y Arango, C. (2014). Intersección de síntomas en el trastorno del espectro autista y trastornos psicóticos: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*, 21(2), 63-66. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.002>



MÁS ALLÁ DEL CONTROL PSICÓTICO: CASCADA DE EFECTOS ADVERSOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA ADOLESCENTE



López García, Enrique⁽¹⁾ Sanz Largo, Vanesa⁽¹⁾ Cortajarena García, María Cristina⁽¹⁾ Gil Azkue, María⁽²⁾ Díez González, Marta⁽²⁾
Arias Revuelta, Idoia⁽²⁾ Herrán Boix, Arantzazu⁽²⁾ Pérez Fernández de Landa, Estibaliz⁽²⁾ González Amor, Irache⁽²⁾ Sota Leiva, Tina⁽²⁾

⁽¹⁾CSM Aiala-Llodio (Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza)

⁽²⁾Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Vitoria-Gasteiz (Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza)

INTRODUCCIÓN

La población adolescente presenta una mayor susceptibilidad biológica a los antipsicóticos, incrementando así el riesgo de efectos metabólicos, extrapiramidales y endocrinos graves ⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años con diagnóstico de Esquizofrenia, Trastorno del desarrollo intelectual leve y Deficiencia auditiva congénita que ha presentado diferentes efectos adversos secundarios a Risperidona (amenorrea secundaria), Aripiprazol (agitación) y Clozapina más Aripiprazol (íleo paralítico, niveles plasmáticos inestables supraumbrales sin cambios de dosis y crisis oculogiras parcialmente controladas con Biperideno).

DISCUSIÓN

La **carga anticolinérgica** (AC) o antimuscarínica se define como el efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con capacidad para desarrollar efectos adversos anticolinérgicos⁽²⁾.

La **monitorización** y reducción de la CA es un requisito de seguridad tanto **en población adolescente** como en la geriátrica; en nuestro caso se añaden barreras comunicativas y cognitivas que pueden enmascarar los síntomas. La adición de Biperideno para tratar los síntomas extrapiramidales puede incrementarla y exacerbar el estreñimiento crónico.

El íleo paralítico por Clozapina presenta una tasa de letalidad (hasta 27,5%) significativamente mayor que la agranulocitosis⁽³⁾.



CONCLUSIONES

La polifarmacia con Clozapina exige una vigilancia somática estrecha y protocolos de monitorización digestiva para prevenir efectos graves.

REFERENCIAS

- (1) Guía práctica para el uso de clozapina en niños/as y adolescentes. Coria Traipe et al. Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 34, Nº 1, Marzo 2023.
- (2) Carga anticolinérgica: ¿Cómo aligerarla? INFAC vol. 27 • Nº 5 • 2019.
- (3) Manejo de Clozapina en el AGCPSM del H.U.12 de Octubre (Madrid). Cuadernos de Salud Mental del 12 (2019) Nº 15.



Más allá del IMC: Comorbilidad y Recurso Post-Alta como Predictores de Reingreso en TCA Infanto-Juvenil (2023-2025)

Autores: Mestres Ferrés, Ferran; Querol Clares, Paula; Paiva Pajares, Diego;
Garcia Llamas, Maria Estrella; Vazquez Burgos, Nil;
Ramos-Quiroga, Josep Antoni; Ferrer Vinardell, Marc
Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente,
Hospital Universitario Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una de las principales causas de hospitalización psiquiátrica en población infanto-juvenil, especialmente en sus formas restrictivas, asociándose a elevada morbilidad médica y psiquiátrica (1,2). En los últimos años se ha descrito un incremento significativo de su incidencia y gravedad clínica, particularmente tras la pandemia por COVID-19, con aumento de ingresos hospitalarios, descompensaciones médicas y necesidad de intervenciones intensivas (3-6).

La anorexia nerviosa restrictiva (ANR) continúa siendo el diagnóstico más frecuente en unidades de hospitalización pediátrica y psiquiátrica especializada, aunque los cuadros OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorders; Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado) y las presentaciones mixtas muestran creciente prevalencia y complejidad clínica (2,6). Más allá del compromiso ponderal, diversos estudios señalan que la comorbilidad afectiva, ansiosa, las conductas autolesivas y la disfunción emocional se asocian a peor evolución clínica, mayor riesgo de cronificación y aumento de reingresos hospitalarios (4,7-9).

El reingreso precoz constituye actualmente un indicador indirecto de gravedad y vulnerabilidad clínica, reflejando no solo la severidad del TCA, sino también factores psicopatológicos, familiares y la adecuación de los dispositivos terapéuticos tras el alta (5,7,8). En este contexto, resulta relevante identificar variables asociadas a recurrencia y explorar el posible efecto protector de recursos intensivos especializados frente al seguimiento ambulatorio general.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de los ingresos por TCA en una unidad de hospitalización infanto-juvenil entre 2023 y 2025, analizando especialmente la relación entre comorbilidad psiquiátrica, recurso post-alta y riesgo de reingreso.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo de los ingresos por TCA (2023-2025).



Población

Pacientes ≤18 años ingresados en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de Psiquiatría.



Variables analizadas

Diagnóstico, IMC al ingreso y al alta, comorbilidad psiquiátrica, complicaciones médicas, intervenciones intensivas, destino al alta y reingresos.



MENSAJE CLAVE

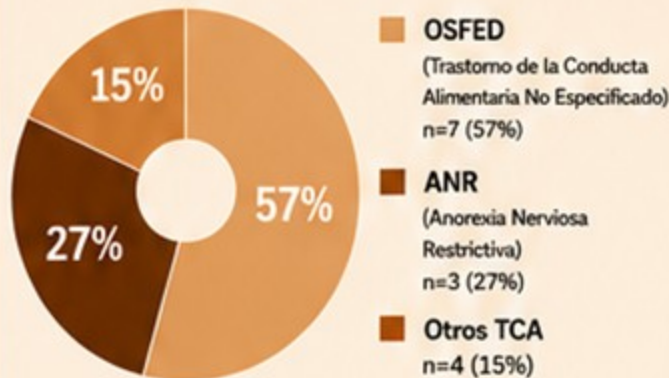
La gravedad **psicopatológica** predijo mejor el **reingreso** que el IMC aislado.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

26 ingresos
92% mujeres
Edad media **14,5 años** (DE 2,1)

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES (n, %)



IMC: INGRESO Y ALTA EN ANR (n=15)



En ANR, el IMC de ingreso fue frecuentemente <16 kg/m², con recuperación ponderal al alta.

COMPLICACIONES MÉDICAS FRECUENTES

- Amenorrea (73%)
- Bradicardia (58%)
- Hipotensión (42%)
- Estreñimiento (38%)
- Alteraciones electrolíticas (19%)

No se registraron complicaciones médicas graves que requirieran UCI.

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA MÁS FRECUENTE

- Ansiedad (73%)
- Depresión (65%)
- Conductas autolesivas (46%)
- Ideación suicida (38%)
- Rasgos de personalidad desadaptativos (31%)

La comorbilidad ansioso-depresiva y las conductas autolesivas fueron comunes.

INTERVENCIONES INTENSIVAS DURANTE EL INGRESO

4 Casos con SNG (15%)

1 Caso con contención mecánica (4%)



DESTINO AL ALTA

El alta fue mayoritariamente a Hospital de Día y recursos especializados (UTCA).

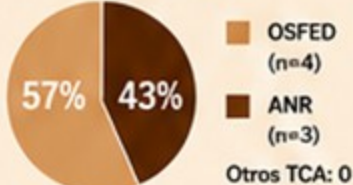


REINGRESOS

7 de 26 ingresos (27%)



PREDOMINIO DE REINGRESOS SEGÚN DIAGNÓSTICO



PERFIL DE LOS PACIENTES CON REINGRESO

- Predominio de OSFED sobre ANR
- Comorbilidad afectiva
- Ideación suicida
- Rasgos de personalidad desadaptativos

RELACIÓN CON EL RECURSO DE SEGUIMIENTO POST-ALTA

Se observó mayor incidencia de reingreso en pacientes dados de alta a dispositivos ambulatorios generales (CSMU) frente a recursos intensivos estructurados.



Dispositivos ambulatorios generales (CSMU)



Recursos intensivos estructurados (Hospital de Día, UTCA)

RIESGO DE REINGRESO

Análisis estadístico:
Asociación entre tipo de recurso post-alta y reingreso significativa:

$\chi^2 (1, N=26) = 4,02$;
 $p = 0,045$



1 La comorbilidad afectiva y conductual, más que la gravedad ponderal aislada, se asocia a mayor riesgo de reingreso (2-4).

2 La adecuación del recurso al alta según perfil psicopatológico podría reducir recurrencia (1,5).

3 La estratificación precoz del riesgo y la derivación a dispositivos intensivos específicos deben considerarse estrategias prioritarias para optimizar resultados y reducir el riesgo de evolución hacia la cronicidad (3,5).



REFERENCIAS

- Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020;395(10227):899-911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3
- van Eeden AE, et al. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Curr Opin Psychiatry. 2021;34(6):315-324.
- Agnetino H, Burstein B, Moubayed D. Trends in hospital admissions for eating disorders during COVID-19. J Adolesc Health. 2021;68(3):442-450. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.11.022
- Taqet M, et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorders. Lancet Psychiatry. 2021;8(2):130-140. doi:10.1016/S2215-0366(20)30462-4
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment (NG69). 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. (DSM-5-TR). Washington, DC: APA; 2022.
- Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;23(1):177-196.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment (NG69). 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

ABREVIATURAS

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva
OSFED: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado
SNG: Sonda NasoGástrica
UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
CSMUJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
IMC: Índice de Masa Corporal
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

MÁS INFORMACIÓN



Escanéame para ver el póster digital y referencias



Más allá del TCA: diagnóstico de TDAH durante el seguimiento en una unidad infantojuvenil especializada.

Martí-Estévez, Inés¹ ; Martínez-Núñez, Beatriz¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido descrita de forma consistente en la literatura científica, especialmente en población infantojuvenil¹. Sin embargo, en determinados perfiles clínicos, como el de pacientes con anorexia nerviosa, el TDAH puede pasar desapercibido. Factores como el predominio femenino, la ausencia de dificultades académicas significativas o una presentación menos externalizante pueden contribuir a su infradiagnóstico inicial².

METODOLOGÍA

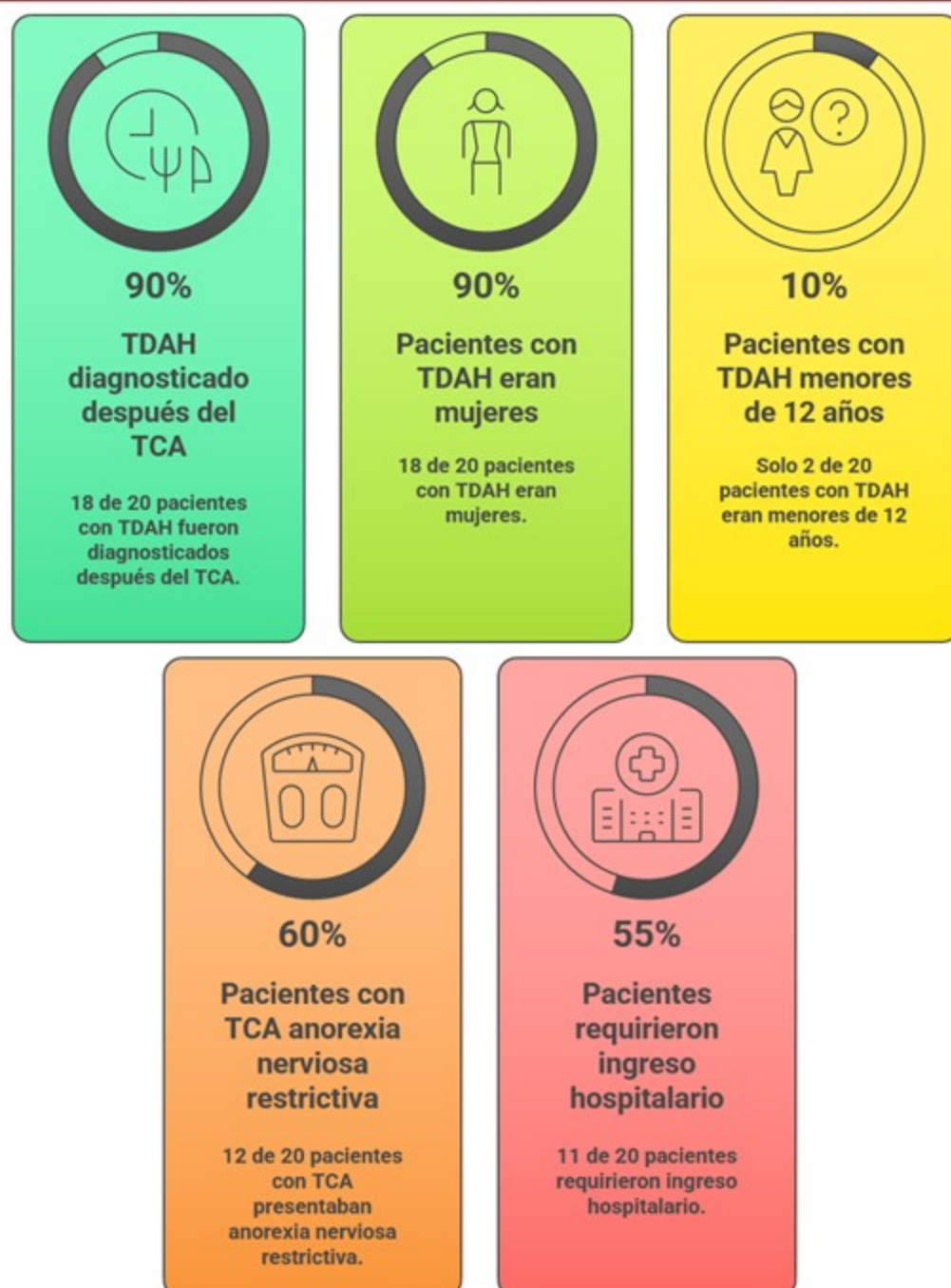
Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en consultas externas de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) con diagnóstico comórbido de TCA y TDAH.

RESULTADOS

Se identificaron 20 pacientes con diagnóstico de TDAH. En la mayoría de los casos (18/20), el TDAH se diagnosticó posteriormente al TCA, mientras que solo en 2 pacientes el diagnóstico era previo. La mayoría eran mujeres (18/20) y solo 2 tenían menos de 12 años. En cuanto al diagnóstico de TCA, 12 presentaban anorexia nerviosa restrictiva, 3 trastorno por atracón, 1 trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (TERIA), 3 TCA no especificado (TCANE) y 1 anorexia nerviosa purgativa. 11 pacientes requirieron ingreso hospitalario durante su evolución.

RESULTADOS

En esta muestra clínica, el diagnóstico de TDAH se realizó mayoritariamente de manera tardía, durante el seguimiento del TCA. El perfil predominante —mujer adolescente con anorexia nerviosa y sin dificultades académicas llamativas— podría contribuir a que el TDAH pase inicialmente desapercibido. Esto subraya la importancia de mantener una alta sospecha clínica de comorbilidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Namimi-Halevi C, Dor C, Stark AH, Dichtiar R, Bromberg M, Sinai T. Attention-deficit hyperactivity disorder is associated with disordered eating in adolescents. *Pediatr Res.* 2024 Sep;96(4):1068-1075. doi: 10.1038/s41390-023-02925-3. Epub 2023 Dec 4. PMID: 38049648.
2. Lau TWI, Lim CG, Acharryya S, Lim-Ashworth N, Tan YR, Fung SSD. Gender differences in externalizing and internalizing problems in Singaporean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2021 Jan 22;15(1):3. doi: 10.1186/s13034-021-00356-8. PMID: 33482840; PMCID: PMC7825195.



Más allá del TDAH: complejidad diagnóstica en un trastorno del neurodesarrollo

Autores

Maria Dolores Camero Cabello MIR Psiquiatría, Hospital Can Misses, Nuria Chinchurreta Psiquiatra Infanto-Juvenil, Hospital Can Misses, Ibiza

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino, en seguimiento desde los 3 años y 11 meses por hiperactividad, impulsividad y retraso madurativo. Desde lactancia destacaban inquietud marcada e insomnio. El desarrollo motor fue lento y el lenguaje mostró evolución inicial atípica con posterior adquisición lenta y necesidad de logopedia. En edad escolar precisó adaptaciones curriculares significativas y apoyo psicopedagógico mantenido. En la adolescencia se hicieron más evidentes la inmadurez social, la desinhibición interpersonal, la dificultad para interpretar adecuadamente las relaciones con iguales, la rigidez cognitiva y la escasa conciencia de riesgo.

Antecedentes

Los trastornos del neurodesarrollo presentan un gran solapamiento clínico entre TDAH, trastorno del espectro autista (TEA) y discapacidad intelectual (DI). En la práctica clínica, la hiperactividad precoz puede dominar la presentación inicial y retrasar la identificación de dificultades cognitivas, pragmáticas y sociales más persistentes. Este caso ilustra la utilidad del seguimiento longitudinal para reformular el diagnóstico y ajustar el abordaje.

Métodos y evaluaciones

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de caso clínico. Revisión de historia clínica de salud mental infanto-juvenil, neuropediatría e informes escolares, incluyendo evaluación psicopatológica seriada, evolución farmacológica y pruebas neuropsicológicas repetidas (NEMI-Zazzo, CUMANIN, WPPSI/WISC-V y test CARAS).

Resultados y evolución clínica

La paciente presentó mejoría conductual con tratamiento estimulante, con reducción de hiperactividad e impulsividad y mejoría funcional parcial en consulta y contexto escolar. Sin embargo, persistieron un desfase curricular significativo y una gran discrepancia entre control conductual y rendimiento cognitivo-académico. Las evaluaciones seriadas mostraron funcionamiento intelectual global en rango límite o muy bajo, con debilidad especialmente marcada en atención, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, visopercepción y funciones ejecutivas. En la adolescencia, los síntomas más visibles dejaron de ser la hiperactividad y pasaron a destacar las dificultades en las relaciones sociales. La paciente mostraba una gran necesidad de sentirse aceptada por los demás, le costaba entender bien las intenciones o emociones de otras personas y a veces interpretaba mal las situaciones sociales. Además, tendía a centrarse mucho en determinados temas o ideas y presentaba conductas impulsivas, sin valorar

adecuadamente las posibles consecuencias o riesgos de sus actos.

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA



Diagnóstico diferencial

Se planteó diagnóstico diferencial entre TDAH combinado, funcionamiento intelectual límite/posible DI leve y posible TEA nivel 1. A favor de TDAH: inicio precoz, curso persistente y respuesta clínica a psicoestimulantes. A favor de limitación cognitiva: CI total repetidamente bajo, lentitud de procesamiento y marcado impacto académico. A favor de TEA: rigidez, perseveración, dificultades de inferencia social y rasgos de comunicación peculiar.

Discusión

Este caso muestra la dificultad que existe a veces para diferenciar distintos trastornos del neurodesarrollo cuando los síntomas cambian con la edad. En la infancia predominaban las dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad, compatibles con un TDAH. Sin embargo, al crecer comenzaron a hacerse más evidentes las dificultades en las relaciones sociales, la inmadurez emocional y los problemas para interpretar adecuadamente algunas situaciones sociales. Además, la paciente presentaba un funcionamiento cognitivo límite/leve y dificultades del lenguaje social, lo que probablemente influye también en su manera de relacionarse y entender el entorno. La principal aportación del caso es resaltar la importancia de reevaluar a estos pacientes a lo largo del desarrollo, ya que los síntomas más llamativos pueden cambiar con la edad y modificar el enfoque diagnóstico.

Implicaciones clínicas

La reevaluación periódica en trastornos del neurodesarrollo es esencial. En casos como este, conviene cuantificar funcionamiento adaptativo, revisar la cognición social, mantener coordinación estrecha con el centro educativo y añadir intervenciones específicas sobre vulnerabilidad social, educación afectivo-sexual y prevención de riesgo.

Conclusiones

En una paciente inicialmente orientada como TDAH, la evolución reveló un perfil neurodesarrollativo más complejo, con funcionamiento intelectual límite, disfunción ejecutiva y dificultades sociales clínicamente relevantes. El seguimiento longitudinal permitió replantear el diagnóstico inicial y orientar un abordaje más ajustado a su perfil global.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. 5th ed text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240-50.
- Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):5.
- Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil*. 2010;31(6):1543-51.
- Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.



NEUTROPENIA POR RISPERIDONA, DOS CASOS CLÍNICOS DE ADOLESCENTES.

Sergi Antoni Gutiérrez de Larraya i Casado, Eulàlia Anglada Farré, Maria Llobet Farré, Amanda Cercós López, Ana E. Ortiz García.
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i de l'Adolescència, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona.

La neutropenia por uso de risperidona es un efecto adverso extraño (1). Se presentan dos casos acaecidos en la sala de agudos de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Se dispone del consentimiento informado escrito de la familia de ambos.

1

El primero es una adolescente de 16 años que ingresa en diciembre de 2025 por episodio psicótico, tras dos ingresos previos, orientada como trastorno psicótico y coeficiente intelectual límite, con medicación al alta brexpiprazol 2 mg/día. Se inicia risperidona 1 mg/día. Tras tres semanas, estando a 5 mg/día, presenta cuadro viral. Analíticamente se evidencia neutropenia de $1,40/B/10^9/L$ y linfopenia de $0,70/B/10^9/L$. Se reduce dosis, con empeoramiento sintomático. Ante no respuesta previa a antipsicóticos atípicos, se inicia clozapina 12,5mg/día, hasta 25mg, normalizándose la analítica.

2

El segundo es un adolescente de 16 años que ingresa en febrero de 2026 por episodio maníaco, tras dos ingresos en 2025, con medicación al alta del segundo risperidona 4mg/día y olanzapina 10 mg/día. Consumo esporádico de cannabis entre ingresos. Se halla analíticamente neutropenia de $27,9/B 10^9/L$, junto a prolactina y tirotropina elevadas, todo asintomático. Se retira risperidona y se cambia por olanzapina 25mg y litio en pauta ascendente, normalizándose la analítica.

Se ha teorizado sobre que la risperidona podría ser un disruptor de la producción de neutrófilos, así como un propiciador de su destrucción (2-4). No existe evidencia clara sobre si se deben hacer controles analíticos (1,3). La publicación de estos casos invita a hacer nuevas investigaciones al respecto.

1. Sahnoun D, Ghanmi A, Gazzeh S, Saguem B, Slim R, Nakhli J, Ben Salem C. Risperidone-Induced Leukoneutropenia: Evidence from a Positive Rechallenge and Review of the Literature. *Pharmacopsychiatry*. 2024;57:78-81.
2. Atolagbe A, Nkemjika S, Popoola O, Oladeju O, Kogan I, Saeed H, Olupona T. Risperidone-Induced Neutropenia in a Schizophrenic Patient: A Case Report and Literature Review. *Case Rep Psychiatry*. 2021;3980872.
3. Kaisalam V. K, Chima V, Nnamdi U, Sharma K, Shah K Risperidone-induced reversible neutropenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;13:1975-77.
4. Manfredi G, Solfanelli A, Dimitri G, Cuomo I, Sani G, Kotzalidis G. D, Girardi P. Risperidone-induced leukopenia: a case report and brief review of literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:3-6.



Nº referencia

Optimización de la adherencia al tratamiento antipsicótico en adolescentes mediante aripiprazol inyectable bimestral: a propósito de un caso

Rojo, A. (1); Bretones, A. (2); Baeza, I. (3)



(1) Fundación Hospitalaria Sant Boi
(2) Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, SGR201-01319, Hospital Clínic de Barcelona, España
(3) Instituto de Neurociencias, Dpto. de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, España. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)



Introducción

Los **antipsicóticos inyectables de larga duración (LAI)** representan una estrategia potencial para optimizar la adherencia y estabilizar la evolución clínica en etapas tempranas. La adolescencia es una etapa de **alta vulnerabilidad para la discontinuación** del tratamiento antipsicótico (1).

Los antipsicóticos atípicos han demostrado un efecto positivo en la reducción de la **agresión y conductas disruptivas** en menores con trastornos de conducta (2).

Aunque existen casos publicados sobre el uso de aripiprazol depot mensual en población infanto-juvenil, hasta la fecha **no se han descrito casos con la formulación inyectable de administración bimestral**. En este sentido, no se dispone de evidencia publicada sobre la eficacia y seguridad del aripiprazol LAI bimestral en adolescentes.

Descripción del caso

- **Motivo de Consulta:** Varón de 14 años derivado al programa de psicosis incipiente de la Eixample (Barcelona) por Estado Mental de Alto Riesgo de Psicosis (**EMAR**) con **síntomas paranoides atenuados y deterioro funcional**, y **trastorno de conducta** (F91.2).
- **Antecedentes:** Riesgo perinatal (hipoxia e hipotiroidismo materno no controlado). Inicia vinculación a CSMIJ en 2023 (TDAH, trastorno negativista desafiante, y episodio depresivo). Inició metilfenidato 10 mg/d, que se suspendió por mala tolerancia, así como sertralina hasta 100 mg/d, que se sustituyó por aripiprazol oral 10 mg/día. Realizó dos ingresos en hospitalización por heteroagresividad y **mala adherencia al tratamiento oral** con aripiprazol 15 mg/d. Un ingreso en Hospital de Día donde se detectan **interpretaciones sensitivo-paranoides**, orientándose como EMAR e iniciando el LAI de **aripiprazol 400 mg/mes**.
- **Enfermedad Actual:** Interpretaciones paranoides sociales sin pérdida completa de juicio de realidad, episodios de agresividad, marcado deterioro funcional y aislamiento.
- **Evolución:** Tras 8 meses de pauta mensual, ante inestabilidad clínica y reticencia a la punción mensual se rota a LAI **aripiprazol 960 mg/bimestral**.

Situación Actual: mejoría en control de impulsos, autonomía académica y relaciones interpersonales, sin efectos adversos. Actualmente mantiene seguimiento en programa de psicosis incipiente.

Discusión

El caso ilustra la complejidad del manejo de adolescentes con **Trastorno de Conducta y EMAR**. La formulación aripiprazol 960 mg/2 meses ha demostrado **eficacia y perfil de seguridad comparables** a la pauta mensual en adultos (3).

Los LAI permiten **garantizar la administración**, detectar precozmente la discontinuación y reducir la carga de visitas. La formulación bimestral facilitó **mayor autonomía** del paciente y su familia.

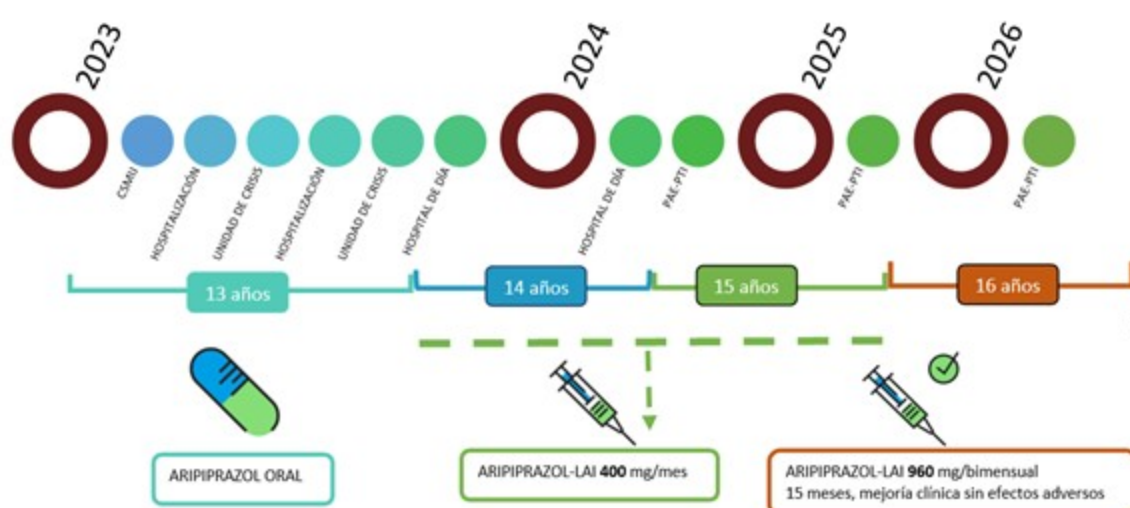
Conclusiones

- Asegurar la adherencia mediante LAI se asoció a **estabilización de la sintomatología agresiva**, preservando la trayectoria evolutiva y funcional (1,2).
- La formulación bimestral aripiprazol 960 mg/2 m es una opción válida, con **eficacia y seguridad equiparables** a la pauta mensual (3).
- **Primer caso publicado** de aripiprazol LAI bimestral en un adolescente.

Referencias

1. Baeza I et al. What Role for Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Schizophrenia Spectrum Disorders in Children and Adolescents? *Pediatr Drugs*. 2023;25(2):135-149.
2. Loy JH et al. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;8(8).
3. Citrome L et al. Safety and Efficacy of Aripiprazole 2-Month Ready-to-Use 960 mg. *J Clin Psychiatry*. 2023;84(5):23m14873.

Línea de tiempo del caso





Optimización del tiempo y coordinación interdisciplinar en consultas de salud mental infantil: experiencia clínica piloto

Susana Mexia¹, Amaia Miren Ciauriz Larraz²

¹Psiquiatra, Fundación Hospitalarias Pamplona, Navarra- ORCID: 0009-0007-3506-2083

²Psicóloga, Fundación Hospitalarias Pamplona, Navarra- ORCID: 0000-0002-2541-8185

Introducción

La brevedad de las consultas en psiquiatría infantil puede reducir la precisión diagnóstica y la efectividad de las intervenciones. La evidencia indica que la escucha activa, la alianza terapéutica con ambos progenitores y la coordinación interdisciplinar favorecen la adherencia familiar y el vínculo con el/la niño/a. El objetivo de este trabajo fue explorar la viabilidad clínica de un modelo organizativo de consultas coordinadas que permita optimizar el uso del tiempo asistencial.

Métodos

Se presenta una **experiencia clínica piloto** basada en la implementación de un modelo de consultas coordinadas e interdisciplinarias en **menores en edad preescolar**. El modelo incluyó:

1. **Primera** consulta de 60 minutos con los **progenitores** (psiquiatría): motivo de consulta, anamnesis y antecedentes clínicos. Sin presencia del/a menor;
2. **Primera** entrevista de 30 minutos con **el/la menor** (psiquiatría): observación de la interacción con los progenitores para completar anamnesis y exploración psicopatológica infantil;
3. **Coordinación** quincenal entre psiquiatría y psicología;
4. **Seguimiento alternado semanal**: psicología con el/la menor y psiquiatría con los progenitores para devolución diagnóstica, recomendaciones terapéuticas, psicoeducación y valoración evolutiva.

Se registraron observaciones sobre participación parental, adherencia y evolución de la interacción familia-profesional y niño/a-familia.

Resultados

Los hallazgos evidencian expresión de preocupaciones y necesidades, comprensión de estrategias aplicadas y aceptación de ayuda, lo que permite una formulación clínica integrada, identificando factores y dinámicas relacionales. Esto es consistente con la literatura sobre la influencia de la salud mental parental y la alianza terapéutica en la evolución clínica infantil. La frecuencia de citas favoreció la alianza terapéutica y permitió retroalimentación sobre la salud mental parental. El enfoque interdisciplinar fue percibido por las profesionales como enriquecedor para la práctica clínica.

Conclusión

La reorganización estructurada del encuadre clínico, separando espacios parentales e infantiles dentro de un abordaje interdisciplinar, puede contribuir a la optimización del uso del tiempo de consulta y mejorar la precisión diagnóstica y la calidad de la atención clínica. Estos hallazgos sugieren que la duración habitual de **30 minutos en consultas de seguimiento puede resultar insuficiente** para abordar la complejidad relacional y clínica presente en salud mental infantil.

Referencias

1. AACAP Committee on Collaborative and Integrated Care. Clinical Update: Collaborative Mental Health Care for Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62:91-119.
2. Warren JM, Halpin SA, Hanstock TL, et al. Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: a systematic review. *Child Abuse Negl*. 2022;134:105942.
3. Jørgensen S, et al. Challenges and support for children of parents with mental health disorders: a scoping review. *J Hosp Manag Health Policy*. 2025.
4. Segura Fronteloa A, et al. Transitioning from child to adult mental healthcare. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13:180-183.
5. Goodman SH, Gotlib IH. Children of depressed parents: mechanisms of risk and implications for treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 1999;5:113-135.



ORIENTACIÓN VOCACIONAL PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y/O PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, DESDE LA UNIDAD DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA “UN EJEMPLO DE COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR”

Ochoa Linacero, Belén (1) - Suárez Otero, Marta (2)

(1) Departamento de Educación. Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Navarra /
Unidad de Pedagogía Hospitalaria. Clínica Universidad de Navarra
(2) Museo de Ciencias. Universidad de Navarra

CONTEXTUALIZACIÓN:

La labor de los Profesionales de la Pedagogía Hospitalaria es garantizar el cumplimiento del Derecho a la Educación de todos los niños y jóvenes convalecientes. Se centra, entre otras cosas, en:

- Mediar entre la familia, el centro educativo y el equipo médico.
- Proporcionar una atención educativa de calidad individualizada y adaptada a las necesidades y a la situación del menor.
- Facilitar la reincorporación del alumno al colegio tras recibir el alta hospitalaria.
- Proporcionar orientación personal al alumno.
- Ofrecer apoyo y acompañamiento al entorno familiar.

MOTIVOS:

La transición a la etapa secundaria y a la formación prelaboral pueden constituir procesos especialmente complejos para los alumnos con trastornos del neurodesarrollo y/o problemas de salud mental.

Los cambios de etapa y la aproximación del fin de la escolaridad obligatoria, suponen momentos delicados que pueden generar desconcierto y ansiedad, tanto en el alumno como en su familia.

Todo esto conlleva la necesidad de contar con medidas de intervención educativa dirigidas a facilitar estos procesos de transición.

CRONOLOGÍA:

En el marco de la Unidad de Pedagogía Hospitalaria, en el 2012 surge un nuevo proyecto de Orientación Vocacional desde las consultas de Neuropediatría y/o Psiquiatría Infantil y Adolescente.



OBJETIVOS:

- Analizar las problemáticas que pueden suponer, para los alumnos con trastornos del neurodesarrollo y/o problemas de salud mental, los cambios de etapa educativa y la elección de una formación para la inclusión sociolaboral.
- Establecer el rol de un mediador que les acompañe y oriente, les ofrezca diferentes oportunidades y enseñe estrategias para enfrentarse a ciertos problemas socioeducativos.

METODOLOGÍA:

- Fase de acogida (entrevista inicial y consentimiento)
- Fase de intervención (intercambio de información y aplicación de pruebas-Explora y/o ARC)
- Fase final de toma de decisiones y consejo orientador

MUESTRA: MÁS DE 150 FAMILIAS ATENDIDAS POR LA UPH-RESULTADOS



CONCLUSIONES:

FORTALEZAS:

- Protocolo basado, fundamentalmente, en las Entrevistas con los diferentes agentes implicados
- Personalización e Individualización del Acompañamiento y del Consejo Orientador
- Trabajo Interdisciplinar y Colaborativo entre profesionales sanitarios, familias y centros educativos
- Tiempo y Duración de Seguimiento adaptado a los pacientes y sus familias.

DEBILIDADES:

- Procedimiento de Recogida de Información: mejora del protocolo de entrevistas (estudios cualitativos)
- Tiempo de dedicación a cada Familia
- Procedimiento de Seguimiento a los Casos
- Proceso de Valoración del Servicio

EL EQUIPO:



REFERENCIAS:

- Mesa redonda *Orientación Vocacional en niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo*, III Jornada de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2024).
- Kryger, M., & Qvortrup, A. (2025). *Conceptualizing and developing vocational identity: A scoping review of research in vocational education and training*. *Vocations and Learning*. <https://doi.org/10.1007/s12186-025-09371-8>.
- Hooley, T. (2024). *A systematic review of research into career guidance policy*. *International Journal of Career Guidance Research and Practice*. <https://doi.org/10.1080/20020317.2024.2352004>





Perfil de comorbilidades en pacientes con Función Intellectual Límite atendidos en nuestro CSMIJ: serie de casos descriptiva

García-Revilla J, Oliveras A, Vidaurrezaga R, Martínez-Orengo E, Navarro A, Forcelledo C, Barbero JD, Esteve M, Gracia R, Palao D

CSMIJ de Sabadell



INTRODUCCIÓN

La Función Intellectual Límite (FIL) en población infanto-juvenil se asocia a una elevada carga de comorbilidad, especialmente TDAH y TEA; requiere evaluación multidimensional y planificación asistencial adaptada.

METODOLOGÍA

- Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.
- Serie de casos observacional.
- **Fuente:** historias clínicas del CSMIJ.
- **Muestra:** pacientes de 5 a 22 años con FIL registrados hasta el 25/02/2025.
- **Análisis:** frecuencias absolutas y relativas; sin contrastes inferenciales.

DISCUSIÓN

- La FIL presenta una elevada carga de comorbilidad psiquiátrica.
- TDAH y TEA son las comorbilidades predominantes.
- La coexistencia incrementa la complejidad clínica y asistencial.
- La baja frecuencia de psicosis/TCA no resta relevancia al cribado longitudinal en perfiles vulnerables.

CONCLUSIONES

- 1 La FIL se acompaña de alta morbilidad psiquiátrica en población clínica.
- 2 TDAH y TEA son las comorbilidades predominantes y deben explorarse de forma sistemática.
- 3 La caracterización clínica facilita la planificación de recursos y tratamientos adaptados.
- 4 Futuras líneas: estandarizar evaluación cognitiva, funcionamiento adaptativo y seguimiento longitudinal.

Referencias



RESULTADOS



260
pacientes



5-22
años



12.3
años
edad media



65 %
varones



34,6 %
mujeres

COMORBILIDADES PRINCIPALES



TDAH



71,5%



TEA



36,9%



Trastornos de
la comunicación



6,2%



Síndromes genéticos /
enfermedades raras



3,8%



Trastornos de
conducta



3,8%



Psicosis

< 1%



Trastornos de la
conducta alimentaria

< 1%

La comorbilidad neurodesarrollativa concentra la mayor carga clínica.

“

La evaluación integral y el abordaje precoz de las comorbilidades son clave para mejorar la trayectoria clínica y el pronóstico funcional en pacientes con FIL.





Perfiles clínicos y uso de servicios de salud mental en jóvenes hospitalizados del sistema de protección infantil: comparación entre acogimiento residencial, adopción y EAIA

Mireia Solerdelcoll^{1,2,3}, Gisela Sugranyes^{1,2,4}, Inmaculada Baeza^{1,2,3,4}

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

²Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

³Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona

⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

- Los menores vinculados al sistema de protección infantil presentan mayor riesgo de psicopatología y mayor utilización de servicios de salud mental que la población general¹.
- Existe escasa evidencia comparativa sobre jóvenes hospitalizados procedentes de distintos contextos de protección infantil: acogimiento residencial (AR), adopción y seguimiento por equipos de atención a la infancia y adolescencia (EAIA).

OBJETIVOS

- Comparar los perfiles clínicos y la utilización de servicios de salud mental en jóvenes hospitalizados procedentes de AR, adopción y seguimiento por EAIA.

CONCLUSIONES

- Los jóvenes hospitalizados vinculados al sistema de protección infantil presentan elevada complejidad clínica y perfiles psicopatológicos diferenciados según el contexto de protección.
- El AR se asoció con mayor prevalencia de trastornos externalizantes y consumo de sustancias, mientras que la adopción mostró mayor frecuencia de trastornos del neurodesarrollo, antecedentes de adversidad prenatal y mayor riesgo de reingreso psiquiátrico. Los jóvenes en seguimiento por EAIA presentaron mayor sintomatología afectiva e ideación suicida.

IMPLICACIONES

- Intervenciones específicas y adaptadas al contexto de protección, centradas en la regulación conductual y emocional, y en la prevención del consumo de sustancias.
- Planificación estructurada tras el alta.
- Coordinación continuada para garantizar la continuidad asistencial y reducir la fragmentación de cuidados.

METODOLOGÍA

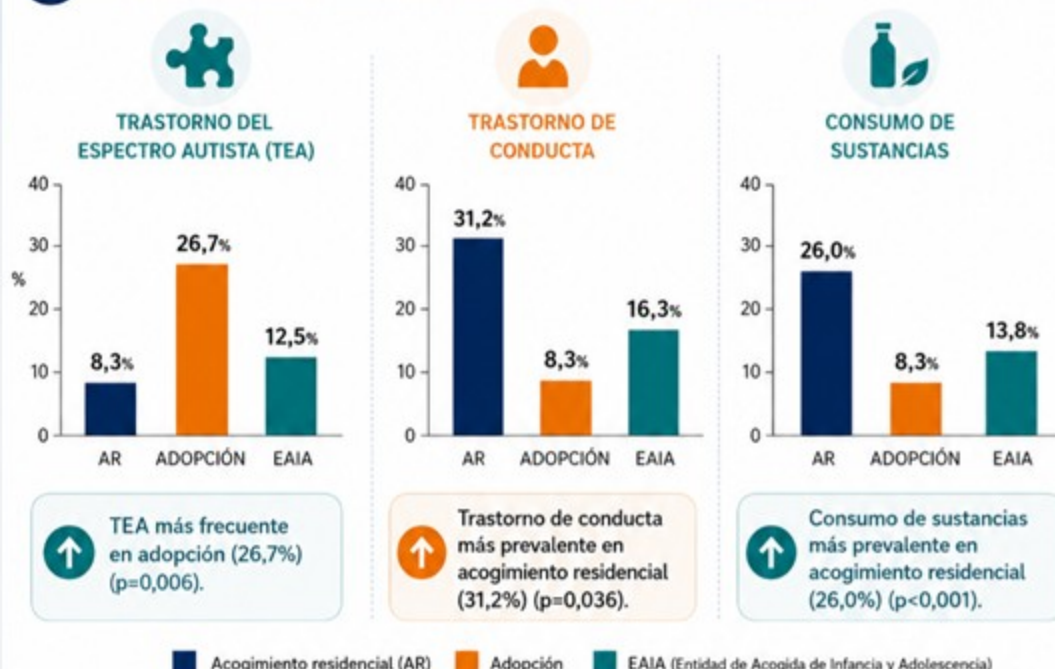
Diseño: Estudio observacional retrospectivo realizado entre 2018 y 2024 en una unidad de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil de un hospital terciario.

Muestra: Se incluyeron 236 pacientes menores de 18 años: Acogimiento residencial (n=96), Adopción (n=60) y EAIA (n=80).

Variables: diagnósticos según DSM-5; factores de riesgo psicosocial; complejidad clínica (≥ 2 diagnósticos psiquiátricos y polifarmacia [≥ 2 psicofármacos]); y utilización de servicios de salud mental.

RESULTADOS

1 PERFIL CLÍNICO SEGÚN CONTEXTO DE PROTECCIÓN



2 COMPLEJIDAD CLÍNICA



3 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS



4 MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO



Referencias:

- Solerdelcoll M, Ilzarbe D, Fortea A, Morer A, Lázaro L, Sugranyes G, et al. Psychopathology and mental health service use among youth in foster care admitted to a psychiatric inpatient unit: a 4-year retrospective controlled study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(1):39-50. doi:10.1007/s00787-022-02104-5
- Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the English and Romanian Adoptees study. Lancet. 2017;389(10078):1539-48. doi:10.1016/S0140-6736(17)30045-4

Conducta adaptativa en diagnóstico complejo de Trastorno del Espectro Autista

Jiménez Izquierdo, Paula⁽¹⁾; López Moreno, Laura⁽¹⁾; Huertas Paton, Abigail⁽¹⁾; Hernández Jurdado, Patricia⁽¹⁾; Nieto Moreno, Adoratriz⁽¹⁾; Boada Muñoz, Leticia⁽¹⁾; Mota Molina, Macarena⁽¹⁾; García Linares, Ernesto⁽¹⁾; Parellada Redondo, Mara⁽¹⁾
⁽¹⁾Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM)

INTRODUCCIÓN

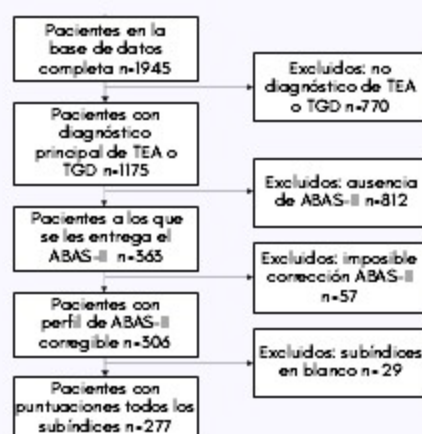
La **conducta adaptativa** (CA) permite desenvolverse en la vida diaria. Las personas con **TEA** presentan **déficits significativos** en todos los dominios que la componen, de manera **heterogénea**, reflejando un patrón característico de dificultades.

Este estudio analiza si las personas con las características propias de un **diagnóstico complejo** (menor sintomatología y prevalencia de DI, mayor % de comorbilidades) muestran este mismo patrón de déficits persistentes.



METODOLOGÍA

Se analizaron las puntuaciones de **277 participantes** de la base de datos de Diagnóstico Complejo del HGUGM, divididas en 5 grupos, en función del tipo de **ABAS-II** correspondiente.



ANÁLISIS DE DATOS

- Déficits:** **T de Student** comparando con la puntuación normativa ($M=10$, $DT=3$)
 - Heterogeneidad:** **ANOVAs** 1 factor medidas repetidas índices y subíndices, post hoc con corrección de Bonferroni.
- Puntos fuertes y débiles: **Q de Cochran** y **McNemar**.

RESULTADOS

DÉFICITS Y HETEROGENEIDAD

Los participantes muestran déficits significativos en todos los índices y subíndices. Los ANOVA revelan diferencias significativas entre los distintos índices en 3 de los 5 grupos, especialmente entre Conceptual y Práctico. El análisis de los índices indica heterogeneidad entre los componentes de Conceptual y Práctico. Los subíndices presentan significativa variabilidad, encontrándose diferencias especialmente entre Comunicación y Social, con puntuaciones más bajas, y Habilidades Académicas, Utilización de recursos comunitarios, Vida en el Hogar y Salud y Seguridad. Se representan las puntuaciones medias de cada índice.



PUNTOS FUERTES Y DÉBILES

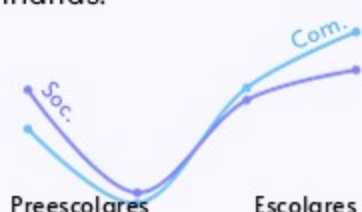
El análisis ipsativo identificó variabilidad entre los subíndices de todos los grupos, reflejada en la comparación por pares en 3 de los 5 grupos. El gráfico representa el porcentaje de participantes que presentó puntos fuertes o débiles en cada subíndice, marcando aquellos que mostraron diferencias significativas con el resto de subíndices. Aunque en el grupo Adultos no se encontró variabilidad significativa ($n=11$), se observa un elevado porcentaje de PF en Comunicación y PD en Ocio, junto con ausencia de PD en Comunicación y Social, que pueden explicar el diagnóstico tardío.



DISCUSIÓN

A pesar de la menor sintomatología que caracteriza esta muestra, se detectan déficits en los componentes de la CA, de acuerdo con el **perfil** previamente encontrado en la población TEA general, marcado por un peor rendimiento en aquellas áreas más estrechamente ligadas a los criterios diagnósticos (**social** y **comunicación**) y un mejor rendimiento relativo en las **habilidades académicas** y **prácticas**, que parece indicar que estas personas se benefician de entornos que requieren habilidades más estructuradas y rutinarias.

Se identifica un posible perfil alternativo en los **niños preescolares**, en el que predominan los déficits comunicativos sobre los sociales.



CONCLUSIÓN

Las personas con TEA que muestran sintomatología más leve, en conjunto con otras características que dificultan la detección del trastorno, sufren **importantes dificultades** para llevar a cabo las tareas diarias, lo que supone una amenaza para su independencia y su capacidad de vivir en un contexto social.

Menor sintomatología **no** implica **mejor adaptación**, lo que señala la importancia de la **detección** de estos casos y la evaluación de su conducta adaptativa, de modo que su funcionamiento pueda beneficiarse de las intervenciones pertinentes.



PREVALENCIA, CORRELACIÓN E IMPACTO DEL CONSUMO DE CANNABIS Y DEL TRASTORNO POR USO DE CANNABIS



EN LA PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS



Laherrán-Cantera, Nuria (1) Aymerich, Claudia (1) Palacios Garrán, Roberto (2) Sanjuan Ortiz, Cecilia (1) Armyra, Eleonora (1) Lahera Forteza, Guillermo (3) Catalán, Ana (4) Díaz-Caneja, Covadonga Maria (5) Arango, Celso (6) Salazar de Pablo, Gonzalo (1)
(1) Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, UK
(2) Hospital Universitario Jerez de la Frontera, Cadiz. (3) Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá, Madrid
(4) Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. (5) Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid
(6) Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción

¿Por qué era necesario?



Consumo mundial

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial, con 244 millones de usuarios.



Riesgo de psicosis

El riesgo de psicosis es especialmente alto cuando el consumo se inicia antes de los 18 años.



Prevención de la psicosis

Si el cannabis de alta potencia dejara de estar disponible, se podrían prevenir 1 de cada 8 casos de psicosis en Europa.



Falta de metaanálisis

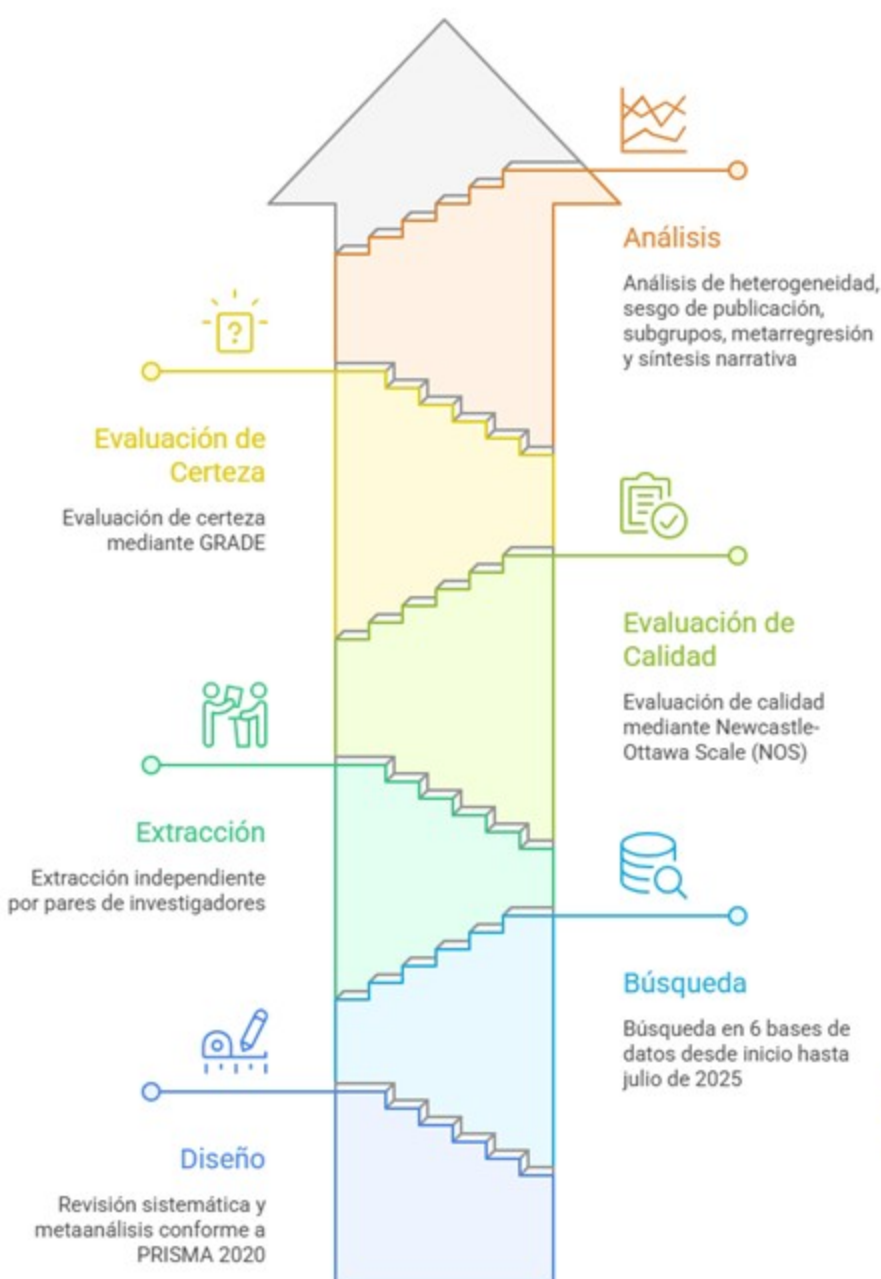
A pesar de su relevancia clínica, no existía ningún metaanálisis previo sobre prevalencia e impacto en EOP (<18 años).

Resultados

Metarregresiones

Consumo actual	A lo largo de la vida
↑ Varones ($\beta=0,031$)	↑ Cocaína ($\beta=0,101$)
↑ Hospitalizaciones ($\beta=0,006$)	↓ Síntomas negativos ($\beta=-0,173$)
↓ Síntomas negativos ($\beta=-0,191$)	
↓ Diagnóstico esquizofrenia ($\beta=-0,039$)	

Metodología



Prevalencia en EOP



Consumo de cannabis

Precede la psicosis en el 96%

GAP psicosis no tratada

Duración prolongada

275 días vs 95 días

Hospitalizaciones y recaídas

Mayor frecuencia de hospitalizaciones

Agresividad aumentada

Mayor comportamiento agresivo

Intentos autolíticos

11,5% vs 6,25% de intentos

Policonsumo

67% de los casos

Conclusiones

El cannabis y el TUC afectan a 1 de cada 3 adolescentes con EOP, con prevalencias muy superiores (x8) a la población general

En la mayoría de los casos (96%) el cannabis precede al inicio de la psicosis y se vincula con peor pronóstico

El cribado sistemático y el tratamiento dual deben integrarse en los servicios de salud mental infanto-juvenil

Se necesitan estudios longitudinales y ensayos clínicos en esta población.



Conducta adaptativa en diagnóstico complejo de Trastorno del Espectro Autista

Jiménez Izquierdo, Paula⁽¹⁾; López Moreno, Laura⁽¹⁾; Huertas Paton, Abigail⁽¹⁾; Hernández Jurdado, Patricia⁽¹⁾; Nieto Moreno, Adoratriz⁽¹⁾; Boada Muñoz, Leticia⁽¹⁾; Mota Molina, Macarena⁽¹⁾; García Linares, Ernesto⁽¹⁾; Parellada Redondo, Mara⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM)

INTRODUCCIÓN

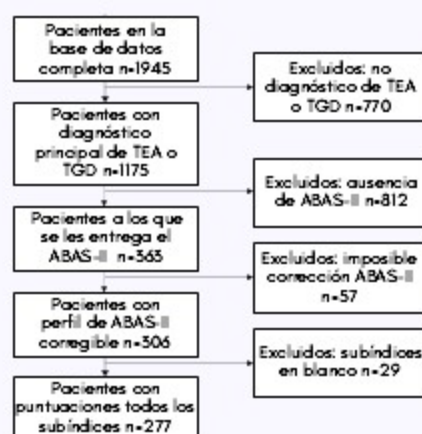
La **conducta adaptativa** (CA) permite desenvolverse en la vida diaria. Las personas con **TEA** presentan **déficits significativos** en todos los dominios que la componen, de manera **heterogénea**, reflejando un patrón característico de dificultades.

Este estudio analiza si las personas con las características propias de un **diagnóstico complejo** (menor sintomatología y prevalencia de DI, mayor % de comorbilidades) muestran este mismo patrón de déficits persistentes.



METODOLOGÍA

Se analizaron las puntuaciones de **277 participantes** de la base de datos de Diagnóstico Complejo del HGUGM, divididas en 5 grupos, en función del tipo de **ABAS-II** correspondiente.



ANÁLISIS DE DATOS

- Déficits:** **T de Student** comparando con la puntuación normativa ($M=10$, $DT=3$)
 - Heterogeneidad:** **ANOVAs** 1 factor medidas repetidas índices y subíndices, post hoc con corrección de Bonferroni.
- Puntos fuertes y débiles: **Q de Cochran** y **McNemar**.

RESULTADOS

DÉFICITS Y HETEROGENEIDAD

Los participantes muestran déficits significativos en todos los índices y subíndices. Los ANOVA revelan diferencias significativas entre los distintos índices en 3 de los 5 grupos, especialmente entre Conceptual y Práctico. El análisis de los índices indica heterogeneidad entre los componentes de Conceptual y Práctico. Los subíndices presentan significativa variabilidad, encontrándose diferencias especialmente entre Comunicación y Social, con puntuaciones más bajas, y Habilidades Académicas, Utilización de recursos comunitarios, Vida en el Hogar y Salud y Seguridad. Se representan las puntuaciones medias de cada índice.



PUNTOS FUERTES Y DÉBILES

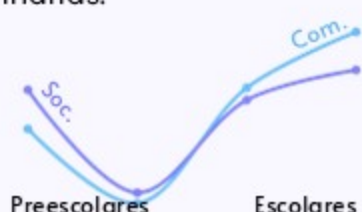
El análisis ipsativo identificó variabilidad entre los subíndices de todos los grupos, reflejada en la comparación por pares en 3 de los 5 grupos. El gráfico representa el porcentaje de participantes que presentó puntos fuertes o débiles en cada subíndice, marcando aquellos que mostraron diferencias significativas con el resto de subíndices. Aunque en el grupo Adultos no se encontró variabilidad significativa ($n=11$), se observa un elevado porcentaje de PF en Comunicación y PD en Ocio, junto con ausencia de PD en Comunicación y Social, que pueden explicar el diagnóstico tardío.



DISCUSIÓN

A pesar de la menor sintomatología que caracteriza esta muestra, se detectan déficits en los componentes de la CA, de acuerdo con el **perfil** previamente encontrado en la población TEA general, marcado por un peor rendimiento en aquellas áreas más estrechamente ligadas a los criterios diagnósticos (**social** y **comunicación**) y un mejor rendimiento relativo en las **habilidades académicas** y **prácticas**, que parece indicar que estas personas se benefician de entornos que requieren habilidades más estructuradas y rutinarias.

Se identifica un posible perfil alternativo en los **niños preescolares**, en el que predominan los déficits comunicativos sobre los sociales.



CONCLUSIÓN

Las personas con TEA que muestran sintomatología más leve, en conjunto con otras características que dificultan la detección del trastorno, sufren **importantes dificultades** para llevar a cabo las tareas diarias, lo que supone una amenaza para su independencia y su capacidad de vivir en un contexto social.

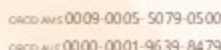
Menor sintomatología **no** implica **mejor adaptación**, lo que señala la importancia de la **detección** de estos casos y la evaluación de su conducta adaptativa, de modo que su funcionamiento pueda beneficiarse de las intervenciones pertinentes.

PROYECTO DE HUMANIZACIÓN PEDIÁTRICA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

EN CASTILLA Y LEÓN

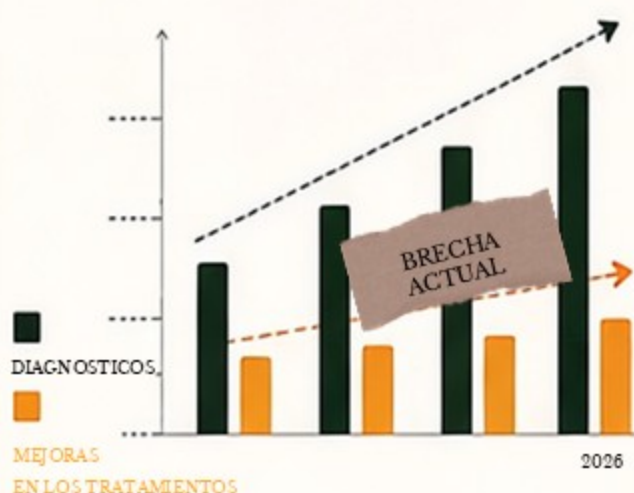
PROPUESTA MULTIDISCIPLINAR
BASADA EN LA EVIDENCIA

AUTORA : ALBA MOLINERO SASTRE
DIRECTORA : ANA MARÍA ULLÁN DE LA FUENTE



INTRODUCCIÓN

“ [1] A pesar del incremento de diagnósticos oficiales, esto no parece acompañar en la mejora de tratamientos



EVIDENCIAS CLAVE

- ✓ Alta prevalencia y gravedad clínica de los TCA en menores. Ingresos largos y costosos
- ✓ Desigualdad territorial y saturación del sistema de hospitalización público
- ✓ Escasa formación, especialización y multidisciplinariedad en TCA pediátrico
- ✓ Escasa humanización de unidades para TCA pediátricos en CyL
- ✓ Deficits estructurales, organizativos y asistenciales en el modelo actual de salud mental de CyL

Recidivas,
cronificación,
desplazamientos.

COSTES
económicos
personales
familiares

ECONOMÍA DE LA SALUD 12



Humanización $\neq$ complemento

La humanización es un determinante clave del éxito terapéutico en TCA pediátrico

OBJETIVOS

-  Evaluar el estado de los recursos asistenciales de TCA pediátricos en CyL
 -  Analizar la percepción del paciente, profesional y familia en el tratamiento
 -  Identificar, analizar buenas prácticas de humanización pediátrica en TCA de éxito
 -  Detectar barreras y facilitadores para modelos humanizados en TCA
 -  Diseñar una propuesta de proyecto multidisciplinar adaptada al contexto de CyL

METODOLOGÍA



STAKEHOLDERS

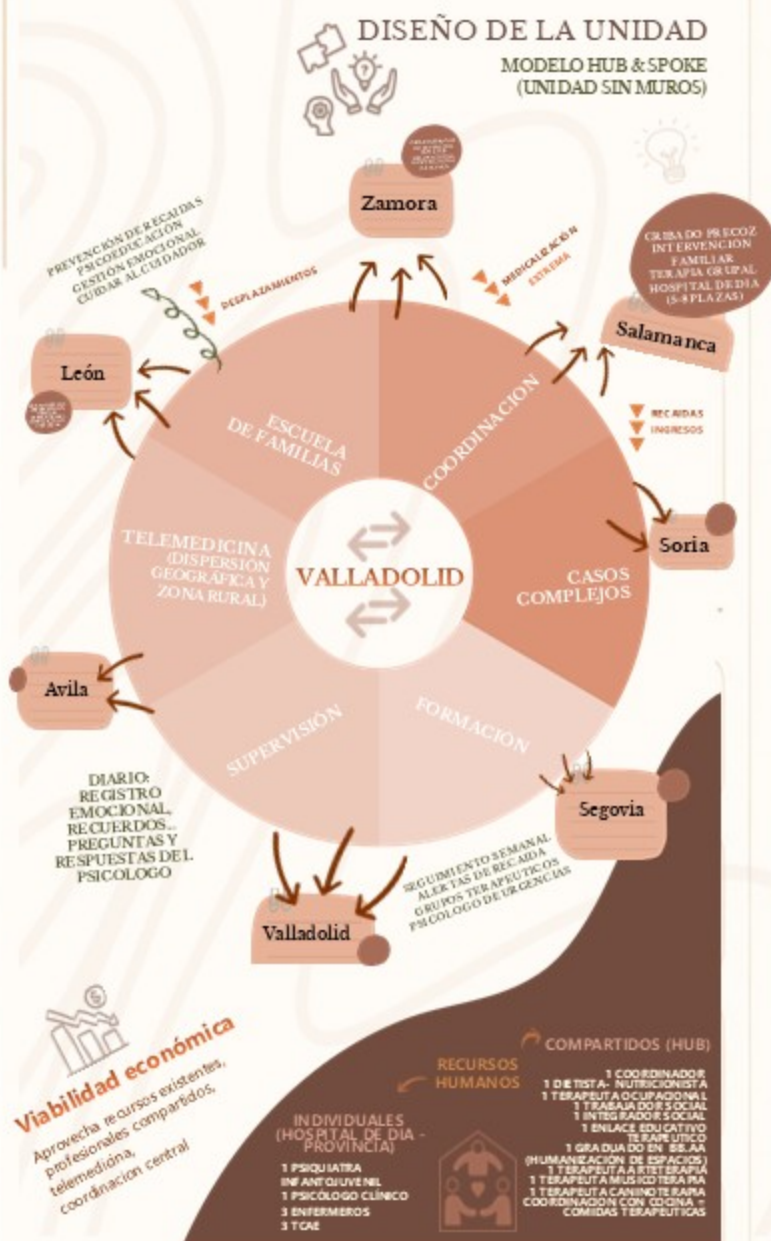


PLANIFICACIÓN

- HASTA AHORA**
- Revisión bibliográfica, definición del marco teórico y conceptual, delimitación del objeto de estudio, diseño metodológico, contacto con centros y asociaciones
- EN LA ACTUALIDAD**
- Trabajo de campo
 - Diseño de instrumentos
 - Tramitación ética y de protección de datos
- PROXIMAMENTE**
- Finalización de recogida de datos
 - Análisis de resultados
 - Finalización de propuesta de intervención

DISEÑO DE LA UNIDAD

MODELO HUB & SPOKE
(UNIDAD SIN MUROS)



IMPACTO ESPERADO

-
- Mejora clínica: mayor adherencia terapéutica y mejores resultados en salud
- Mejor experiencia: atención centrada en el paciente y entorno: satisfacción y confianza
- Equipo multidisciplinar y especializado - tratamiento integral
- Menores costes - mayor equidad y sostenibilidad

DEPENDENT

CASTAÑEDA F, RESTRA F, GORDA J. BARRERAS DE ACCESO A TRATAMIENTO EN PACIENTES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.
UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA. REV MED CHIL. 2002;131(12):1673-20.
DISPONIBLE EN: <http://www.revmed.ch/revmed/2002/131/12/1673>

STUDDENHEIMER N, KORNHUBER A, HELDS, HERZOG W, ZIPFEL S, LÖNNER B, AUST. COST-OF-ILLNESS STUDY
AND COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS IN EATING DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW. INT J EAT DISORD. 2012; 43(6):676-91.
DISPONIBLE EN: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470000/>

DAVEY E, ALENK, BENNETT SD, BRYANT-WAUGH A, CLARKE, COOPER Z ET AL. IMPROVING PROGRAMS ESD AND FOUCUSED
INTERVENTIONS FOR EATING DISORDERS: AN EXPERTS' CONSENSUS STATEMENT - A UK PERSPECTIVE. EUR EAT DISORD R.

Un modelo de atención multidisciplinar más humano,
equitativo y eficaz para menores con TCA en Castilla y León



Psicosis adolescente, cultura digital y violencia fantaseada: a propósito de un caso clínico

Barberá Bellés, Martina (1) Moreno Beltran, Anna (1) Pardo Guerra, Maria (1) (2) Ramos Vidal, Carla (1) (2)

⁽¹⁾Consortio Hospitalario Provincial de Castellón

⁽²⁾ Universidad Jaime I

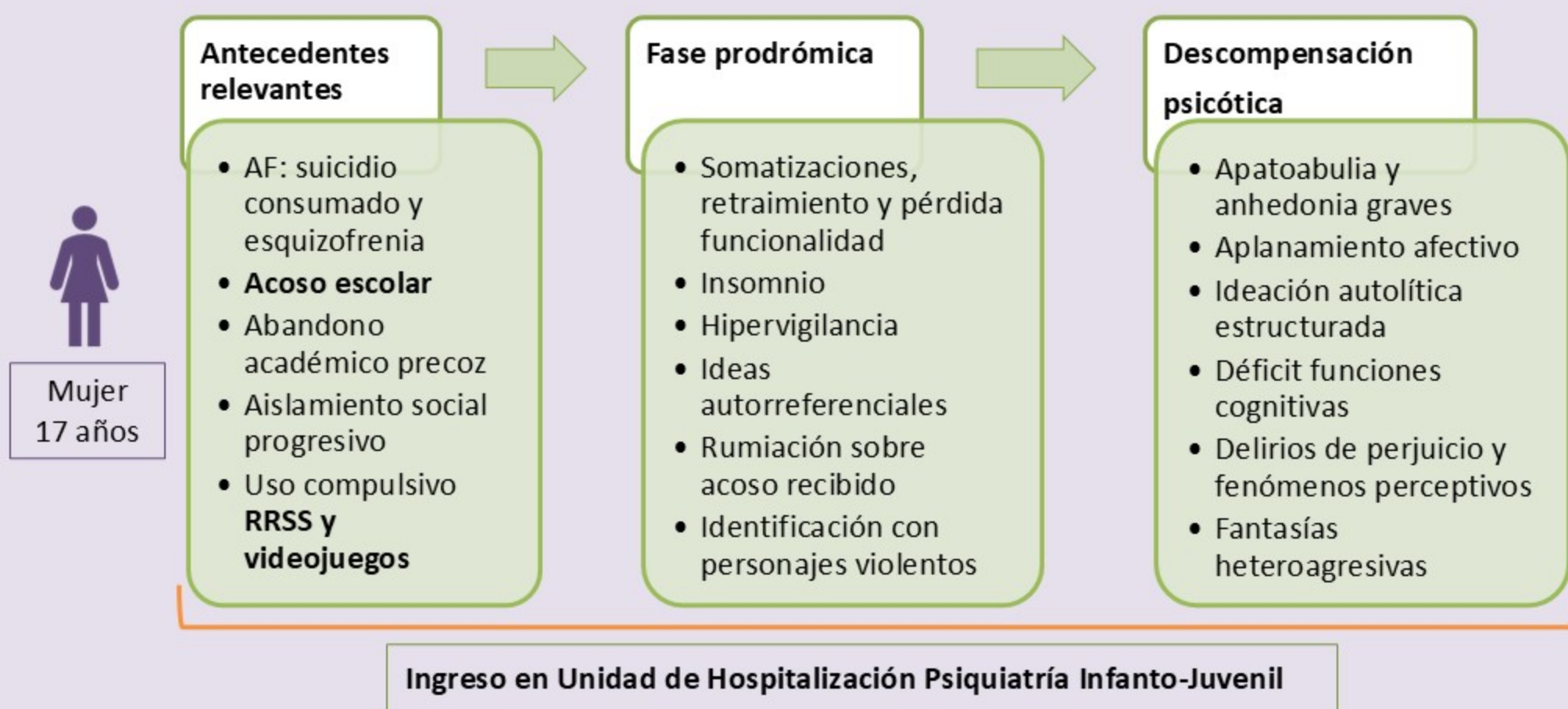
Introducción

La **esquizofrenia de inicio temprano** constituye un trastorno del neurodesarrollo de elevada gravedad clínica y funcional. La evidencia señala la interacción entre **vulnerabilidad biológica y factores ambientales** — especialmente trauma interpersonal, aislamiento social y uso problemático de pantallas— como moduladores clave del riesgo psicótico^[1,5,6]. Las **adversidades infantiles** casi triplican el riesgo de psicosis, con una relación dosis-dependiente entre victimización prolongada y experiencias psicóticas en la adolescencia^[2,3]

x2.74 OR psicosis en
adversidades infantiles^[2]

33% riesgo atribuible poblacional
de trastorno psicótico ^[2]

Descripción del caso clínico



Discusión

Los estudios longitudinales evidencian que el **uso problemático de pantallas** (no el tiempo total, sino la naturaleza adictiva) se asocia a experiencias psicóticas, mediado por tres vías principales ^[1,5,6]



El **acoso escolar mantenido** incrementa el riesgo de experiencias psicóticas a los 18 años de forma independiente del CI y los trastornos afectivos. La victimización estable entre 8–10 años es predictor de psicosis en la adolescencia tardía^[3,4].

Conclusiones e implicaciones clínicas

1. El **cribado de adversidades infantiles y acoso escolar** debe integrarse sistemáticamente en la evaluación de pacientes con sintomatología psicótica.
2. El abordaje del **uso problemático de pantallas en adolescentes vulnerables** requiere evaluación integral, evitando tanto la banalización como la estigmatización del contenido digital.
3. Las narrativas digitales violentas **pueden moldear el contenido del pensamiento psicótico**: comprender el mundo simbólico digital del paciente es clave para la alianza terapéutica.
4. La **intervención familiar y la coordinación** entre recursos son indispensables en casos de psicosis adolescente con alta complejidad.
5. El rastro digital de amenazas, asociado a trauma y bullying, debe alertar sobre **riesgo de violencia heteroagresiva** e impulsar la intervención preventiva.

Referencias bibliográficas





Psicosis de inicio temprano como marcador clínico del síndrome de delección 3q29 en una paciente con trastorno del neurodesarrollo: *Reporte de caso.*

Vidal, Werner ¹ ; Martorell Ménsua, Laura ¹ ; Ramos-Quiroga, José Antonio ^{1,2} ; Español-Martin, Gemma ^{1,2}

¹ Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

² Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España.



Introducción

El síndrome de delección 3q29 es un trastorno genético poco frecuente asociado a trastornos del neurodesarrollo como: Discapacidad Intelectual (DI), Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH); así como a un alto riesgo de trastornos psiquiátricos como psicosis temprana y esquizofrenia (1,2).

Su presentación es heterogénea, lo que dificulta el reconocimiento clínico y retrasa el diagnóstico genético (3).

Presentación de caso

Adolescente de 17 años con antecedentes de cardiopatía congénita grave y alteraciones en neurodesarrollo (DI + TEA + TDAH), que presenta un episodio de psicosis de inicio temprano. Tras múltiples evaluaciones por diversos especialistas y pruebas complementarias sin diagnóstico concluyente, se realizó un análisis por microarray cromosómico que identificó una delección heterocigota de novo de 1,6 Mb en 3q29, confirmando el diagnóstico.

Evolutivo

Luego de ensayar diversos esquemas terapéuticos con escasa respuesta, se optó por administrar tratamiento combinado con Lurasidona y Olanzapina, con el cual presentó una evolución favorable.

Durante el seguimiento, se observó una reducción progresiva de la sintomatología psicótica, lo que permitió disminuir las dosis farmacológicas y lograr una recuperación funcional parcial; permitiendo así, su reintegración en actividades educativas y recreativas adaptadas a su condición.

Discusión

La delección 3q29 se asocia a un incremento significativo del riesgo de esquizofrenia (>40 veces) y a síntomas del espectro psicótico (2,3). La aparición de psicosis en pacientes con trastornos del neurodesarrollo debe alertar sobre posibles etiologías genéticas subyacentes. En este caso, el diagnóstico se alcanzó tardíamente, lo que refleja la necesidad de integrar estudios genéticos en la evaluación de cuadros complejos. El tratamiento con Lurasidona y Olanzapina mostró mejoría clínica, en línea con reportes previos, aunque la evidencia terapéutica es limitada.

Conclusión

La psicosis de inicio temprano en adolescentes con antecedentes de alteraciones del neurodesarrollo puede ser un marcador clínico de delección 3q29, aún en ausencia de rasgos dismórficos.

La evaluación genética precoz permite un diagnóstico más preciso y un abordaje multidisciplinar adecuado.

Bibliografía

1. Pollak RM, Burrell TL, Cubells JF, et al. Adaptive behaviour deficits in individuals with 3q29 deletion syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2024 Feb;68(2):113–127. doi:10.1111/jir.13094.
2. Mullen JG. The 3q29 deletion confers >40-fold increase in risk for schizophrenia. *Mol Psychiatry.* 2015 Sep;20(9):1028–9. doi:10.1038/mp.2015.76.
3. Sefik E, Guest RM, Aberkane K, Espana R, Goines K, Novacek DM, Murphy MM, Goldman-Yassen AE, Cubells JF, Ousley O, Li L, Shultz S, Walker EF, Mullen JG. Psychosis spectrum symptoms among individuals with schizophrenia-associated copy number variants and evidence of cerebellar correlates of symptom severity. *Psychiatry Res.* 2024 May;335:115867. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115867.





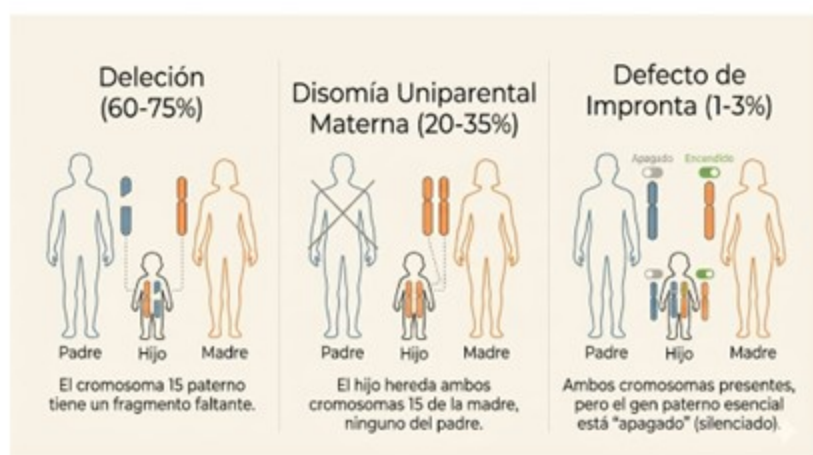
Psicosis en Prader-Willi con respuesta a Clozapina: más allá de la evidencia disponible

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Prader-Willi (SPW) → trastorno genético multisistémico raro: la causa mejor conocida de obesidad grave.

Incidencia: 1/10.000-30.000 ¹⁻⁴

Etiopatogenia. Ausencia de expresión de los alelos de herencia paterna en la región 15q11-q13 del cromosoma 15, área regulada por impronta genómica.



Manifestaciones clínicas.



Comorbilidades psiquiátricas → 89% de los casos. Mayor prevalencia de TOC, T. del estado de ánimo, autolesiones de tipo escoriación.⁵

Aumento de riesgo de desarrollar sintomatología psicótica de características cicloides o atípicas, siendo el de mayor riesgo la disomía uniparental materna.⁵⁻⁸

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Menor femenina de 17 años ingresada en URPII del Hospital Santa María de Lleida por sintomatología psicótica.

Antecedentes médico-quirúrgicos. Síndrome de Prader-Willi de tipo delección.

Antecedentes psiquiátricos personales.

Seguimiento por psiquiatría desde 2023 por sintomatología psicótica.

Abordaje ambulatorio: Lurasidona hasta 90mg/día en combinación con Olanzapina hasta 15mg que se redujo por exacerbación de hiperfagia → respuesta parcial y fluctuante

Ingreso en unidad de agudos infanto-juvenil en septiembre de 2025.

Sintomatología al ingreso. Delirio nihilista y de Capgras; Desorganización; Elevada tensión interna y repercusión funcional y conductual; Insomnio

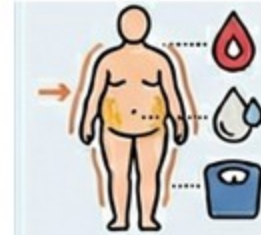
Tratamiento psicofarmacológico.

1. Switch de Lurasidona a Aripiprazol 15mg + Olanzapina 15mg → Leve mejoría
2. Switch a Risperidona 9mg en monoterapia → mejoría parcial → fecaloma como efecto secundario → empeoramiento
3. Switch a clozapina 225mg/día → mejoría y sostenimiento de la sintomatología, por lo tanto se descarta uso de TEC

Alta a subagudos tras 6 meses de ingreso con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La elección psicofarmacológica en estos pacientes supone un desafío clínico de alta complejidad dado el riesgo de desarrollar síndrome metabólico empeorando la predisposición intrínseca del fenotipo obeso del SPW.
- Las recomendaciones basadas en la escasa evidencia disponible indican el uso de antipsicóticos con mejor perfil metabólico.⁹⁻¹²
- Destacar la importancia de individualizar y valorar riesgo-beneficio. En este caso se opta por la clozapina como estrategia siguiendo las recomendaciones de las guías clínicas para casos resistentes
- Falta estudio y evidencia del uso de clozapina en este síndrome.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta S, Tiwari P, Gupta N, Nunia V, Saxena A, Simlot A, et al. Prader-Willi Syndrome - Clinical Genetics, Diagnosis and Treatment Approaches: An Update. Curr Pediatr Rev. 2019;15(4):207-44.
2. Angulo M, Butler M, Cataletto M. Prader-Willi syndrome: a review of clinical, genetic, and endocrine findings. J Endocrinol Invest. 2015;38(12):1249-63.
3. Mahmoud R, Kimonis V, Butler M. Clinical Trials in Prader-Willi Syndrome: A Review. Int J Mol Sci. 2023;24(3):2150.
4. Guinovart M, Coronas R, Caixàs A. Psychopathological disorders in Prader-Willi syndrome. Endocrinol Diabetes Nutr. 2019;66(9):586-94.
5. Tarsimil A, Van Den Amele S, Crunelle C, De Schepper J, Vanderbruggen N. [Psychiatric disorders in adults with Prader-Willi syndrome: a systematic literature review]. Tijdschr Psychiatr. 2021;63(6):432-40.
6. Aman L, Lester S, Holland A, Fletcher P. Psychotic illness in people with Prader-Willi syndrome: a systematic review of clinical presentation, course and phenomenology. Orphanet J Rare Dis. 2024;19(1):103.
7. Singh D, Sasson A, Rusciano V, Wakimoto Y, Pinkhasov A, Angulo M. Cycloid Psychosis Comorbid with Prader-Willi Syndrome: A Case Series. Am J Med Genet A. 2019;179(7):1241-45.
8. Thuilleaux D, Laurier V, Copet P, Tricot J, Demeer G, Mourre F, et al. A model to characterize psychopathological features in adults with Prader-Willi syndrome. Am J Med Genet A. 2018;176(1):41-7.
9. Bonnot O, Cohen D, Thuilleaux D, Consoli A, Cabal S, Tauber M. Psychotropic treatments in Prader-Willi syndrome: a critical review of published literature. Eur J Pediatr. 2015;175(1):9-18.
10. De Juan Villadegut O, Llobet Farré M, Andreu Gracia H, et al. Psychotic disorders in young patients with Prader-Willi syndrome: A case report and literature review. Eur Psychiatry. 2023;66(51):S395.
11. Galliana A, Acunti M, Stegmann J. Possible agitation and disruptive Behavioural with Aripiprazole in Prader-Willi Syndrome: Insights from a Case Series. Psychiatry Res Case Rep. 2022;1(1):100033.
12. Biegel W. Clinical Usefulness of Aripiprazole Treatment in a Girl with Prader-Willi Syndrome and Psychosis. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2018;16(4):497-500.



Psicosis inducida por cannabinoides sintéticos en población adolescente: a propósito de un caso clínico.

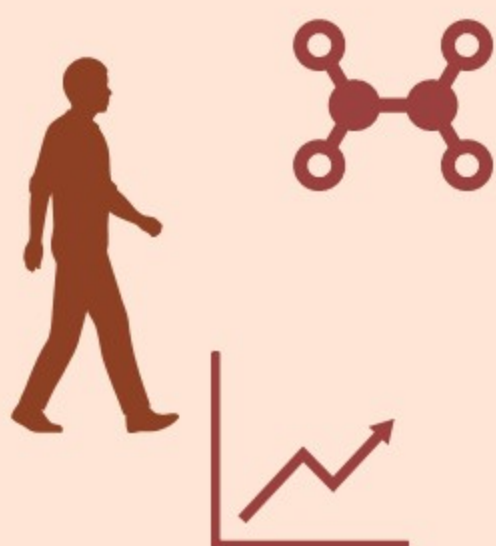
Barberá Bellés, Martina ⁽¹⁾ Moreno Beltran, Anna ⁽¹⁾ Cabañés Suñer, Mar ⁽¹⁾
Fuster Jimenez, Maria ⁽¹⁾ Peraire Miralles, Marc ⁽¹⁾⁽²⁾ Gimeno Vergara, Rita ⁽¹⁾⁽²⁾
⁽¹⁾Consortio Hospitalario Provincial de Castellón
⁽²⁾ Universidad Jaume I



1 Introducción

Los **cannabinoides sintéticos** forman parte del grupo de nuevas sustancias psicoactivas. Simulan efectos psicoactivos y fisiológicos similares al tetrahidrocannabinol (THC), pero con **mayor potencia** ⁽¹⁾ y un perfil de toxicidad más elevado, lo que se asocia a un aumento de **urgencias** médicas y psiquiátricas. Su creciente consumo constituye un motivo de preocupación para la salud pública.

2 Descripción del caso y desarrollo del comentario



Varón de **15 años**, sin antecedentes personales de interés, que inicia episodios progresivos de alteración conductual en el domicilio, extendiéndose posteriormente a todas las esferas de funcionamiento. Se objetiva consumo probable de cannabinoides sintéticos como desencadenante del cuadro.

Presenta **sintomatología psicótica y afectiva** de inicio agudo que requiere ingreso hospitalario extendido, con **evolución tórpida y dificultades para el control farmacológico**, siendo necesaria la instauración de distintas líneas de tratamiento antipsicótico. Tras estabilización del cuadro, se mantienen fármacos estabilizadores del ánimo y neurolépticos, y se asegura la abstinencia a sustancias.

3 Discusión

El consumo de cannabinoides sintéticos se asocia a un **mayor riesgo de psicosis**, especialmente en adolescentes y sujetos vulnerables⁽²⁾.

Estas sustancias actúan como **agonistas completos de los receptores CB1 y CB2**, lo que podría explicar una **mayor neurotoxicidad y una clínica psicótica más intensa y persistente**⁽³⁾.

La evidencia describe **peor respuesta al tratamiento, mayor número de recaídas, aumento de días de hospitalización** y mayor presencia de síntomas disociativos e ideación suicida⁽⁴⁾. La continua aparición de nuevos compuestos y la ausencia de biomarcadores fiables dificultan su detección y el diagnóstico diferencial ⁽⁵⁾.

4 Conclusiones



Los cannabinoides sintéticos representan una causa emergente de psicosis grave en población joven.

Su detección precoz, el desarrollo de métodos analíticos específicos y la implementación de estrategias preventivas son esenciales para reducir su impacto clínico y social.

Referencias bibliográficas





Rasgos del Espectro Autista y trauma relacional: diagnóstico y abordaje multimodal en Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. A propósito de un caso.

Sanchez Herrera, Diego Armando (1); de la Torre Gomar, Irene (2); Lloret Pérez del Yerro, Emilio (1)
(1) Residente de Psiquiatría Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga (2) Psiquiatra Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción

- El solapamiento entre rasgos del espectro autista (TEA) y consecuencias del trauma relacional puede dificultar la formulación clínica.
- La coexistencia de desregulación emocional y conductas suicidas.

Objetivo: mostrar una formulación integradora e informada por trauma.

LÍNEA TEMPORAL DEL CASO



Descripción del caso

Adolescente de 15 años con historia de dificultades sociales, rigidez, estereotipias, hipersensibilidad e insomnio, irritabilidad/heteroagresividad.

Evaluaciones previas: escalas con elevación en conducta/hiperactividad, dificultad en mentalización y rendimiento cognitivo global medio, manteniéndose la sospecha de TEA y problemática vincular.

Reconsulta por empeoramiento afectivo con ansiedad somática, aislamiento, restricción alimentaria, autolesiones e ideas de muerte en contexto de acoso escolar, con tentativa autolítica.

Posteriormente refiere maltrato físico en convivencia con expareja materna. Se realizó intervención multidisciplinar (coordinación educativa y social, grupos, plan de seguridad), tratamiento antidepresivo y derivación a programa de violencia, con comunicación a Fiscalía.

Discusión

El trauma del desarrollo/TEPT complejo se asocia a alteraciones persistentes de autorregulación, autoconcepto y relaciones, además de somatización y conductas de riesgo.

En estos casos es clave evitar atribuciones unidireccionales (“todo es TEA” vs “todo es trauma”). El trauma en contextos de apego compromete la mentalización y aumentar vulnerabilidad autolesiva.

FORMULACIÓN INTEGRADORA TEA + trauma del desarrollo



Evitar explicaciones unidireccionales:
no todo es TEA y no todo es trauma.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Coordinación asistencial e intervención



Conclusiones

Es imprescindible explorar victimización e integrar TEA y trauma en la formulación para orientar intervenciones y mejorar la detección de riesgos.

Referencias Bibliográficas

Datos de contacto/más información

- 1.Fernández-Fernández V, Martínez Pérez A. Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. Papeles del Psicólogo.2020;41(3):219-27. doi:10.23923/pap.psicol2020.2934.
2. Riff V, Morán-Kneer J, Romero P. El uso de la mentalización para el abordaje del trauma complejo. En: Salazar D, editor. Parentalidad. Bilbao: Desclee De Brouwer; 2021.p. 343-58.

- Correo: diegosn63@gmail.com
- Sin financiación.
- Consentimiento informado de padres.



Retraso diagnóstico del TDAH en mujeres jóvenes: estudio piloto sobre trayectoria sintomática, impacto puberal y discrepancias entre autoinforme y percepción parental.

AUTORES: GÓMEZ-SUÁREZ, A.F., FERRER VÁZQUEZ, E; VARELA CALVO, A.

FUNDACIÓN INGADA: INSTITUTO GALLEGO DEL TDAH Y TRASTORNOS ASOCIADOS



Introducción

El TDAH en mujeres continúa infradiagnosticado respecto a los varones. El predominio de síntomas de inatención, la menor presencia de conductas disruptivas y el desarrollo de estrategias compensatorias pueden dificultar su detección clínica y escolar. La adolescencia constituye un periodo crítico debido al aumento de demandas académicas y cambios hormonales.



Objetivo y Metodología



Estudio piloto retrospectivo en 9 díadas joven-madre para explorar retraso diagnóstico, reinterpretación de dificultades asociadas al TDAH e impacto de cambios puberales y menstruales en jóvenes de 18–23 años con diagnóstico recibido en la adolescencia. Se aplicó un cuestionario retrospectivo paralelo elaborado ad hoc y se realizaron análisis descriptivos y exploratorios.



TRAYECTORIA DIAGNÓSTICA

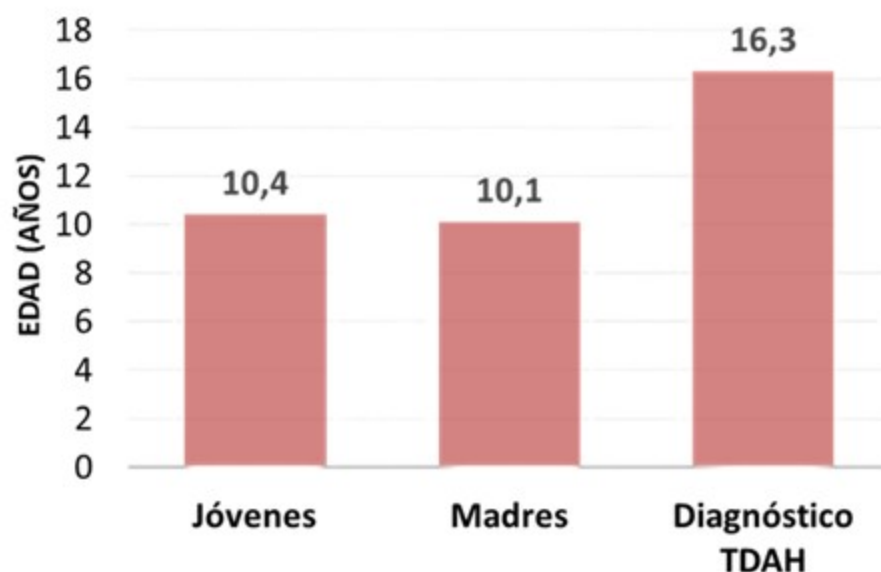


Figura 1. Edad media retrospectiva en la que jóvenes y madres situaron el inicio de dificultades posteriormente asociadas al TDAH y edad media de diagnóstico formal.



Resultados

EMPEORAMIENTO SINTOMÁTICO PERCIBIDO

Empeoramiento sintomático No empeoramiento claro

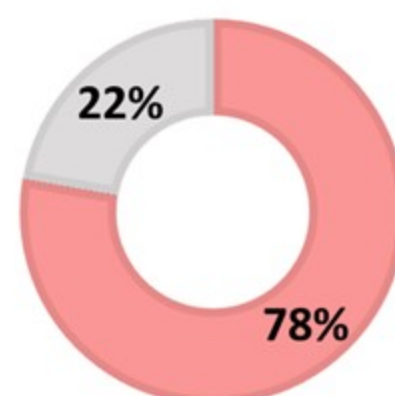


Figura 2. Porcentaje de jóvenes participantes que refirieron retrospectivamente empeoramiento global de síntomas atencionales y emocionales asociado al periodo menstrual.

INTERPRETACIÓN ESCOLAR DE LAS DIFICULTADES



Figura 3A. Percepción retrospectiva de las jóvenes sobre interpretación escolar de dificultades asociadas al TDAH antes del diagnóstico (Likert 1–5).

DETECCIÓN E INTERPRETACIÓN RETROSPECTIVA



Figura 3B. Percepción retrospectiva materna sobre detección e interpretación de dificultades asociadas al TDAH antes del diagnóstico (Likert 1–5).

Conclusiones

- Las dificultades fueron percibidas años antes del diagnóstico formal de TDAH.
- Jóvenes y madres describieron dificultades frecuentemente interpretadas como despistes o falta de esfuerzo.
- La ausencia de conductas disruptivas pudo dificultar su detección en el contexto escolar.
- La mayoría refirió empeoramiento de síntomas atencionales y emocionales asociado al periodo menstrual.
- Los hallazgos apoyan una mayor sensibilización sobre el TDAH femenino.



Limitaciones

- Tamaño muestral reducido y diseño retrospectivo
- Cuestionario ad hoc y medidas subjetivas retrospectivas





SENTIDO DE COHERENCIA EN HERMANAS-OS DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA: ESTUDIO TRANSVERSAL COMPARATIVO CON GRUPO CONTROL.

Arturo Rodríguez-Rey^{2,4,*}, Elisabet Tasa-Vinyals^{1,2,4}, María Teresa Plana^{1,2}, Elena de la Serna^{2,3}, Cristina Vilà², Mireia Primé-Tous¹, Ester Pujall, Susana Andrés-Perpiñá^{1,2,3,5}, Josefina Castro-Fornieles^{1,2,3,4}, Itziar Flamarique^{1,2,3*}.

(1) Servicio de psiquiatría y psicología infantil y juvenil, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. (2) Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España. (3) Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. (4) Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España. (5) Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

INTRODUCCIÓN

El Sentido de Coherencia (SOC), formulado por Antonovsky dentro del paradigma salutogénico, constituye un recurso psicológico central, una orientación global y estable para afrontar el estrés y mantener la salud mental. Al mismo tiempo, es más que un recurso psicológico: es la **brújula interna que permite interpretar el mundo como comprensible, manejable y, sobre todo, significativo.**

En la anorexia nerviosa (AN), el foco clínico suele centrarse en la paciente y en los padres. Sin embargo, **las/os hermanas/os viven en silencio** una combinación de sobrecarga emocional, cambios abruptos en la dinámica familiar y una redistribución de roles que altera su propio desarrollo vital.

Explorar el SOC en hermanas/os de pacientes con AN (HEAN) permite iluminar un área prácticamente invisible: cómo la enfermedad erosiona su sentido de propósito y coherencia vital, y qué implicaciones tiene esto para diseñar intervenciones psicosociales familiares completas.

METODOLOGÍA

Estudio transversal comparativo en curso en el Hospital Clínic de Barcelona. Participaron 84 HEAN y un grupo control (86) sin antecedentes familiares de TCA (HEANC), apareados por edad ($t = 1,29$; $p = 0,199$) y género ($\chi^2(1) = 0,85$; $p = 0,355$). Administramos el OLQ-13 que evalúa tres dimensiones mediante 13 ítems: **comprensibilidad** (percibir el mundo como ordenado y predecible; cognitivo), **manejabilidad** (sentirse capaz de afrontar las exigencias y demandas vitales; instrumental y autoeficacia) y la **significatividad** (experimentar la vida como algo motivador y valioso; motivacional). Se realizaron las pruebas Chi cuadrado de Pearson y t de Student para muestras independientes, estimando el tamaño del efecto (d de Cohen) y nivel de significación $p < 0,05$.

Muestra total (170): edad 16,19 (3,25), 87 mujeres (51,2%).
HEAN (84): 15,87 años (3,05), 46 mujeres (54,76%)
HEANC (86): 16,51 años (3,43), 41 mujeres (47,67%).

RESULTADOS

Las dimensiones cognitiva e instrumental del SOC, **comprensibilidad** HEAN $20,80 \pm 5,55$ vs. $21,87 \pm 6,24$ HEANC ($t = 1,18$; $p = 0,238$) y **manejabilidad** $19,93 \pm 4,50$ vs. $20,45 \pm 4,66$ ($t = ,74$; $p = 0,456$), **no mostraron diferencias significativas entre grupos.** Sin embargo, **la dimensión motivacional existencial sí se vio afectada:**
Significatividad: $18,82 \pm 3,99$ (HEAN) vs. $20,73 \pm 3,56$ (HEANC), $t = 3,29$; $p = 0,001$; $d = 0,50$ (**efecto moderado**)
SOC total: $59,49 \pm 11,71$ (HEAN) vs. $63,13 \pm 11,61$ (HEANC), $t = 2,03$; $p = 0,043$; $d = 0,31$.



CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES

El grupo HEAN presenta un SOC global más bajo, con una afectación específica y clínicamente relevante en la significatividad, la dimensión que da dirección, propósito y sentido a la vida.

El patrón es claro: no es que entiendan menos el mundo ni que se sientan menos capaces, es que lo viven como menos valioso, menos motivador, menos lleno de sentido.

Esta vulnerabilidad motivacional-existencial sugiere que la presencia de AN en la familia no solo reorganiza roles y demandas, sino que erosiona silenciosamente la brújula interna de las/os hermanas/os.

Estos hallazgos respaldan la **necesidad de intervenciones familiares que no se limiten a psicoeducar, sino que integren estrategias para:**

- fortalecer el sentido de propósito personal,
- promover la participación activa en la toma de decisiones familiares,
- facilitar la construcción de metas y valores propios,
- y **visibilizar el impacto emocional de "ser hermano/a de la Anorexia Nerviosa".**

EN DEFINITIVA, LA ANOREXIA NO SOLO AFECTA A QUIEN LA PADECE: TAMBIÉN DESAFÍA EL SENTIDO DE COHERENCIA DE QUIENES CRECEN A SU LADO.



Señales clínicas del acoso digital en adolescentes: ansiedad, evitación escolar e ideación suicida. Implicancias para el psiquiatra infantojuvenil



Autores: Espinosa, M.; Martorella, A.; Garrote, N.; Grosso Schiaffino, M.; Leal Marchena, N.; Ruffa, L.; Deprati, M.; Rizzone, C.

Introducción: El ciberacoso es acoso mediante el uso de tecnologías digitales, dentro de una red social, por personas conocidas y desconocidas; ha aumentado con la creciente penetración de ordenadores conectados a la red y teléfonos móviles entre los jóvenes.

- ❑ Comportamiento agresivo intencional y reiterado perpetrado por individuos o grupos por medios electrónicos.
- ❑ Reducción de la empatía de los acosadores
- ❑ Víctimas no pueden defenderse fácilmente.
- ❑ Desequilibrio de poder entre perpetradores y víctimas.
- ❑ Comportamiento cuyo objetivo es asustar, enfadar o avergonzar a la víctima:
- ✓ difundir mentiras o publicar fotos o vídeos comprometedores de alguien en redes sociales
- ✓ enviar mensajes, imágenes o vídeos hirientes, abusivos o amenazantes a través de plataformas de mensajería
- ✓ suplantar la identidad de alguien y enviar mensajes ofensivos a otros en su nombre o mediante cuentas falsas
- ✓ participar en acoso sexual o intimidación utilizando herramientas de inteligencia artificial generativa.

Resultados:

Borramiento de los límites entre lo público, privado e íntimo.

La pantalla da la existencia.

Sólo se es lo que se ve: Cuanto más patología del vacío hay, más exhibición de la intimidad. Es la búsqueda desesperada de una mirada dada por la crisis del desamparo.

Más riesgos a la crueldad y el daño.

Desinhibición on line porque la persona ignora convenciones sociales.

Desregulación emocional.

Asociación con consumo de marihuana.

Teoría de la conducta problemática: aumento de riesgo de incurrir en consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Efectos en la víctima:

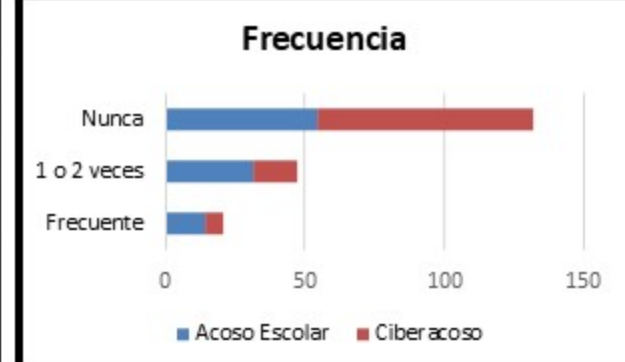
- Mentalmente: sentirse molesto, avergonzado, tonto, incluso asustado o enojado.
- Emocionalmente: sentir vergüenza o perder el interés en las cosas que le gustan.
- Físicamente: cansancio (insomnio) o síntomas como dolor de estómago y de cabeza.
- Autólisis.
- Pérdida de motivación; anhedonia; pensamientos negativos.
- Ausentismo escolar, notas bajas, falta de concentración, baja autoestima, depresión, ansiedad social, autoestima baja, frustración, ira, tristeza, angustia.

Método:

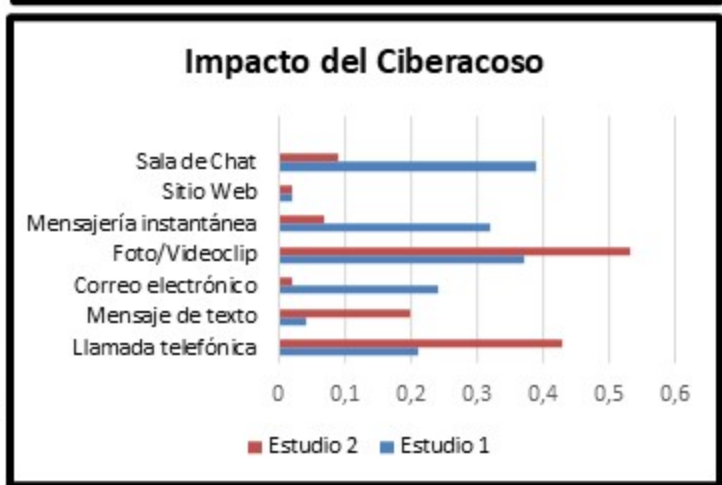
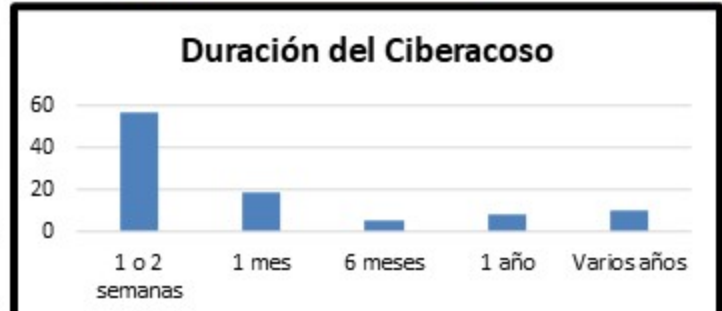
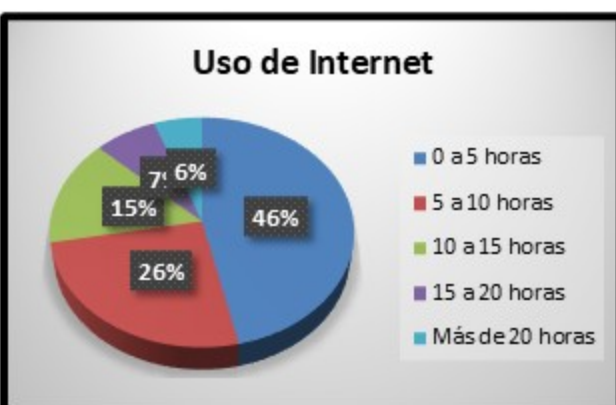
- ❖ Síntesis narrativa de evidencia clínica y epidemiológica reciente centrada en adolescentes de 12 a 17 años.
- ❖ Resumen de hallazgos sobre psicopatología, impacto funcional y patrones sintomáticos según sexo, para orientar la evaluación y la intervención temprana.

Datos Demográficos:

MAYOR PROBABILIDAD DE RIESGO		
Género	Edad	Grupos
Femenino	No significativa	Autismo Caract. Psicológicas



USO DE INTERNET	%
Juegos	72,3
Tareas escolares	68,5
Mensajería instantánea	58,7
Correo electrónico	48,5
Chatts	19,1



Conclusión: El acoso digital debe considerarse un estresor psiquiátrico mayor en la adolescencia. La evaluación rutinaria debería incorporar preguntas estructuradas sobre experiencias online, junto con valoración activa del riesgo suicida: preguntas breves de cribado en todas las consultas con adolescentes; ante detección, implementar plan de seguridad escalonado y coordinación de medidas de protección.



Síndrome de CAPOS ¿Qué posibles repercusiones puede tener en la salud mental infantojuvenil?

Esther Fernández García, Irene Llangostera Martínez, Marta Ortega Sánchez

Introducción

La salud mental infantojuvenil implica con frecuencia el abordaje de síndromes poco prevalentes que presentan repercusiones tanto cognitivas como emocionales, lo que hace que los estudios genéticos y el trabajo multidisciplinar formen parte de la práctica clínica habitual. El síndrome de CAPOS es una entidad rara, con aproximadamente 33 casos descritos a nivel mundial, asociado a mutaciones en el gen *ATP1A3*. Se caracteriza por ataxia cerebelosa, arreflexia, con o sin pies cavos, atrofia óptica e hipoacusia neurosensorial. Habitualmente se manifiesta en la infancia tras un episodio febril agudo, con curso episódico y posterior estabilización con secuelas neurológicas. Se presenta el caso de un menor diagnosticado de este síndrome, derivado desde neuropediatría a salud mental infantil.

Descripción del caso

Varón de 9 años derivado a salud mental infantil con diagnóstico previo de síndrome de CAPOS. Acude acompañado por su padre. Fenotípicamente no se observan alteraciones dismórficas relevantes, aunque presenta marcha inestable y torpeza motora fina. Durante la entrevista establece un contacto adecuado, con actitud colaboradora, lenguaje acorde a su edad y respuestas adaptadas al contexto. Se objetiva buena reserva cognitiva, en consonancia con su adecuado rendimiento escolar.

El motivo de derivación se centra en dificultades en el ámbito académico, especialmente en tareas grafomotoras (escritura y coloreado), atribuibles a la dismetría y la afectación cerebelosa. Estas limitaciones condicionan enlentecimiento en la ejecución, aumento del esfuerzo y comparación negativa con iguales. Como consecuencia, presenta episodios de irritabilidad, llanto, baja tolerancia a la frustración y verbalizaciones de inseguridad, con impacto en su autoestima.

Discusión

Las enfermedades neurológicas raras en la infancia no solo implican dificultades médicas, sino también un impacto relevante en el bienestar emocional y social del menor. Las limitaciones motoras pueden interferir en actividades escolares y de interacción con iguales, generando frustración, sentimientos de exclusión o baja autoestima.

A ello se suma la vivencia subjetiva de la diferencia, especialmente en etapas donde la pertenencia al grupo es clave. Algunos niños pueden desarrollar una autoexigencia elevada como forma de compensación, lo que aumenta el riesgo de ansiedad o sintomatología depresiva cuando no logran cumplir sus propias expectativas.

El entorno juega un papel fundamental: la falta de comprensión o las respuestas inadecuadas pueden intensificar el malestar. Por ello, es esencial detectar precozmente las dificultades emocionales y promover una intervención coordinada entre neuropediatría, salud mental, familia y escuela, que favorezca una atención integral y ajustada a las necesidades del menor.

Asimismo, resulta importante incorporar intervenciones centradas en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y estrategias de afrontamiento, que ayuden al menor a gestionar la frustración, mejorar su autoconcepto y favorecer su participación activa. El acompañamiento psicológico y el apoyo psicoeducativo no solo benefician al niño, sino que también orientan a la familia y al entorno escolar en la creación de contextos más comprensivos e inclusivos.

Conclusión

El abordaje psicoterapéutico orientado al manejo emocional, la tolerancia a la frustración y el refuerzo de la autoestima, junto con adaptaciones escolares específicas, puede favorecer la adaptación funcional y el bienestar psicológico en pacientes pediátricos con enfermedades neurológicas raras. La intervención precoz y multidisciplinar resulta clave en la prevención de comorbilidad afectiva.

Referencias

García-Moreno H, et al. Un nuevo caso de síndrome CAPOS. Neurología. 2020.
Núñez P, et al. Síndrome CAPOS: reporte de caso. Arch Domin Pediatr. 2019.



SINDROME PANDAS

Martín Carballada, Julia(1) Aparicio Reinoso, M. Teresa (2) De Cos Milas, Ana(3) Güerre Lobera, Maria José (4) Chinchurreta De Lora, Nuria Esther (5)
1. CSM FUENCARRAL-CASTROVIEJO, 2. HOSPITAL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS, 3. CSM MIRAFLORES, ALCOBENDAS, 4. CSM VILLASVERDE, 5. USMIJ IBIZA

INTRODUCCIÓN:

El trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado a estreptococo, también conocido por su acrónimo PANDAS (derivado del inglés Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococci), es el nombre que se utiliza en Medicina para designar una rara enfermedad pediátrica que fue descrita por primera vez en el año 1988, en niños que presentaban una serie de síntomas neurológicos que consistían en tics y movimientos involuntarios, asociados a trastornos psiquiátricos de tipo obsesivo-compulsivo. Estos síntomas se presentaban de forma intermitente, con agravamientos bruscos y se relacionaban con infecciones previas por estreptococos.

METODOLOGÍA:

La causa y los mecanismos que desencadenan la enfermedad se encuentran en estudio, se ha postulado la existencia de una predisposición individual, como consecuencia de la cual, cuando un niño presenta una infección por un tipo de microorganismo llamado estreptococo beta hemolítico del grupo A, se desencadena una respuesta inmune anormal, con la formación de autoanticuerpos contra ciertas estructuras cerebrales (especialmente los ganglios basales, que causan un engrosamiento de los mismos), lo que originaría los síntomas.

Todo hace pensar que existe una relación entre este trastorno y otras enfermedades neurológicas con las que guarda muchas similitudes, como la corea de Sydenham y el síndrome de Tourette.

Para establecer el **diagnóstico de PANDAS**, se deben cumplir varios criterios:

- Presencia de trastorno por tics o trastorno obsesivo compulsivo.
- El comienzo de los síntomas debe tener lugar en una franja de edad comprendida entre los 3 años y el inicio de la pubertad.
- La enfermedad debe seguir un curso caracterizado por el comienzo brusco de los síntomas con agudizaciones periódicas frecuentes que se inician de forma dramática.
- El inicio de los síntomas y las reagudizaciones deben estar relacionadas con infecciones faríngeas previas por estreptococo beta hemolítico del grupo A.
- Los síntomas neurológicos como los tics, los movimientos anómalos similares a los que se producen en la corea, la hiperactividad motora y los trastornos obsesivos, deben fluctuar en intensidad guardando relación temporal con la infección por estreptococo.
- No existe ninguna prueba complementaria como estudio de imagen o test de laboratorio que establezca por sí misma el diagnóstico, pues este se basa principalmente en la observación de los síntomas. Puede ser útil la realización de un frotis faríngeo para comprobar la presencia de estreptococo y la determinación de anticuerpos antiestreptolisina en sangre (ASLO).

RESULTADOS:

Los PANDAS se consideran trastornos pediátricos y típicamente aparecen primero en la niñez, a partir de los 3 años hasta la pubertad. Las reacciones a las infecciones por estreptococos son muy poco frecuentes después de los 12 años, pero los investigadores reconocen que los PANDAS podrían ocurrir, aunque rara vez, en la adolescencia. Es poco probable que alguien tenga síntomas neuropsiquiátricos después de una infección por estreptococos por primera vez como un adulto, pero esto no se ha estudiado a profundidad.

Es posible que los adolescentes y los adultos puedan tener el trastorno obsesivo-compulsivo inmunomediado, pero no se conocen de casos.

Algunos estudios sugieren que alrededor del 95 % de los niños superarán el PANS o el PANDAS en la adolescencia o en la adultez temprana, cuando su sistema inmunitario madura por completo.

CONCLUSIONES:

Los PANDAS se caracterizan por un inicio precoz de los síntomas, predominio del sexo masculino, exacerbaciones sintomáticas súbitas relacionadas con infecciones por estreptococos y asociación frecuente a hiperactividad motora, impulsividad e inatención.

En algunos individuos tras una infección por Estreptococo B-hemolítico del grupo A (EBHGA), se originaría un proceso autoinmune postinfeccioso que llevaría desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos y tics, aunque puede ser muy difícil demostrar la infección previa, debido a que los frotis faríngeos pueden ser negativos y a que las titulaciones de anticuerpos antiestreptolisina (ASLO) pueden presentarse desde un tiempo anterior a la presencia de los síntomas agudos, siendo difícil establecer la relación causal entre el EBHGA y los síntomas neuropsiquiátricos de infección aguda por esos microorganismos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Anales de Pediatría, vol 62, número 5, ed. (2005). «Trastornos neuropsiquiátricos asociados a estreptococo». Consultado el 4 de diciembre de 2009.
- Xu, J., Frankovich, J., Liu, R. J., Thienemann, M., Silverman, M. et al. Elevated antibody binding to striatal cholinergic interneurons in patients with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome. Brain, Behavior, and Immunity. 2024;22: 241-55. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.07.0446>.
- Sigra S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2018;86: 51-65. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.0017>.



SOLAPAMIENTO FENOMENOLÓGICO ENTRE TOC Y TEA EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Vidaurrazaga R, Oliveras A, Garcia J, Anta A, Forcelledo C, Esteve M, Gracia R, Palao D.
Servicio de psiquiatría infanto-juvenil - Hospital Parc Tauli Sabadell

INTRODUCCIÓN

El solapamiento entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) plantea dificultades diagnósticas en la adolescencia, especialmente cuando la sintomatología obsesiva emerge sobre rigidez cognitiva y ritualización premórbida.

Se estima que entre **17-37%** de jóvenes con TEA presentan síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos, lo que dificulta diferenciar compulsiones egodistónicas y conductas repetitivas egosintónicas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 16 años que acude a urgencias por incremento de ideas obsesivas de culpa y daño tras el fallecimiento de su mascota, asociadas a pensamiento mágico y compulsiones de:

- Lavado
- Comprobación
- Repetición

→ Interferencia académica significativa.



TRATAMIENTO INICIAL

Se inició tratamiento farmacológico y psicoterapéutico con:

- Sertralina hasta 150 mg/día
- Clonazepam

+ Exposición con prevención de respuesta (EPR)

Evolución: mejoría parcial de las obsesiones y compulsiones.

SEGUIMIENTO Y HALLAZGOS ADICIONALES

En seguimiento se identificaron rasgos y antecedentes compatibles con un trastorno del neurodesarrollo:

- Ritualización de orden desde la infancia
- Necesidad de anticipación e inflexibilidad
- Hipersensibilidad sensorial
- Intereses restringidos
- Dificultades en comprensión de ironía y teoría de la mente

Cribado con SCQ (Social Communication Questionnaire): **resultado clínicamente significativo** → posible TEA no diagnosticado previamente.

MENSAJE CLAVE

En adolescentes con TOC grave y rigidez persistente desde la infancia, la exploración sistemática de TEA puede modificar significativamente la formulación diagnóstica y el abordaje terapéutico.



SOLAPAMIENTO FENOMENOLÓGICO



DIFERENCIAS CLAVE

TOC		TEA
Egodistónico	↔	Egosintónico
Neutralizar ansiedad	↔	Autorregulación / predictibilidad
Inicio más brusco	↔	Desde la infancia
Pensamientos intrusivos	↔	Rigidez / Invariabilidad

EVALUACIÓN

• Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

• SCQ (Social Communication Questionnaire)

Resultado clínicamente significativo para TEA

EVOLUCIÓN CLÍNICA



ANTECEDENTES Y RASGOS DE NEURODESARROLLO

- Ritualización de orden desde la infancia
- Necesidad marcada de anticipación
- Rigidez cognitiva y dificultades ante cambios
- Hipersensibilidad sensorial
- Intereses restringidos
- Dificultades en comprensión de ironía y lenguaje no literal
- Alteraciones en teoría de la mente y reciprocidad social

Estos rasgos orientan hacia la posibilidad de TEA no diagnosticado previamente.

DISCUSIÓN

La coexistencia de TOC y TEA es frecuente y desafiante a nivel clínico. Los rasgos de rigidez, necesidad de predictibilidad, intereses restringidos y dificultades socio-comunicativas pueden subyacer a la presentación del TOC o amplificar su expresión.

Diferenciar compulsiones egodistónicas (TOC) de conductas repetitivas egosintónicas (TEA) es esencial para una adecuada formulación clínica y un plan terapéutico eficaz.

La identificación de un posible trastorno del neurodesarrollo en la adolescencia permite adaptar las intervenciones, mejorar la adherencia y reducir la carga funcional.

CONCLUSIONES

- En adolescentes con TOC grave y rigidez persistente desde la infancia, es fundamental explorar sistemáticamente TEA para optimizar diagnóstico y tratamiento.
- La presencia de rigidez cognitiva y dificultades socio-comunicativas desde la infancia debe motivar la exploración sistemática de TEA.
- Diferenciar compulsiones egodistónicas de conductas repetitivas egosintónicas es esencial para la formulación clínica.
- La identificación de un trastorno del neurodesarrollo puede modificar el abordaje terapéutico y el pronóstico funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
- Russell AJ, Mataix-Cols D, Anson M, Murphy DG. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(2):145-158.
- van Steensel FJA, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(3):302-317.
- Lewin AB, Wood JJ, Gunderson S, Murphy TK, Storch EA. Phenomenology of comorbid autism spectrum and obsessive-compulsive disorders in children. *J Dev Phys Disabil*. 2015;27(4):S43-S53.
- Fineberg NA, Hollander E, Pallanti S, Walitza S, Grünblatt E, Dell'Oso B, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:52.
- Postorino V, Kerns CM, Vivanti G, Bradshaw J, Siracusano M, Mazzone L. Anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder in individuals with autism spectrum disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(12):92.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de los progenitores y asentimiento del paciente.



SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE GUERRA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA Y EXPERIENCIA ASISTENCIAL CON FAMILIAS PROCEDENTES DE GAZA

Bilbao Goikoetxea, I.⁽¹⁾; Goena Vives, J.⁽²⁾; González Anido, A.⁽³⁾; Nieto Carricajo, S.⁽¹⁾; Otaola González, M.⁽¹⁾; Sesma Pardo, E.⁽⁴⁾; Fernández Rivas, A.⁽⁵⁾; González Torres, MA.⁽⁵⁾

⁽¹⁾Residente de Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Universitario de Basurto; ⁽²⁾Psiquiatra Infantojuvenil, Hospital Universitario de Basurto; ⁽³⁾Psicóloga clínica Infantojuvenil, Hospital Universitario de Basurto; ⁽⁴⁾Psiquiatra Infantojuvenil, Hospital Universitario de Basurto, Profesor asociado a la UPV; Jefe de Sección de Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Universitario de Basurto, Profesor asociado a la UPV; ⁽⁵⁾Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Profesor asociado a la UPV.

Introducción

En la actualidad, la situación de la infancia en contextos de conflicto armado es alarmante, estimándose que aproximadamente 473 millones de niños (uno de cada seis a nivel mundial) viven en zonas de guerra. Desde el año 2020, se ha registrado un incremento del 92% en esta población, confirmando una tendencia donde la infancia se ha convertido en un objetivo estratégico de la guerra moderna, evidenciado por los más de 266,000 casos de violaciones graves verificadas por la ONU desde 2005, que incluyen asesinatos, mutilaciones y reclutamientos forzados.

Desde una perspectiva etiopatogénica, el impacto psicopatológico en el menor no depende únicamente de la exposición directa a la violencia de la guerra. Modelos ecosistémicos recientes sugieren que la acumulación de estresores cotidianos tras el conflicto (como la pobreza, el hacinamiento, la inseguridad alimentaria y la falta de escolarización) actúan como predictores de psicopatología más relevantes que la propia exposición a las bombas.

Bajo este enfoque ecológico y sistémico, el presente trabajo tiene como objetivo integrar la evidencia científica más reciente con la experiencia asistencial directa desarrollada en un dispositivo de psiquiatría infantil en Bizkaia, donde se atiende a familias procedentes de Gaza bajo protección internacional, analizando los procesos de resiliencia y los desafíos terapéuticos en esta población de alta vulnerabilidad.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa basada en búsqueda en PubMed/MEDLINE, PsycINFO, EMBASE y Cochrane, priorizando revisiones sistemáticas y estudios sobre salud mental infantil en guerra y desplazamiento. Los hallazgos de la literatura se integraron utilizando como base la experiencia en un programa asistencial de evaluación e intervención a familias atendidas tras migración forzada reciente con enfoque ecosistémico y sensibilidad cultural. Este marco sirvió para organizar la evidencia según las necesidades pragmáticas de intervención en familias desplazadas, priorizando el fortalecimiento de las figuras de cuidado y la estabilización ambiental.

Resultados

Magnitud del Impacto y Carga Psicopatológica Global

Los metaanálisis de referencia revelan una prevalencia masiva de trastornos mentales en menores refugiados y desplazados:

- **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):** Se sitúa en un 22,7% de forma general, alcanzando un 29,4% específicamente en población adolescente expuesta a la guerra.
- **Comorbilidad:** Se reportan tasas significativas de depresión (13,8%), trastornos de ansiedad (15,7%) y TDAH (8,6%).
- **Vulnerabilidad Suicida:** En adolescentes, la ideación y las conductas suicidas pueden alcanzar hasta el 34%.

Mediadores Ecosistémicos y Etiopatogenia del Daño

- El "Escudo Protector" Familiar: La salud mental de los cuidadores es el factor protector más crítico y consistente. El daño más grave no es el bombardeo en sí, sino la separación física o emocional de las figuras de apego ("huérfanos artificiales"). Un cuidador traumatizado tiene dificultades para modular la excitación del niño, lo que puede derivar en crianza severa (harsh parenting) o sobreprotección.
- La **resiliencia** en la infancia no es un rasgo estático de invulnerabilidad, sino un proceso dinámico y multisistémico que surge de la interacción entre el menor y su entorno a través de diversos niveles interconectados.



Perspectiva Psicodinámica: El Yo ante el Desamparo

- **Validación de la Agresividad:** La destrucción externa «confirma» los impulsos agresivos internos del niño. Esto dificulta la tarea educativa de canalizar la agresión y genera una profunda culpa por pensamiento mágico, al creer el niño que sus «malos deseos» causaron la destrucción real.
- **Regresión Defensiva:** Ante la pérdida del vínculo, el niño pierde el motivo para ser «social». Se observa un abandono de logros evolutivos (limpieza, lenguaje) y un retorno al «amor de estómago», donde el niño solo valora al adulto por la satisfacción de necesidades materiales inmediatas.
- **Contagio de Ansiedad:** El niño carece de filtros propios y actúa como espejo de sus cuidadores. Experimenta una «simpatía animal» donde su cuerpo reacciona a la angustia detectada en el rostro del adulto antes que al peligro real del conflicto.



Fenomenología Clínica y Manifestaciones por Etapa Evolutiva

- **Primera Infancia (0-6 años):** Predominan las conductas regresivas, como la pérdida de hitos ya alcanzados (enuresis y encopresis secundarias) y la pérdida del habla. Es característico el juego postraumático, definido como repetitivo, rígido y literal que carece de la función placentera del juego normal y funciona como un intento fallido de asimilación.
- **Niñez Media (6-12 años):** Se observa un deterioro funcional evidenciado por problemas de concentración, inatención y bajo rendimiento académico. En la esfera emocional, destaca el impacto del pensamiento mágico, donde el niño desarrolla sentimientos de culpa irracionales al creer que sus pensamientos causaron el daño a sus seres queridos.
- **Adolescencia (12-18 años):** Presentan las tasas más altas de psicopatología estructurada. La destrucción del tejido social a menudo obliga a una "pseudoadultez" o asunción de roles adultos prematuros, lo que genera crisis de identidad y una mayor tendencia a la externalización de la agresividad y al abuso de sustancias como mecanismos de afrontamiento disfuncionales.

Eficacia de las Intervenciones Terapéuticas y Psicosociales

La evidencia respalda un modelo de intervención escalonado donde la estabilización ambiental es la prioridad inicial:

- **Psicoterapias de Primera Línea:** La Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma (TF-CBT) y la Terapia de Exposición Narrativa (NET/KIDNET) muestran los mayores tamaños de efecto, especialmente cuando integran la participación activa de los cuidadores.
- **Intervenciones Basadas en el Juego:** Modelos como TraumaPlay permiten la elaboración simbólica de la experiencia, convirtiendo la vivencia pasiva del trauma en una acción activa para ganar control sobre el relato.
- **Programas Escolares:** Intervenciones como TRT (Teaching Recovery Techniques) y ERASE-Stress, mediada por profesores, son eficaces para normalizar el trauma y reducir el aislamiento social en entornos de bajos recursos.
- **Terapia de grupo:** el formato grupal presenta varios beneficios como la normalización, apoyo mutuo o reducción de aislamiento y desesperanza. Los grupos proporcionan estructura, rutina y predictibilidad en situaciones en las que la incertidumbre puede estar muy presente.
- **Manejo Farmacológico:** Según guías de la OMS (mhGAP), la psicofarmacología no es de primera línea para el estrés agudo en menores; el uso de benzodiazepinas y antidepresivos debe ser un último recurso adjunto si las terapias psicológicas fallan.

Discusión y conclusiones

El abordaje del sufrimiento mental infantil en contextos bélicos exige un cambio de paradigma: pasar del tratamiento exclusivo de la psicopatología individual a un enfoque socio-ecológico y sistémico. La evidencia establece que la estabilización ambiental (vivienda, seguridad, alimentación y escolarización) debe ser la prioridad de primera línea, ya que los estresores cotidianos de la posmigración suelen predecir el ajuste emocional con mayor potencia que la propia exposición a la violencia del combate. Restaurar la previsibilidad del entorno y la rutina escolar funciona como una medida esencial que permite al menor recuperar su agencia social y dejar de ser un sujeto pasivo para convertirse en sujeto activo en su propia recuperación.

La recuperación del menor es inseparable del fortalecimiento de su entorno representado por la salud mental y la capacidad de regulación de sus cuidadores. Se concluye que las intervenciones más eficaces son aquellas que integran el apoyo a la parentalidad con psicoterapias de primera línea basadas en la evidencia. Finalmente, siguiendo el consenso internacional de la OMS, se desaconseja el uso de psicofarmacología como tratamiento de primera línea para el estrés agudo, el insomnio o el duelo en niños, priorizando siempre la seguridad relacional y el respeto a los ritmos naturales de procesamiento del trauma.

Bibliografía



Trayectoria del TDAH en mujeres jóvenes y adultas: Estudio piloto sobre detección, impacto de los cambios hormonales y consecuencias del retraso diagnóstico.

AUTORES: GÓMEZ-SUÁREZ, A.F., GARCÍA TERRÓN, A., FERRER VÁZQUEZ, E.
FUNDACIÓN INGADA: INSTITUTO GALLEGO DEL TDAH Y TRASTORNOS ASOCIADOS



Introducción:

El TDAH en mujeres continúa infradiagnosticándose respecto a los varones. El predominio de síntomas internalizantes, inatención y estrategias compensatorias puede dificultar su reconocimiento y retrasar el diagnóstico. Estas características se han relacionado con dificultades emocionales y funcionales persistentes en mujeres con TDAH.



Objetivo y Metodología:

Estudio piloto retrospectivo para explorar retraso diagnóstico, dificultades de reconocimiento del TDAH y percepción de cambios hormonales en mujeres jóvenes con TDAH (18–23 años; n=10) y mujeres adultas diagnosticadas tardíamente (30–55 años; n=26). Se utilizaron cuestionarios retrospectivos autoinformados y análisis descriptivos y exploratorios.



Resultados:



RETRASO DIAGNÓSTICO EN EL TDAH FEMENINO

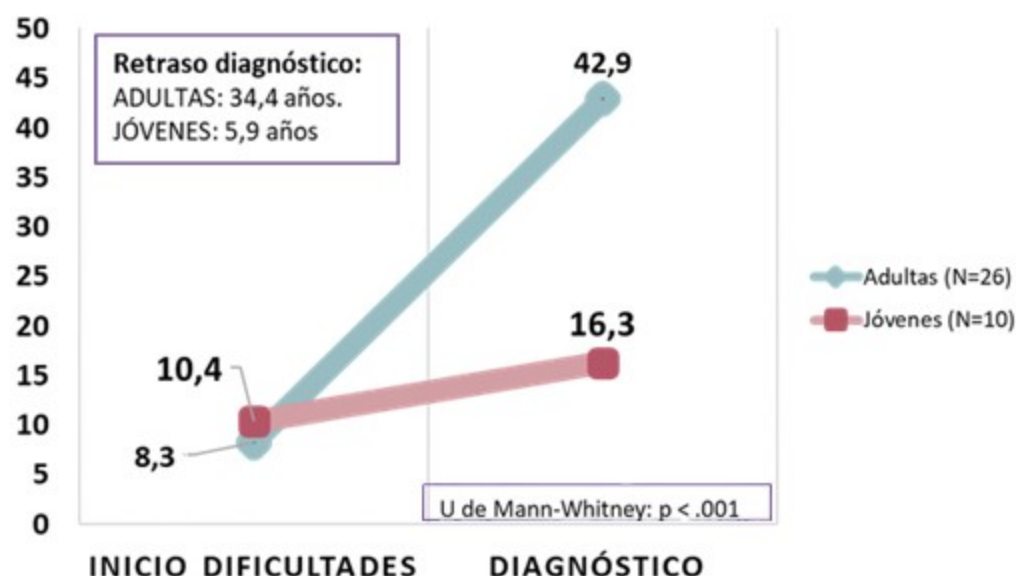


Figura 1. Edad media de inicio de dificultades y edad media de diagnóstico formal de TDAH en mujeres jóvenes y adultas (U de Mann-Whitney: $p < .001$).

RECONOCIMIENTO E INTERPRETACION DE LAS DIFICULTADES ANTES DEL DIAGNÓSTICO

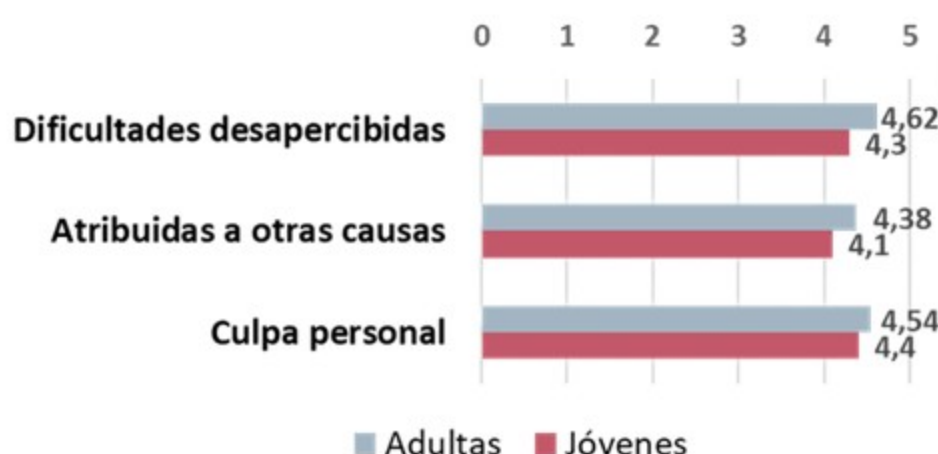


Figura 2. Reconocimiento retrospectivo e interpretación de dificultades asociadas al TDAH antes del diagnóstico formal.

PERCEPCIÓN IMPACTO CAMBIOS HORMONALES E INATENCIÓN

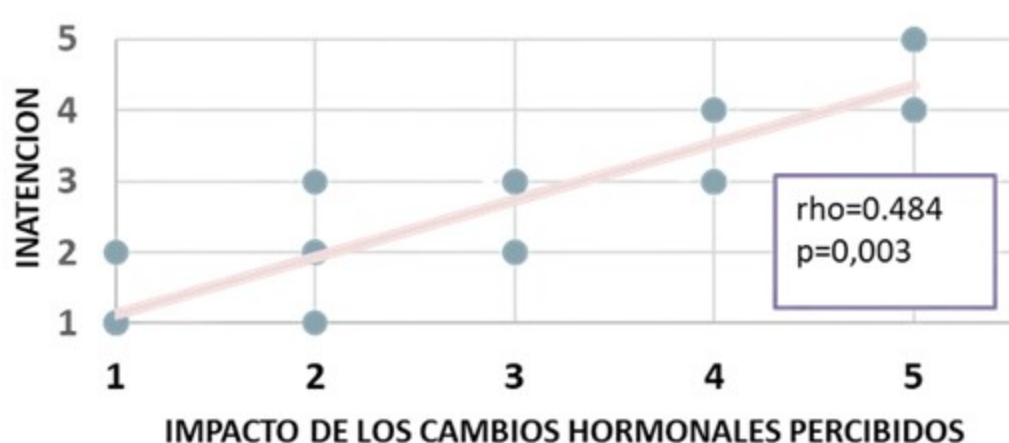


Figura 3. Asociación entre percepción de cambios hormonales y síntomas atencionales en mujeres con TDAH ($\rho = 0.484$; $p = .003$).

Consecuencias funcionales y emocionales

Un mayor retraso diagnóstico se asoció con peor funcionamiento ejecutivo ($\rho = 0.393$; $p = .019$).

Variable	Adultas	Jóvenes
PHQ-4	7,81	7,90
Rosenberg	23,31	23,60

Tabla 1. Puntuaciones descriptivas de sintomatología emocional (PHQ-4) y autoestima (Escala de Rosenberg) en mujeres jóvenes y adultas con TDAH.

Conclusiones:

- El TDAH femenino continúa presentando importantes dificultades de detección y reconocimiento clínico.
- Las mujeres adultas mostraron un retraso diagnóstico marcadamente superior respecto a las jóvenes.
- La percepción de cambios hormonales se asoció con mayores dificultades atencionales.
- Ambos grupos mostraron elevada carga emocional y baja autoestima, compatibles con un perfil internalizante.
- El retraso diagnóstico se relacionó con peor funcionamiento ejecutivo.



Limitaciones:

Diseño retrospectivo, tamaño muestral reducido y medidas autoinformadas.



Trayectorias asistenciales en salud mental desde la adolescencia a la edad adulta: resultados de la cohorte ARCOS

Carballo Belloso, Juan José (1) Moreno Ramírez, Marina (2) Gallego de la Sacristina González, Helena (3) Muñoz Lopez, Cristina (3) Vega Mendez Cabeza, María (3) Alamar Perez, Marta (1) García Martínez, Noé (1)
Hospital Universitario Jiménez Díaz Hospital Universitario Infanta Elena Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Introducción

Las conductas autolesivas en la adolescencia son un problema de salud pública. Se han relacionado con desregulación emocional y conductual. En muestras clínicas, aproximadamente la mitad de adolescentes refieren al menos una conducta autolesiva en su vida. Existe escasa evidencia sobre la continuidad asistencial en esta población.

Metodología

Estudio observacional de seguimiento de pacientes de la cohorte ARCOS de la FJD. Se consideraron casos con conductas autolesivas aquellos con respuesta afirmativa en la SITBI. Se compararon variables sociodemográficas y clínicas mediante pruebas no paramétricas y chi-cuadrado

Resultados

La muestra incluyó 127 pacientes. La edad media fue de 28,5 años. 16 pacientes (12,6%) mantenían contacto en salud mental de adultos. Más continuidad asistencial en mujeres que en varones (19,1% vs. 8,8%). Hubo diferencias en el SDQ parental en problemas de conducta e hiperactividad y desregulación.

Conclusiones

Una minoría mantiene contacto con salud mental de adultos una década después. La continuidad asistencial se asoció con mayores síntomas externalizantes y desregulación emocional y conductual en la adolescencia.

Referencias

Beauchaine TP, Cicchetti D. Emotion dysregulation and emerging psychopathology: a transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *DevPsychopathol.* 2019;31(3):799-804

Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8(3):137-145.

García-Nieto R, Blasco-Fontecilla H, Paz Yepes M, Baca-García E. Translation and validation of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview in a Spanish population with suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013;6(3):101-108.



Uso Off Label de N-Acetilcisteína en el tratamiento de trastorno por control de impulsos (tricotilomanía)

Casado De la Torre, Patricia ¹; Llangostera Martínez, Irene ¹; Ortega Sánchez, Marta ¹
¹ Hospital Universitario Punta Europa, Algeciras, Cádiz, España

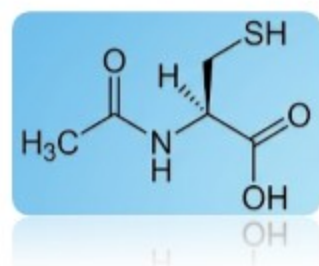
Introducción

La tricotilomanía es una condición consistente en la compulsión de arrancarse el propio cabello, pudiendo acontecer en cualquier zona con folículo piloso. Según DSM-5 se clasifica dentro de los trastornos obsesivos compulsivos, pero la CIE-11 lo considera dentro de los trastornos del control de impulsos.

Descripción del caso clínico

Paciente de 9 años con diagnóstico de TEA 1. Hace un año comienza a presentar ánimo bajo y síntomas de ansiedad, coincidiendo con situación de acoso escolar. Su familia detecta zonas sin cabello a nivel frontal. Dermatología descarta patología orgánica. Iniciamos abordaje con TCC, serralina y rivotril. Al mes el paciente muestra empeoramiento con extensión alopecica, se decide incrementar el ISRS pero regresa a las tres semanas por ausencia de mejoría. Planeamos iniciar N-Acetilcisteína (NAC) 1200 mg apreciándose buena tolerancia y remisión completa a los tres meses.

Discusión



NAC es un modulador glutamatérgico, lo que podría reducir las conductas compulsivas al actuar sobre la vía corticoestriatal y núcleo accumbens,(1).

Un estudio con niños, demostró una reducción notable en la puntuación total de CY BOCS en comparación con placebo a partir de las 8 semanas,(2).

En adultos los resultados parecen replicarse con mejoras a partir de la semana 9 de tratamiento, siendo más consistentes que en niños,(3).

La dosis efectiva es incierta, especialmente en poblaciones pediátricas,(1).

Conclusiones

Los moduladores glutamatérgicos son vías que merecen la pena explorar, ya que muchos pacientes no responden a los tratamientos de primera línea. Resulta difícil extrapolar resultados debido al pequeño tamaño muestral.

Referencias

1. Lee DK, et al. The potential of N-acetylcysteine for treatment of trichotillomania, excoriation disorder, onychophagia, and onychotillomania: an updated literature review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(11):6370.
2. Li F, Welling MC, et al. N-acetylcysteine for pediatric obsessive-compulsive disorder: a small pilot study. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2020;30(1):32-37.
3. Dean O, et al. N-acetylcysteine in psychiatry: current therapeutic evidence and potential mechanisms of action. J Psychiatry Neurosci. 2011;36(2):78-86.



Utilidad del ADOS-2 en una consulta específica de evaluación diagnóstica de TEA infanto-juvenil en casos clínicamente dudosos

*Paricio del Castillo, Rocío (1); Guzmán de Lázaro, Ana (1); Mallo Castaño, Leticia (1);
García Murillo, Lourdes (1); Arias, Ruth (1); Palanca Maresca, Inmaculada (1).
(1) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda).*

Introducción

El diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la infancia puede resultar especialmente complejo cuando la historia del desarrollo es incompleta o la sintomatología presenta rasgos atípicos. En este contexto, el uso de instrumentos estandarizados contribuye a mejorar la consistencia del juicio clínico y a reducir la variabilidad interevaluador.

El ADOS-2 se considera una herramienta de referencia en la evaluación observacional estructurada del TEA, integrada habitualmente en procesos diagnósticos multimodales.

El presente estudio analiza la proporción de pacientes que alcanzan puntuaciones compatibles con TEA en el ADOS-2 dentro de una consulta monográfica especializada.

Objetivos

- Analizar la distribución de resultados del ADOS-2 en una muestra clínica evaluadas en una consulta específica de autismo con sospecha diagnóstica incierta
- Explorar su utilidad como herramienta de apoyo en contextos de duda diagnóstica

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de las evaluaciones realizadas entre junio y diciembre de 2025 en una consulta específica de diagnóstico de TEA infanto-juvenil.

Criterios de inclusión:

Pacientes derivados desde Neuropediatría o Centros de Salud Mental por sospecha de autismo y presencia de dudas diagnósticas tras evaluación clínica inicial.

Procedimiento:

- Administración sistemática del ADOS-2 dentro del proceso diagnóstico habitual
- Recogida de puntuaciones globales

Resultados

- Muestra total: 75 pacientes- Edad media: 10,27 años (DE = 4,35)
- Rango: 2–18 años
- Mediana: 11 años

Distribución:

- 54,7%: puntuaciones compatibles con TEA
- 45,3%: por debajo del punto de corte

Discusión

La proporción observada de resultados positivos en el ADOS-2 debe interpretarse a la luz de la naturaleza de la muestra, compuesta por casos previamente seleccionados por incertidumbre diagnóstica. En este contexto, el instrumento muestra una elevada sensibilidad para detectar perfiles compatibles con Trastorno del Espectro Autista, aunque esta característica se acompaña de un riesgo no despreciable de falsos positivos.

Diversos factores pueden contribuir a este fenómeno.

Entre ellos, la presencia de dificultades pragmáticas del lenguaje, trastornos de ansiedad social, cuadros internalizantes o alteraciones en la regulación emocional pueden generar conductas observacionales que incrementan la puntuación sin corresponder a un fenotipo autista nuclear.

Asimismo, determinados perfiles de trastornos del neurodesarrollo, como el TDAH o los trastornos del lenguaje, pueden compartir manifestaciones superficiales en la interacción social evaluada estructuralmente.

Por otro lado, la existencia de falsos negativos también debe considerarse, especialmente en pacientes con alto nivel cognitivo, estrategias compensatorias desarrolladas o sintomatología más sutil, donde la conducta observada en un contexto estructurado puede no reflejar adecuadamente las dificultades en entornos naturales.

Estos elementos refuerzan la necesidad de integrar los resultados del ADOS-2 dentro de una historia clínica amplia, en la que la historia del desarrollo adquiere un valor central. La información longitudinal, incluyendo hitos tempranos, patrones de interacción y evolución sintomática, permite contextualizar los hallazgos observacionales y discriminar entre rasgos persistentes y manifestaciones reactivas o situacionales.

Asimismo, el proceso diagnóstico requiere un adecuado diagnóstico diferencial con otros cuadros psicopatológicos de la infancia. Entre ellos, destacan los trastornos de la comunicación social, los trastornos de ansiedad, los trastornos del apego, el TDAH y determinadas presentaciones del trauma temprano. La diferenciación exige una evaluación clínica experta que combine múltiples fuentes de información y no dependa exclusivamente de un instrumento estandarizado.

En conjunto, el ADOS-2 aporta un marco estructurado de observación altamente valioso, pero su interpretación aislada puede inducir a errores diagnósticos si no se integra en un proceso clínico más amplio.

Conclusiones

La implementación de consultas monográficas junto con el uso sistemático de herramientas estandarizadas como el ADOS-2 permite:

- Reducir la incertidumbre en casos complejos
- Mejorar la precisión diagnóstica mediante integración multimodal
- Optimizar la toma de decisiones terapéuticas

Su utilidad máxima se alcanza cuando los resultados se interpretan en relación con la historia del desarrollo y dentro de un proceso riguroso de diagnóstico diferencial.

Referencias

Catherine Lord et al. (2020). Autism spectrum disorder. Nature Reviews Disease Primers, 6(1), 5.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>



EVOLUCIÓN DE LA EFICACIA ATENCIONAL Y EL ESTILO COGNITIVO EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE DÍA

Motilla-Pastor N.¹, García-Montoliu C.¹, Espinosa-Mata M.², Ruiz-Palomino E.¹, Real-López M.^{1, 3}

1. Universitat Jaume I | 2. Hospital General Universitario de Castellón | 3. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

INTRODUCCIÓN

El **trastorno mental grave (TMG)** en la **adolescencia** suele cursar con **déficits en atención sostenida y control inhibitorio**, factores asociados al desajuste académico y psicosocial en esta población (1, 2). Los **Hospitales de Día (HD)** proporcionan un entorno terapéutico intensivo orientado a mejorar la capacidad de autorregulación (3).

Objetivo:

El objetivo fue analizar el **cambio en la eficacia atencional y el control de la impulsividad** tras la intervención en HD, explorando la **influencia de variables sociodemográficas y clínicas**.

MATERIAL Y MÉTODOS



Muestra:

N = 84 adolescentes con TMG atendidos en el **HD Infanto-Juvenil de Castellón** (39,3% mujeres; 10–17 años; M = 13,94; DE = 1,433).

Instrumento:

Prueba CARAS-R:

- Eficacia atencional (aciertos netos)
- Índice de Control de Impulsividad (ICI)



Diseño:

Estudio **longitudinal de medidas repetidas**. Evaluaciones al **ingreso y al alta** del HD.

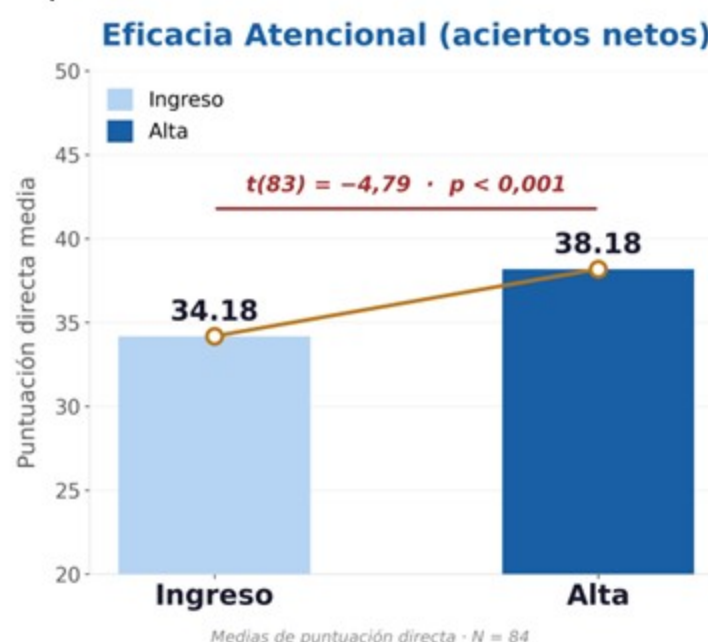
Análisis:

t de Student para muestras relacionadas. Exploración de **variables sociodemográficas** (edad, sexo) y **clínicas** (diagnóstico y duración ingreso) como posibles **moderadores** del cambio.

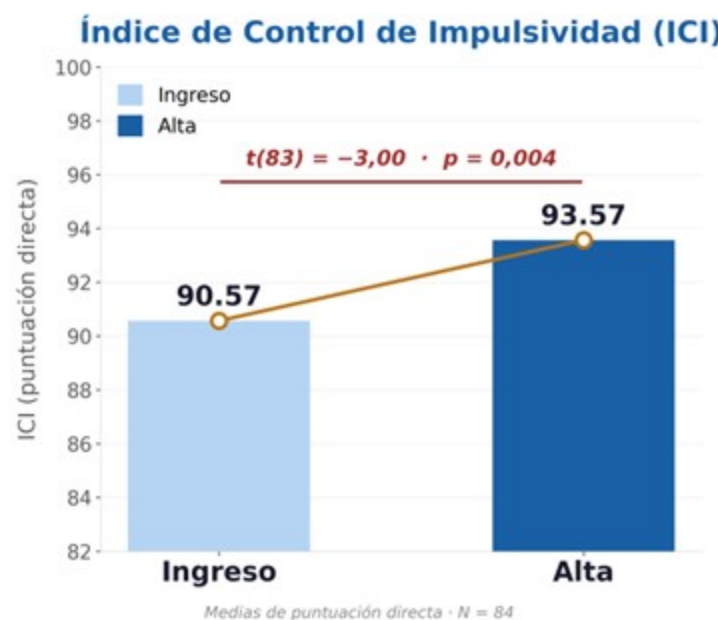


RESULTADOS

1. Se observó una **mejora estadísticamente significativa en la eficacia atencional tras la intervención** ($t(83) = -4,79$; $p < 0,001$).



2. Así como una **mejora estadísticamente significativa del ICI durante la estancia** ($t(83) = -3,00$; $p = 0,004$).



Los modelos no mostraron asociaciones significativas entre la **magnitud del cambio y las variables sociodemográficas y clínicas analizadas** ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES

- ✓ Se observó una **mejora significativa en el rendimiento atencional y la autorregulación cognitiva** durante la estancia en el HD en adolescentes con TMG.
- ✓ Esta **se produjo de forma generalizada** lo que sugiere un **efecto transversal e independiente de la complejidad clínica o el perfil sociodemográfico del adolescente**.
- ✓ No obstante, el **diseño pre-post sin grupo control** impide descartar efectos ajenos a la intervención.
- ✓ Finalmente, estos resultados resaltan la **relevancia clínica** de estos dispositivos en la **estabilización de funciones ejecutivas** relevantes en el TMG.

REFERENCIAS

1. Dougherty DM, Bjork JM, Harper RA, Marsh DM, Moeller FG, Mathias CW, Swann AC. Behavioral impulsivity paradigms: a comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders. J Child Psychol Psychiatry. 2003;44(8):1145-1157. doi:10.1111/1469-7610.00197.
2. Swaab-Barneveld H, de Sonnevile L, Cohen-Kettenis P, Gielen A, Buitelaar J, Van Engeland H. Visual sustained attention in a child psychiatric population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(5):651-659. doi:10.1097/00004583-200005000-00020.
3. Rubenson MP, Gurtovenko K, Simmons SW, Thompson AD. Systematic review: patient outcomes in transdiagnostic adolescent partial hospitalization programs. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2024;63(2):136-153. doi:10.1016/j.jaac.2023.03.022.



Más allá de la delgadez: características clínicas y señales de alerta diagnósticas en trastornos de la alimentación en niños varones

Canga Espina, Covadonga (1) ; Arias Hidalgo, Ruth (2)

(1) Clínica Universidad de Navarra (CUN) Pamplona (2) Hospital Puerta del Hierro, Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la alimentación (**TCA**) son enfermedades psiquiátricas graves asociadas con una alta morbilidad y mortalidad. Tradicionalmente, su fuerte asociación con el sexo femenino ha dado lugar a una escasez de literatura sobre las presentaciones en **varones**. Esta disparidad conduce a una comprensión clínica limitada, retrasos en el diagnóstico y falta de orientación terapéutica específica de género para la población masculina.

METODOLOGÍA

Cinco casos clínicos de niños y adolescentes varones menores de 18 años diagnosticados de TCA y tratados ambulatoriamente en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente entre 2022 y 2023. Se destacan **presentaciones diversas**, desde desnutrición severa hasta conductas compensatorias centradas en el ejercicio físico, insatisfacción corporal y ganancia de musculatura.

RESULTADOS OBTENIDOS

RED FLAGS ANTROPOMÉTRICAS PEDIÁTRICAS

- 1. La trampa del IMC: El Caso 4 (Z-score de -0.65) enmascaraba gravedad extrema. Se basó en una foto fija, no en la evolución.
- 2. De-canalización Longitudinal: En niños prepúberes y adolescentes, el **ESTANCAMIENTO** en talla y peso es el equivalente funcional a la pérdida ponderal del adulto.
- 3. Priorización Clínica: La clínica (función hormonal, constantes y trayectoria de crecimiento) debe primar sobre el punto de corte del z-score estandarizado.

Caso	Edad (años)	IMC (kg/m ²)	Pérdida de peso (%)	Z-SCORE IMC	%mIMC	Estado nutricional (OMS)
1	15,2	14,5	38% en 6 meses	-3,21	71,8	Desnutrición severa
2	12,3	15,3	10% en 9 meses	-1,92	83,1	Desnutrición moderada
3	14,8	17,3	27% en 10 meses	-1,48	86,5	Desnutrición leve / En riesgo
4	9,9	15,9	21% en 10 meses	-0,65	93,5	Desnutrición cercana (normal)
5	11,3	13,4	9% en 4 meses	-2,88	76,5	Desnutrición severa

Fuente: Elaborado por los autores.

Abreviaturas: IMC, Índice de Masa Corporal; mIMC, mediana del Índice de Masa Corporal; DE, Desviación Estándar.

Tabla 1: Evaluación antropométrica al momento de máxima severidad (Nadir). > El estado nutricional fue clasificado de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
 Diagnóstico más frecuente en la población clínica (Franceschini & Fattore, 2021)	Trastorno por atracones (CIE-11 6B82)	Anorexia Nerviosa (CIE-11 6B80) o Bulimia Nerviosa (CIE-11 6B81)
 Comorbilidades (Brown & Keel, 2023) (Franceschini & Fattore, 2021) (Nagata et al., 2020) (Gorrell & Murray, 2019)	Ansiedad, trastornos psicóticos, TDAH, Trastorno por uso de sustancias	Trastornos afectivos (depresión)
 Psicopatología nuclear (Gorrell & Murray, 2019)	Fenotipo orientado a la musculatura: impulso por la musculatura y la delgadez	Fenotipo orientado a la delgadez: impulso por la delgadez y la pérdida de peso
 Objetivo principal de la conducta alimentaria (Lavender et al., 2017) (Gorrell & Murray, 2019) (Nagata et al., 2020) (Richardson & Paslakis, 2021) (Brown & Keel, 2023) (Upchurch, 2024) (Schmitt et al., 2025)	Pérdida de peso combinada con ganancia muscular (con ganancia del tamaño físico)	Pérdida global de peso y disminución del tamaño físico
 Signos de alarma precoces (Nagata et al., 2020)	Ejercicio físico compulsivo y posible uso de suplementación	Restricción calórica y evitación de grupos específicos de alimentos
 Conductas compensatorias (Mazaraki et al., 2024)	Ejercicio físico excesivo/rigido, con menor presencia de conductas purgativas	Vómito autoinducido , uso de laxantes y de diuréticos
 Marcador fisiológico consistente de la gravedad del trastorno (Skolnick et al., 2016)	Hipogonadismo : disfunción eréctil (adultos), pérdida de erecciones matutinas (adolescentes)	Amenorrea (primaria o secundaria): pérdida del ciclo menstrual durante al menos 3 meses
 Percepción clínica (Schmitt et al., 2025)	Generalmente identificados como "saludables" en relación a su estilo de vida (deporte fitness) → diagnóstico tardío	Presentación prototípica de TCA → identificación más temprana
 Frecuencia de diagnóstico (Richardson & Paslakis, 2021)	Tardío e infradiagnosticado	Identificación temprana, no siempre diagnóstico tardío
 Temperament traits (Bruch, 2001)	Perfeccionismo, elevada autoexigencia, marcada necesidad de control, pobre flexibilidad cognitiva.	

Tabla 2: Diferencias clínicas y fisiopatológicas en los trastornos de la conducta alimentaria según el sexo (Arias-Hidalgo et al., 2026).

CONCLUSIONES

Identificar las **señales de alerta específicas** de los varones —estancamiento en la estatura-ponderal, patrón de ejercicio obsesivo— es fundamental para realizar una detección precoz. Es esencial seguir investigando para desarrollar herramientas de diagnóstico con **perspectiva de género**.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, T. A., & Keel, P. K. (2023). Eating Disorders in Boys and Men. Annual Review of Clinical Psychology, 19(1), 177–205. <https://doi.org/10.1146/annurevclinpsy-080921-074125>
- Franceschini, A., & Fattore, L. (2021). Gender-specific approach in psychiatric diseases: Because sex matters. European Journal of pharmacology, 896, 173895. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2021.173895>
- Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. Current Psychiatry Reports, 19(6), 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>