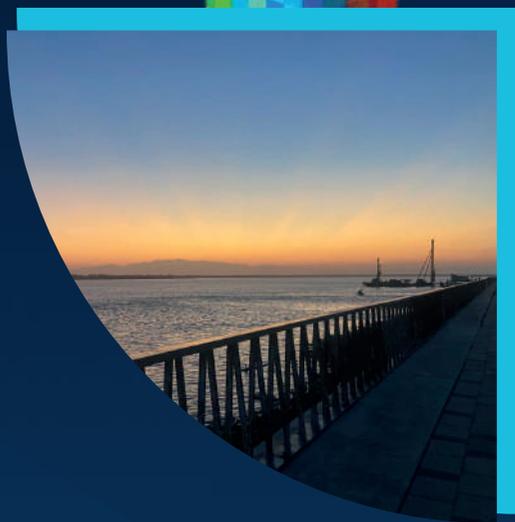
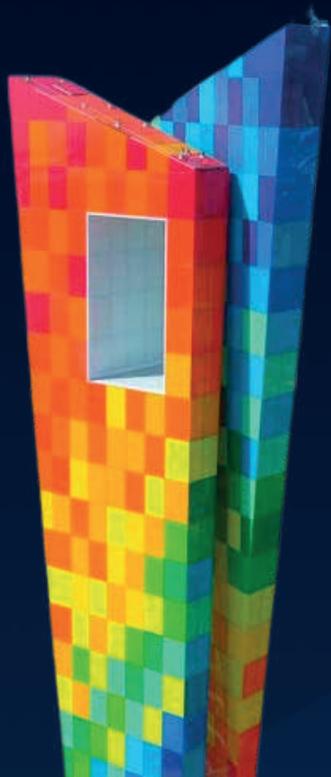


LIBRO DE MEMORIAS DEL _____
IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA

Prevención: **La Puerta de Oro para la Salud Mental**

Editores:
Juan David Palacio Ortiz
Asociación Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 2981-4545

© Copyright D.R. 2025, Juan David Palacio Ortiz
© Copyright D.R. 2025, Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Todos los derechos reservados
Tercera edición, Bogotá 2025*

*Publicado por Asociación Colombiana de Psiquiatría
Dirección:
Carrera 18 No. 84-87 oficina 403
Edificio Del Vecchio
Bogotá, Colombia
Contacto: acp@psiquiatria.org.co
+57 317 4405672
+57 (601) 5890807*

*Edición: Juan David Palacio Ortiz
Diagramación y terminación: Rocco Gráficas*

ISSN: 2981-4545 (En línea)

Citación: Palacio-Ortiz, JD., Asociación Colombiana de Psiquiatría. Prevención: La Puerta de Oro para la Salud Mental. Libro de memorias del IV Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Tercera Ed. Palacio-Ortiz, JD., Asociación Colombiana de Psiquiatría, editores. Bogotá, Rocco Gráficas; 2025.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la autorización previa y por escrito del editor.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia.

"Prevención: La Puerta de Oro para la Salud Mental"

Libro de memorias del IV Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes

Editores:

Juan David Palacio Ortiz
Asociación Colombiana de Psiquiatría

Comité organizador del Congreso:

Coordinación general:

Liliana Patricia Betancourt Mahecha
(Miembro de la Junta y de ALIAMPSI)

Comité regional:

- *Alicia Lucía Sánchez*
(Miembro del capítulo, Miembro de la APA)
- *Claudia Carolina Velázquez R.*
(Psiquiatra Infantil en CACE Pediátrico, Barranquilla)
- *Liliam Juliao*
(Miembro del capítulo, Magíster en Neuroeducación)
- *Carlos Hernández L.*
(Miembro del capítulo)

Con apoyo de los miembros de **Junta del Capítulo de Psiquiatría Infantil:**

- **Presidente:** *José Francisco Cepeda*
- **Vicepresidente:** *Luis Ramírez*
- **Secretaria:** *Catalina Ayala*
- **Vocal:** *Liliana Betancourt M*

Comité Científico:

Conformado por psiquiatras infantiles del capítulo de la ACP, incluyendo a:

Luis Ramírez, Álvaro Franco, Liliana Betancourt M., José Francisco Cepeda, Catalina Ayala C., Rafael Miranda, Juan D. Palacio, Sandra Piñeros, María M. Ospina, Santiago Rodríguez, Adonilso Julio, María del Pilar Charris, Hernán Giraldo, Liliam Juliao, Mayra Soto, Lyda Lozano, Alicia Sánchez, Carlos Hernández.

Agradecimientos al apoyo del presidente de ACP: Dr. Alexis Vallejo, junta directiva y al equipo administrativo de la ACP



Prólogo

En un esfuerzo por dar respuesta a las crecientes necesidades en salud mental infantil y adolescente, nuestra asociación se honra en presentar las memorias del IV Congreso de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, por primera vez realizado en la ciudad de Barranquilla, Costa Caribe de Colombia, evento titulado “Prevención, la puerta de oro para la salud mental”.

Este evento representa un hito significativo en nuestro compromiso por fomentar el conocimiento, la sensibilización y la acción frente a los desafíos que enfrenta esta población vulnerable en esta región del país.

La construcción de este congreso partió de un ejercicio de escucha activa a los profesionales de la salud mental en la región Caribe. Sus experiencias, propuestas e inquietudes fueron fundamentales para diseñar un programa académico pertinente, contextualizado y sensible a las realidades locales. De esta manera, el contenido aquí recopilado responde no solo a estándares científicos rigurosos, sino también a las necesidades concretas de nuestras comunidades.

Contamos con la participación de destacados expertos de Colombia y América Latina, cuyas trayectorias profesionales y humanas han aportado una visión amplia, interdisciplinaria y profundamente comprometida con la infancia y la adolescencia.

Sus ponencias, reflexiones y propuestas enriquecen este documento y abren nuevas posibilidades para el trabajo colaborativo e innovador en el ámbito de la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales en edades tempranas.

Estas memorias están dirigidas a pediatras, trabajadores sociales, docentes, líderes comunitarios, psiquiatras, médicos generales y a todos aquellos profesionales del sector salud y educativo que, desde distintos frentes, inciden en el bienestar de niños y adolescentes.

Aspiramos a que este material sirva como una herramienta de consulta, reflexión y acción, que inspire transformaciones positivas y sostenidas en los entornos donde crecen y se desarrollan nuestros niños.

Confiamos en que esta publicación siga contribuyendo al fortalecimiento de una cultura de prevención, en la que la salud mental deje de ser un tema marginal para convertirse en una prioridad colectiva y estructural. Solo así, lograremos abrir —como sugiere el lema de este congreso— la verdadera puerta de oro hacia un futuro más justo, saludable y esperanzador para las nuevas generaciones.

Liliana P Betancourt Mahecha

Psiquiatra de niños y de adolescentes
Organizadora del IV Congreso Internacional de
Salud Mental de Niños y adolescentes



Sección I Conferencias Magistrales

- **Impacto del consumo temprano de cannabis en el neurodesarrollo**
Gabriel Rossi Gonnet
- **Una mirada actual de los antipsicóticos atípicos en adolescentes**
Alejandro Maturana Hurtado
- **Patología dual en niños y adolescentes**
Gabriel Rossi Gonnet
- **Experiencias de tipo psicóticas y Estados Mentales de Riesgo: Una mirada Trans-diagnóstica, a los Trastornos Mentales Severos**
Alejandro Maturana Hurtado
- **Tiempo al tiempo: El impacto de prevenir uniones tempranas en la salud mental**
José Francisco Cepeda-Torres, María Elvira Herrera, Luz Estela Tobón Berrío, Paula Urdaneta
- **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Universidad "TDAH en la U": Mitos, realidades o un campo de oportunidades?**
Juan David Palacio Ortiz

Sección II Simposios

Simposio 1.

- **El Paradigma del Consumo de SPA en Nuestros Niños: ¿Puede la Inteligencia Artificial Ser Nuestro Nuevo Aliado?**
Andrea del Pilar Guzmán López.
- **Inteligencia Artificial y Big Data en Salud Mental: Descifrando Factores de Riesgo en el Consumo de SPA en Niños y Adolescentes**
Ana María Gómez Puentes.
- **Del Algoritmo a la Acción: Estrategias Digitales y Tratamientos Innovadores para el Consumo de SPA.**
Andrés Reinaldo Moreno Ruiz.
- **Realidad del contexto colombiano: Un vistazo al aquí y ahora**
Andrea del Pilar Guzmán López.

Simposio 2.

- **Obligaciones, deberes y derechos del psiquiatra infantil en la prevención y atención del delito sexual en niños, niñas y adolescentes en Colombia.**
Luís Ramírez Ortegón
- **Depredadores digitales: presentación de un caso clínico-forense de grooming y abuso sexual infantil.**
Nalfer Ballesteros



- **Análisis epidemiológico del abuso sexual infantil: Colombia en el contexto global**

Daniela Aldas Ávila

- **Estrategias preventivas en el abuso sexual infantil en niños, niñas y adolescentes (NNA). Información y sensibilización infantil, alertas a los cuidadores, colegios y personal de la salud**

Luís Ramírez Ortegón

Simposio 3.

- **Psiquiatría infantil de enlace: prevención de Trastornos mentales en pacientes pediátricos con enfermedad crónica**

Germán Casas Nieto

- **Consideraciones generales de la intervención por psiquiatría infantil en el paciente con enfermedad crónica**

Santiago Rodríguez León

- **Programa de activación conductual en el paciente oncológico pediátrico**

Catalina Ayala Corredor

- **Síndrome del sobreviviente: ¿Cómo prevenir las secuelas mentales en el paciente pediátrico que sobrevive a una enfermedad potencialmente letal?**

Germán Casas Nieto

Simposio 4.

- **Sobreviviendo al Suicidio**

Julián David Palacio Jaramillo

- **¿Qué pasa con el mundo? - Suicidio Infantil: Teorías Explicativas desde un Enfoque Multidimensional**

Daniel Fernando Jaramillo

- **¿Qué pasa conmigo?: Estrategias de Prevención en el Suicidio Infantil "Del Dicho al Hecho".**

Julián David Palacio Jaramillo

- **¿Y los Papás, los Amigos y el Colegio?: Intervenciones Postvención**

Evila Edith Cabrera

Simposio 5.

- **Trastorno por Uso de Sustancias en Niños, Niñas y Adolescentes: Evaluación y Tratamientos.**

Rafael José Miranda Jiménez

- **Definición, generalidades y presentación clínica**

Rafael José Miranda Jiménez

- **Principios generales en la evaluación**

Katty Samyra Velez Ascanio

- **Tratamiento en Farmacodependencia en Niños, Niñas y Adolescentes: Retos, Evidencia y Estrategias Innovadoras.**

Andrés Felipe López Caballero



Simposio 6.

- **Salud mental y bienestar emocional: Programa Aventurémonos en Familia, una aventura de reconocimiento, regulación y recuperación emocional en familia.**

Claudia Velázquez

- **La Democratización de la Educación Emocional para la Consolidación de la Salud Mental**

Ana Rita Russo de Sánchez.

- **Del Saber al Ser: Formación de maestras y maestros en habilidades socioemocionales, una estrategia para la prevención y promoción de la salud mental en niñas y niños.**

Luz Caroll González Mancipe

- **De la Investigación a la Acción: Principales resultados del Programa de Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional Pisotón en Colombia.**

Liceth Paola Reales Silvera

Simposio 7.

- **Evidencia de las intervenciones en edad preescolar**

Claudia Patricia Quintero Cadavid

- **Intervenciones tempranas en trastornos del neurodesarrollo.**

Claudia Patricia Quintero Cadavid

- **Uso de psicofármacos en preescolares: uso responsable y evidencia en prevención.**

Jorge Guillermo Soto vega

- **Intervenciones efectivas para padres de niños en edad preescolar con psicopatología**

Natalia Piedrahita Palacio

Simposio 8.

- **Análisis del impacto de una intervención desde el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual DBT, en la gestión emocional y efectividad interpersonal de adolescentes escolarizados.**

Lyda Marcela Lozano Cortés

- **Principales conductas problemáticas de los adolescentes**

Carolina Dimey Galindo

- **La escuela como determinante contextual – Papel de DBT en prevención primaria**

Carolina Bonilla Tovar – Paola Rubio Chávez

- **Estudio de intervención de prevención con herramientas DBT en un grupo de estudiantes de 6° grado en un colegio de Ibagué: Análisis del impacto de una intervención desde el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual DBT, en la gestión emocional y efectividad interpersonal de adolescentes escolarizados**

Paola Rubio Chavez, Nelly Hernández Molina y Lyda Marcela Lozano Cortés



Sección III Trabajos Libres / Posters

- **Trastorno de Estrés Postraumático en Niños, Niñas y Adolescentes**
Natalia Piedrahíta-Palacio, Juan Pablo Zapata-Ospina, Juan Camilo Aguirre-Cardona, Juan David Palacio-Ortiz
- **Procesamiento Sensorial en Niños Hospitalizados: Vínculos, Factores Clínicos y Familiares**
Ana María Gómez Puentes, Magdalena Fernández Aldana, Saúl Martínez Villota, Natalia Aristizábal, Laura Mabit, Ana María Gómez y Juan Felipe Garavito.
- **Resistiendo la presión del grupo, intervención educativa para elevar conocimiento familiar en el manejo de la Salud Mental en adolescentes.**
Yudenia Marín Avila, Elenia Luisa Díaz Hernández y David Hernández Cabrera.
- **Herederos del Caos: El Desafío de Crecer en un Mundo Cambiante**
Jennifer Veronica Sierra Gomez, Maria Alejandra Palacios y Gustavo Lara
- **Adolescente Zorro con esquizofrenia detrás de un homicidio y abusado sexualmente: a propósito de un caso clínico**
Claudia Patricia Huérfano Forero y Leonardo Hernández Acosta
- **Catatonía en el Trastorno del Espectro Autista: Un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.**
Maria Alejandra Barrios Villadiego, Maria Isabel Hernandez y Anyela Torres Andrade.
- **Abordaje de salud mental en pacientes con anomalía urogenital congénita: un caso de hiperplasia suprarrenal congénita clásica**
Julián David Palacio Jaramillo, Melany Arbeláez y Juliana Zulaica Vélez
- **Litio en niños y adolescentes: Un aliado subestimado en la salud mental**
Ana Gómez, Andrea Guzmán, y Andrés Moreno.
- **Trastorno de estrés postraumático en un adolescente víctima del conflicto armado: un reporte de caso.**
Fernando Cabrera Eraso, Juan Camilo Cala y Estefanía Castrillón
- **Esquizofrenia Infantil, un Reto Diagnostico a Propósito de Dos Casos**
Paola Andrea Almanza Morales, María Camila Taborda Mejía, William Alberto Cardeño Diaz, Cristian Esteban Enríquez De Los Ríos. Ana Sofia Calvache López
- **Caracterización de la fase exploratoria de los niños, niñas y adolescentes atendidos por la clínica de género en una institución de alta complejidad en el período 2017-2024: Un protocolo de investigación.**
Mario Jr Angulo Mosquera, Angie Lizeth Rincón Jimenez, Angélica María Restrepo Rivera, Omar Fernando Salazar Corrales, María José Soto, Mabel Moreno, Julián David Palacio Jaramillo y Daniel Fernando Jaramillo Martínez
- **Confluencia de síntomas: Presentación de un caso de trastorno del espectro autista y trastorno obsesivo compulsivo infantil**
Alejandra Camargo Morales, Daniela Parra Cantillo y Anyela Torres Andrade.



PREVENCIÓN:
**La Puerta de Oro
para la Salud Mental**



SECCIÓN I

Conferencias Magistrales



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

Magistral 1

Impacto del consumo temprano de cannabis en el neurodesarrollo

Gabriel Rossi Gonnet

Centro Clínico del Sur y Hospital Británico de Montevideo

El consumo temprano de cannabis representa una preocupación creciente en el ámbito de la salud pública, debido a su potencial impacto en el neurodesarrollo durante la adolescencia, una etapa crítica de reorganización cerebral. Esta conferencia, a cargo del Dr. Gabriel Rossi Gonnet —médico psiquiatra y psiquiatra infantojuvenil—, ofrece una revisión actualizada de la evidencia científica disponible en torno a los efectos neurobiológicos, cognitivos y conductuales del uso precoz de cannabis (1,2).

Durante la adolescencia, el cerebro experimenta una serie de procesos madurativos —como la poda sináptica, la mielinización y el fortalecimiento de circuitos ejecutivos— en los que el sistema endocannabinoide cumple un rol modulador esencial. La exposición exógena al tetrahidrocannabinol (THC) durante este período puede interferir con estos procesos, afectando principalmente regiones como la corteza prefrontal y el hipocampo, con implicancias en la regulación emocional, la toma de decisiones y la memoria de trabajo (3,4).

Numerosos estudios longitudinales han asociado el inicio temprano del consumo de cannabis con un mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos (1,2). La relación dosis-dependiente y la interacción con factores individuales de vulnerabilidad —como antecedentes familiares, predisposición genética y contexto psicosocial— son aspectos clave en la comprensión del riesgo (3).

Desde una perspectiva clínica y de salud pública, la conferencia subraya la importancia de estrategias preventivas y de intervención temprana, dirigidas tanto a adolescentes como a sus entornos significativos. Se analiza la necesidad de formar a profesionales en la detección precoz del uso problemático del THC.

Finalmente, se reflexiona sobre el impacto de las transformaciones legales y culturales en torno al cannabis, y la necesidad de sostener un discurso basado en evidencia científica que permita una adecuada comunicación de riesgos. La disociación entre la creciente percepción de inocuidad del cannabis y la evidencia sobre sus efectos en el neurodesarrollo plantea desafíos éticos y prácticos para los sistemas de salud, educación y formulación de políticas públicas (1).

Esta conferencia busca contribuir al fortalecimiento del abordaje interdisciplinario del consumo de sustancias en la adolescencia, integrando conocimientos clínicos y neurocientíficos con estrategias de prevención e intervención eficaces.

Referencias

1. Myran DT, Pugliese M, Harrison LD, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG, et al. Changes in incident schizophrenia diagnoses associated with cannabis use disorder after cannabis legalization. *Psychol Med.* 2024;54(5):891–9. doi:10.1017/S0033291723001634.
2. Cermak TL. *From Bud to Brain: A Psychiatrist's View of Marijuana*. The Royal College of Psychiatrist. Golden, CO: Rowman & Littlefield; 2020.
3. Renard J, Vitalis T, Rame M, Krebs MO, Lenkei Z, Le Pen G, Jay TM. Chronic cannabinoid exposure during adolescence leads to long-term structural and functional changes in the prefrontal cortex. *Neuropharmacology.* 2016 Jan;26(1):55-64. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.11.005. Epub 2015 Dec 3. PMID: 26689328.
4. Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther.* 2015;148:1–16. doi:10.1016/j.pharmthera.2014.11.009.



Magistral 2.

Una mirada actual de los antipsicóticos atípicos en adolescentes

Alejandro Maturana Hurtado

Psiquiatra Infanto-juvenil. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia. Universidad de Chile

En esta presentación se ofrece una revisión crítica y actualizada sobre el uso de antipsicóticos atípicos en adolescentes, abordando las tendencias recientes en prescripción, su eficacia clínica, el perfil de seguridad, los efectos en el desarrollo neurobiológico y los desafíos que plantea su indicación. En las últimas décadas, se ha observado un notable aumento en el uso de antipsicóticos de segunda generación en población pediátrica, particularmente en contextos como la esquizofrenia de inicio temprano, el trastorno bipolar tipo I, el trastorno del espectro autista con síntomas conductuales severos, así como en cuadros disruptivos o de agresividad que no responden a intervenciones psicoterapéuticas. (1)

Según estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas, una proporción significativa de estas prescripciones corresponde a indicaciones, off-label, alcanzando entre un 69% y 92% de los casos en adolescentes. Estas indicaciones incluyen el manejo de TDAH resistente, ansiedad severa, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, TEPT y depresión mayor resistente al tratamiento. (2) En esta línea, risperidona, aripiprazol, quetiapina y olanzapina son los fármacos más utilizados, cada uno con características particulares en cuanto a eficacia, perfil de efectos adversos y tolerabilidad.

Respecto a la eficacia, los antipsicóticos atípicos muestran efectividad principalmente a corto plazo, tanto en la reducción de síntomas positivos como en síntomas afectivos y de conducta. Sin embargo, su uso prolongado se ha asociado con mayor riesgo de efectos metabólicos y neurológicos, por lo que se recomienda su utilización con el menor tiempo y dosis posibles. (2) Estudios recientes han señalado que adolescentes presentan una mayor vulnerabilidad que adultos a efectos adversos como aumento de peso, somnolencia diurna, dislipidemia, hiperprolactinemia y, en algunos casos, síntomas extrapiramidales. (3)

Un componente central de la exposición, que surge de las investigaciones de modelos animales, es la preocupación por los posibles impactos sobre el desarrollo cerebral. La administración de antipsicóticos en edades tempranas podría interferir con procesos neurobiológicos críticos como la poda sináptica, la neurogénesis en el hipocampo, la mielinización de axones, la maduración del lóbulo frontal y la regulación dopaminérgica en el sistema mesolímbico y prefrontal. (3)(4) Estas alteraciones pueden comprometer funciones cognitivas superiores, regulación emocional, toma de decisiones, aprendizaje y adaptación conductual a largo plazo. Además, la presentación describe cómo el eje hormonal hipotalámico-hipofisario puede verse afectado, especialmente en relación con la hiperprolactinemia inducida por algunos antipsicóticos como risperidona y olanzapina.

En términos de seguridad comparativa, se destaca que aripiprazol y lurasidona tienen un perfil más favorable en lo metabólico y endocrino, mientras que olanzapina y clozapina presentan mayor riesgo de disfunción metabólica y efectos adversos sistémicos. La clozapina, pese a sus riesgos, se posiciona como la alternativa más efectiva en esquizofrenia resistente, siempre bajo monitoreo estricto y seguimiento multidisciplinario. (5)(6)

También se enfatiza la importancia de una prescripción racional, que contemple evaluación diagnóstica integral, agotamiento de opciones psicosociales, monitoreo clínico y psicoeducación familiar. Se proponen múltiples factores a considerar en la elección del fármaco: diagnóstico específico, edad del paciente, presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas, historia de respuesta a tratamientos anteriores, nivel socioeconómico, estado nutricional, etapa puberal y perfil genético farmacodinámico y farmacocinético.



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

Finalmente, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en fases tardías de la adolescencia, cuando sea posible, debido a que el cerebro presenta mayor maduración y estabilidad neurofuncional. La decisión de iniciar un antipsicótico debe ser cuidadosamente ponderada, integrando consideraciones clínicas, éticas y contextuales.

En conclusión, el uso de antipsicóticos en adolescentes debe ser cuidadosamente evaluado, considerando sus potenciales beneficios clínicos frente a los riesgos sobre el neurodesarrollo, endocrinología y metabolismo. La toma de decisiones debe apoyarse en evidencia científica actualizada, con un enfoque centrado en el paciente y en estrategias integrales que combinen farmacoterapia, intervenciones psicosociales y educación continua para el adolescente y su entorno.

Referencias

1. Varimo E, Saastamoinen LK, Rättö H, Mogk H, Aronen ET. New Users of Antipsychotics Among Children and Adolescents in 2008-2017: A Nationwide Register Study. *Front Psychiatry*. 2020 Apr 24;11:316. doi: 10.3389/fpsy.2020.00316. PMID: 32390885; PMCID: PMC7193104.
2. Lee ES, Vidal C, Findling RL. A Focused Review on the Treatment of Pediatric Patients with Atypical Antipsychotics. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Nov;28(9):582-605. doi: 10.1089/cap.2018.0037. Epub 2018 Oct 12. PMID: 30312108.
3. De Santis M, Lian J, Huang XF, Deng C. Early Antipsychotic Treatment in Juvenile Rats Elicits Long-Term Alterations to the Dopamine Neurotransmitter System. *Int J Mol Sci*. 2016 Nov 22;17(11):1944. doi: 10.3390/ijms17111944. PMID: 27879654; PMCID: PMC5133938.
4. De Bartolomeis A, Barone A. Antipsychotics-Induced Changes in Synaptic Architecture and Brain Connectivity: A Systematic Review. *Biomedicines*. 2022;10(12):3183.
5. Dinnissen M, Dietrich A, van der Molen JH, Verhallen AM, Buiteveld Y, Jongejan S, Troost PW, Buitelaar JK, Hoekstra PJ, van den Hoofdakker BJ. Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Dec;29(12):1717-1727. doi: 10.1007/s00787-020-01488-6. Epub 2020 Feb 12. PMID: 32052173; PMCID: PMC7641940.
6. Correll CU, Findling RL, Tocco M, Pikalov A, Deng L, Goldman R. Safety and effectiveness of lurasidone in adolescents with schizophrenia: results of a 2-year, open-label extension study. *CNS Spectr*. 2022 Feb;27(1):118-128. doi: 10.1017/S1092852920001893. Epub 2020 Oct 20. Erratum in: *CNS Spectr*. 2022 Feb;27(1):129. doi: 10.1017/S1092852921000511. PMID: 33077012.



Magistral 3 Patología dual en niños y adolescentes

Gabriel Rossi Gonnet

Centro Clínico del Sur y Hospital Británico de Montevideo

La adolescencia es una etapa singular del desarrollo caracterizada por múltiples y acelerados cambios biológicos, cognitivos, sociales y familiares. Se trata también de un período de alta vulnerabilidad, en el que aumenta la probabilidad de experimentar con sustancias y desarrollar un consumo problemático y/o trastornos psiquiátricos. Está demostrado que la exposición a sustancias durante el desarrollo cerebral tiene consecuencias más graves que en la adultez.

La patología dual —también denominada coocurrencia o trastorno comórbido— en adolescentes y jóvenes involucra simultáneamente el consumo de sustancias y problemas de salud mental. A pesar de la relevancia del tema, su abordaje como una prioridad de salud pública en niños, niñas y adolescentes es relativamente reciente. La tendencia a minimizar el consumo por parte de los propios adolescentes o sus familias puede derivar en subregistro, demoras en la consulta y dificultades en la detección temprana del problema.

Las patologías duales, entendidas como la coexistencia de un consumo problemático de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, deben ser consideradas al momento de diseñar políticas públicas específicas. Entre los factores de riesgo para su desarrollo se destacan los antecedentes familiares de trastornos mentales o consumo, la disfunción familiar, experiencias tempranas de trauma, y dificultades en los ámbitos escolar y social.

La detección precoz y una evaluación integral —que contemple no solo el diagnóstico clínico, sino también el contexto psicosocial, el nivel de funcionamiento global y los factores protectores— resultan fundamentales. En este sentido, es imprescindible fortalecer los programas de prevención dirigidos a niños, niñas y adolescentes, dado que una intervención oportuna puede tener un impacto positivo tanto en ellos como en sus entornos familiares, promoviendo una vida más saludable.

La coordinación entre servicios de salud mental infantojuvenil, dispositivos de atención, instituciones educativas y familias es clave para una respuesta eficaz y sostenida. En contraste, la fragmentación de servicios o los modelos que abordan separadamente el consumo y los trastornos psiquiátricos han mostrado baja efectividad en esta población.

Este trabajo se propone revisar y actualizar aspectos específicos del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes, reflexionar sobre su asociación con otros trastornos mentales, establecer líneas de tratamiento, y contribuir a visibilizar una problemática compleja, de manejo difícil y con frecuencia desatendida por los sistemas de salud, educación y justicia.

Referencias

1. Molina BS, Pelham WE. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2003 Aug;112(3):497-507. doi: 10.1037/0021-843x.112.3.497. PMID: 12943028.
2. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Jun;44(6):609-21. doi: 10.1097/01.chi.0000159135.33706.37. PMID: 15908844.
3. Couwenbergh C, van den Brink W, Zwart K, Vreugdenhil C, van Wijngaarden-Cremers P, van der Gaag RJ. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Sep;15(6):319-28. doi: 10.1007/s00787-006-0535-6. PMID: 16648966.



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

4. Kaminer Y, Winters KC. *Clinical Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011.
5. Hogue A, Henderson CE, Ozechowski TJ, Robbins MS. Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007–2013. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(5):695-720. doi: 10.1080/15374416.2014.915550. Epub 2014 Jun 13. PMID: 24926870.



Magistral 4

Experiencias de tipo psicóticas y Estados Mentales de Riesgo: Una mirada Trans-diagnóstica, a los Trastornos Mentales Severos

Alejandro Maturana Hurtado

Psiquiatra Infanto-Juvenil. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia. Universidad de Chile.

Esta presentación ofrece una revisión crítica y actualizada sobre la detección precoz de marcadores clínicos en salud mental adolescente, con énfasis en la progresión hacia trastornos psiquiátricos severos. Se abordan conceptos clave como experiencias tipo psicóticas (PLE), síntomas básicos (SB), estados mentales de alto riesgo (EMARS) y el modelo CHARMS (*Clinical High At-Risk Mental State*), propuesto como un enfoque dimensional y transdiagnóstico. (1)

Se destaca la alta carga de enfermedad mental en adolescentes. Según datos de la OMS y estudios nacionales, la mitad de los trastornos mentales se inicia antes de los 14 años y el 75% antes de los 25. En Chile, ocupan el cuarto lugar en años de vida ajustados por discapacidad. (2) Esta realidad subraya la necesidad de un cambio de paradigma hacia la intervención precoz.

El desarrollo cerebral durante la adolescencia implica procesos como la poda sináptica, mielinización, reorganización cortical, y maduración de redes funcionales ligadas a la regulación emocional, el control inhibitorio y la cognición. En esta etapa emergen experiencias psicóticas transitorias que, si persisten, pueden evolucionar a síntomas clínicamente relevantes. Se enfatiza que no toda experiencia psicótica es patológica, pero su evaluación debe considerar frecuencia, intensidad, malestar y disfunción funcional. (3)

Las experiencias tipo psicóticas (PLE), si bien frecuentes en población general, pueden representar un punto de entrada clínico relevante. (3) El modelo EMARS propone que síntomas psicóticos atenuados, síntomas básicos y factores de vulnerabilidad genética y ambiental constituyen un estado mental de alto riesgo para psicosis. Este modelo permite intervenir en fases tempranas (prodrómicas) y con ello, retrasar o evitar la transición a un trastorno psicótico establecido. (4)

El concepto CHARMS amplía este marco hacia un enfoque transdiagnóstico, reconociendo que muchas veces los síntomas iniciales son inespecíficos y pueden evolucionar hacia distintas formas de psicopatología (psicosis, depresión, trastorno bipolar, trastornos de personalidad). CHARMS considera microfenotipos subumbrales (como síntomas psicóticos atenuados, disforia, ansiedad persistente) y macrofenotipos como las experiencias de tipo psicótico. (1) Propone intervenciones tempranas basadas en riesgo compartido y progresión clínica.

Se revisan estudios longitudinales como, que validan el valor predictivo de los síntomas básicos y PLE. (4) También se describe el impacto del estrés, el uso de sustancias, el sueño, trauma y factores del entorno en la progresión de la enfermedad mental. Se discute la relevancia de la duración de la psicosis no tratada (DUP) y la duración de la enfermedad no tratada (DUI) como predictores de funcionalidad y pronóstico.

Finalmente, se propone la necesidad urgente de implementar clínicas especializadas en detección temprana, con un enfoque preventivo integral. Se destaca que sólo el 4% de los casos de esquizofrenia con primer episodio psicótico acceden a una clínica EMARS. Esto refleja una baja tasa de pesquisa y una oportunidad crítica de intervención desaprovechada. (2)

En conclusión, el modelo CHARMS ofrece un marco clínico y neurobiológico útil para comprender



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

y abordar el inicio temprano de la enfermedad mental grave. La intervención precoz, basada en la detección de síntomas atenuados y factores de riesgo trans-diagnóstico, puede reducir la carga de discapacidad, mejorar el pronóstico funcional y optimizar los recursos clínicos en salud mental adolescente.

Referencias

1. Hartmann JA, McGorry PD, Destree L, et al. Pluripotential Risk and Clinical Staging: Theoretical Considerations and Preliminary Data from a Transdiagnostic Risk Identification Approach. *Front Psychiatry*. 2021;11:553578. doi:10.3389/fpsy.2020.553578.
2. Gaspar PA, Castillo RI, Maturana A, et al. Early psychosis detection program in Chile: A first step for the South American challenge in psychosis research. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(2):328-334. doi:10.1111/eip.12766.
3. Hinterbuchinger B, Mossaheb N. Psychotic-Like Experiences: A Challenge in Definition and Assessment. *Front Psychiatry*. 2021;12:582392. doi:10.3389/fpsy.2021.582392.
4. Walger H, Antonucci LA, Pigoni A, et al. Basic Symptoms Are Associated with Age in Patients with a Clinical High-Risk State for Psychosis: Results From the PRONIA Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:552175. doi:10.3389/fpsy.2020.552175.



Magistral 5.

Tiempo al tiempo: El impacto de prevenir uniones tempranas en la salud mental

José Francisco Cepeda-Torres¹, María Elvira Herrera², Luz Estela Tobón Berrío³, Paula Urdaneta⁴

¹ Médico especialista en Psiquiatría de niños y adolescentes - Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Docente catedrático de Medicina de la CUE Alexander von Humboldt

² Médica especialista en Psiquiatría de niños y adolescentes - Profesional especializado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

³ Abogada, Doctora en Ciencias Sociales - Docente y Coordinadora de académica de la Especialización y la Maestría en Derecho Civil y de Familia de la Universidad del Norte

⁴ Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica y Psicoanalista - Docente catedrática de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte

La unión temprana, entendida como el matrimonio o convivencia informal antes de los 18 años, constituye una forma de violencia estructural que vulnera gravemente los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA). Para el caso de Colombia, un informe reciente señala que el 23% de las mujeres de 20 a 24 años estaban casadas o unidas antes de los 18 años y el 5% antes de los 15 años (1). Diversos estudios internacionales han documentado que las uniones tempranas se asocian con mayores tasas de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos en la vida adulta, especialmente cuando ocurren antes de los 16 años. Por ejemplo, en Estados Unidos, las mujeres que contrajeron matrimonio antes de los 18 años reportaron significativamente más trastornos psiquiátricos en la adultez que aquellas que se casaron a edades posteriores; en Irán, se observaron más síntomas depresivos en mujeres que se casaron siendo niñas; y en países como Níger y Etiopía, las uniones antes de los 16 años se correlacionaron con un menor bienestar psicológico general (2).

El conversatorio **“Tiempo al tiempo: El impacto de prevenir uniones tempranas en la salud mental”** propone un análisis interdisciplinar sobre cómo la erradicación de estas prácticas incide positivamente en la salud mental infantil y adolescente. La actividad se enmarca en la reciente aprobación de la **Ley 2447 de 2025**, que prohíbe las uniones tempranas en Colombia y las reconoce como una forma de violencia contra niñas y adolescentes, marcando un hito legislativo que permite avanzar hacia una política de Estado en pro de la protección integral (3).

Desde la perspectiva psiquiátrica, se abordarán los efectos neuropsicológicos y clínicos que genera el sometimiento a una unión forzada en etapas críticas del desarrollo. Casos clínicos y análisis forenses permitirán ilustrar la relación directa entre uniones tempranas y tipologías de violencia intrafamiliar, violencia de género y revictimización crónica.

El componente jurídico del conversatorio explorará el alcance de la Ley 2447 dentro del marco de los tratados internacionales en derechos humanos suscritos por Colombia, y se discutirán barreras estructurales que aún dificultan su implementación, en especial en comunidades rurales e indígenas. Se destacará la necesidad de acciones legales eficaces para proteger los derechos de las víctimas y garantizar mecanismos de reparación, justicia y prevención.

Una parte esencial de este espacio será la participación de una profesional en salud mental con experiencia clínica y vivencial en el tema de las uniones tempranas. Su intervención ofrecerá una mirada integral que combina el conocimiento terapéutico con la vivencia personal, permitiendo comprender de manera más cercana los efectos psíquicos de esta práctica. A través de su testimonio y análisis clínico, se abordará el impacto emocional de las uniones tempranas, así como el papel de



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

la psicoterapia en la reconstrucción de la identidad, la elaboración del trauma y la recuperación del proyecto vital de quienes han vivido esta experiencia.

Este conversatorio cierra con un llamado a la acción desde la salud mental: promover la implementación efectiva de la Ley 2447 requiere del compromiso de los profesionales, las instituciones y la sociedad civil. Prevenir las uniones tempranas no es solo una obligación jurídica, sino una responsabilidad ética y clínica que incide directamente en el bienestar psíquico de las generaciones futuras.

Referencias

1. UNICEF Colombia. Análisis de situación de los matrimonios infantiles y las uniones tempranas en Colombia 2010-2020 [Internet]. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2022 [citado 8 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/media/9221/file/Informe%20Matrimonio%20infantil%20y%20uniones%20tempranas%20en%20Colombia.pdf>
2. Fan S, Koski A. The health consequences of child marriage: a systematic review of the evidence. BMC Public Health. 14 de febrero de 2022;22(1):309.
3. Vanegas G. Noticias ONU. 2024 [citado 8 de mayo de 2025]. Colombia da un paso histórico en la protección de menores con la eliminación del matrimonio infantil | Noticias ONU. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2024/12/1535221>



Magistral 6

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la Universidad “TDAH en la U”: Mitos, realidades o un campo de oportunidades?

Juan David Palacio Ortiz

Médico Psiquiatra Infantil. Coordinador del Programa de Especialización en Psiquiatría de Niños y del Adolescente. Facultad de Medicina – Universidad de Antioquia.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) afecta aproximadamente al 7% de la población y se caracteriza principalmente por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (1). El TDAH continúa después de la adolescencia en más de la mitad de los casos. Los adultos con TDAH pueden experimentar persistencia de la inatención y cambios en la manifestación de la impulsividad, especialmente en contextos de alta exigencia, como la universidad (2). Estudios en adultos indican que solo una quinta parte cumple con todos los criterios diagnósticos del DSM, pero alrededor de dos tercios presentan síntomas sub-umbrales que afectan el rendimiento académico/laboral, y generan disfunción (3)(4).

El TDAH presenta una alta comorbilidad (80%), por ejemplo, en la adolescencia, es frecuente el desarrollo de trastorno por uso de sustancias, trastorno bipolar y trastorno de conducta. La variabilidad del TDAH entre un paciente y otro se debe a la interacción de los síntomas con las demandas ambientales y las comorbilidades individuales. En contextos de alta exigencia, como la universidad, se manifiesta con distraibilidad, pobre concentración y problemas en las funciones ejecutivas, como la planificación, organización y manejo del tiempo (5). Finalmente, las experiencias negativas en contextos académicos o sociales pueden contribuir a una autopercepción de frustración y baja autoestima (5).

La trayectoria del TDAH, específicamente su severidad, no es lineal y varía entre individuos. Algunos pacientes presentan síntomas durante toda la vida debido a una alta predisposición genética, mientras que en otros el impacto puede ser menor, dependiendo de la demanda ambiental (2)(5). Por ejemplo, al pasar de la escuela secundaria a la universidad, las exigencias académicas aumentan y los síntomas se hacen nuevamente evidentes. Así, algunos pacientes con síntomas leves en la adolescencia pueden experimentar un “resurgimiento” significativo de la inatención en la universidad (6).

En adultos con sospecha de TDAH, se realiza una entrevista individual para obtener antecedentes clínicos, síntomas actuales y hábitos cotidianos, así como el historial académico y familiar. Es relevante analizar el rendimiento académico desde la primaria y bachillerato para entender las estrategias utilizadas y si requirió apoyo escolar (5). Para los adultos se utiliza el Cuestionario de Autoinforme de TDAH en Adultos (ASRS) (7), pues no solo respalda el diagnóstico sino que también permite monitorear la respuesta al tratamiento de forma estructurada. Es recomendable que un familiar, amigo o pareja del paciente también complete la escala (3).

Hay dos pilares fundamentales de la intervención multimodal de tratamiento para el TDAH, la medicación y la terapia cognitivo conductual (TCC). Otros componentes incluyen la psicoeducación, la comunicación con los familiares. Estos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, deben ajustarse a las necesidades del paciente (8)(3).

Entre los tratamientos farmacológicos, destacan el metilfenidato en presentación de liberación inmediata o prolongada, la lisdexanfetamina y la atomoxetina. Antes de recomendar un tratamiento farmacológico, es esencial revisar la experiencia farmacológica previa del paciente en cuanto a beneficios y efectos secundarios (3).

En adultos con TDAH la mayor evidencia de eficacia la tienen la TCC tanto individual como grupal, y



SECCIÓN I. Conferencias Magistrales

el entrenamiento de habilidades. Aunque la TCC no reduce los síntomas nucleares del TDAH, pero sí genera efectos duraderos valorados tanto por los pacientes como por sus seres cercanos.

Los ensayos clínicos controlados sugieren que la combinación de medicación y TCC es más efectiva que la medicación sola para los síntomas de TDAH, y que la TCC por sí sola mejora también la ansiedad, depresión, autoestima y regulación emocional (3).

Referencias

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2023 Aug 8];135(4):e994–1001. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733754/>
2. Palacio-Ortíz JD. Evolución del Adolescente con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) a la Adulthood: Una mirada clínica en la transición del Colegio a la Universidad. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. 2025;[Acceso 23 Abril 2025]. DOI: <https://doi.org/10.59>.
3. Faraone S, Bellgrove M, Brikell I, Cortese S, Hartman C, Hollis C, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2024 Feb 22 [cited 2024 Feb 25];10(1):11. doi: 10.1038/s41572-024-00495-0. Erratum in: N. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41572-024-00495-0>
4. Kessi M, Duan H, Xiong J, Chen B, He F, Yang L, et al. Attention-deficit/hyperactive disorder updates. *Front Mol Neurosci* [Internet]. 2022 Sep 21 [cited 2023 Mar 8];15:925049. doi: 10.3389/fnmol.2022.925049. eCollectio. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36211978/>
5. Palacio-Ortiz J. Cap 46. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto. In: Palacio-Ortíz JD, editor. *Fundamentos de Medicina Psiquiatría Infantil*. 2da ed. Medellín: Fondo Editorial CIB.; 2022. p. 763–83.
6. Vidal R, Barrau V, Casas M, Caballero-Correa M, Martínez-Jiménez P, Ramos-Quiroga JA. Prevalencia de síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adolescentes y adultos jóvenes con otros trastornos psiquiátricos refractarios a tratamientos previos. *Rev Psiquiatr y Salud Ment - J Psychiatry Ment Heal* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2022 Jun 22];7(3):104–12. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-prevalencia-sintomas-trastorno-por-deficit-S1888989114000585>
7. Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *J Atten Disord*. 2018;
8. Faltinsen E, et al. Updated 2018 NICE guideline on pharmacological treatments for people with ADHD: a critical look. *BMJ Evid Based Med*. 2018;24(3):99-102. doi: 10.1136/bmjebm-2018-111110. Epu.



PREVENCIÓN:

**La Puerta de Oro
para la Salud Mental**



SECCIÓN II

Simposios



Sección II. Simposios

Simposio 1.

El Paradigma del Consumo de SPA en Nuestros Niños: ¿Puede la Inteligencia Artificial Ser Nuestro Nuevo Aliado?

Andrea del Pilar Guzmán López.

Universidad del Quindío.

Inteligencia Artificial y Big Data en Salud Mental: Descifrando Factores de Riesgo en el Consumo de SPA en Niños y Adolescentes

Ana María Gómez Puentes.

Universidad El Bosque.

La revolución digital en la psiquiatría

La inteligencia artificial (IA) y el Big Data están transformando la psiquiatría al mejorar la identificación y prevención de trastornos mentales. Su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos provenientes de historias clínicas, dispositivos portátiles y redes sociales permite detectar patrones en el lenguaje y comportamiento, facilitando diagnósticos tempranos y precisos en condiciones como la depresión, esquizofrenia, ansiedad, entre otros. (1)

En un campo donde los biomarcadores son limitados y el lenguaje es central para la evaluación clínica, el aprendizaje automático y el procesamiento de lenguaje natural (NLP, por sus siglas en inglés) han demostrado ser herramientas clave en la evaluación clínica, permitiendo identificar síntomas a través del análisis de patrones de habla y escritura. Los modelos de aprendizaje automático pueden predecir el riesgo de estas enfermedades con alta precisión, lo que facilita una intervención temprana y personalizada. Ejemplos incluyen el discurso desorganizado o el mutismo en la esquizofrenia, la verborrea en la manía y el habla ralentizada en la depresión. Además, la IA generativa, mediante herramientas como *DALL-E* y *Sora*, podría ayudar a los pacientes a representar visualmente sus alucinaciones o delirios, facilitando la comprensión clínica y reduciendo el estigma.

A diferencia de modelos tradicionales, la IA generativa ofrece enfoques más flexibles y sofisticados, explorando formatos como imágenes y videos para complementar la evaluación psiquiátrica. Asimismo, el Big Data en salud mental permite predecir riesgos y prevenir crisis mediante el análisis de datos poblacionales y biomarcadores digitales. De igual forma, la IA puede ampliar el acceso a la atención mediante plataformas digitales y terapias personalizadas, abordando la brecha entre la demanda de servicios de salud mental y su disponibilidad.

Uso de IA y Big Data en la identificación temprana del riesgo

El uso de inteligencia artificial y *Big Data* ha permitido el desarrollo de modelos predictivos para la identificación temprana del riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la salud mental. Diversos algoritmos de *machine learning* (ML) han sido implementados para predecir patrones de consumo, incluyendo técnicas de redes neuronales convolucionales, regresión logística y algoritmos de clasificación como *Random Forest* y *Support Vector Machines*. (2) En China, se ha propuesto un modelo de ML para clasificar a los consumidores de drogas en distintos niveles de severidad, mientras que en Bangladesh se ha utilizado el aprendizaje automático para identificar factores de riesgo asociados al consumo en estudiantes universitarios. Asimismo, en Corea del Sur se han desarrollado modelos para predecir la mortalidad por intoxicación por SPA, y en Estados Unidos se han aplicado enfoques de predicción para analizar los efectos psicológicos y neurobiológicos del consumo. (3)



Los modelos predictivos han demostrado utilidad en la detección de patrones de comportamiento asociados al consumo de SPA, permitiendo identificar individuos en riesgo y predecir la tendencia hacia la adicción o conductas delictivas relacionadas. Estudios en Malasia y Estados Unidos han utilizado técnicas como *Forward Chaining* y Factores de Certeza para identificar usuarios de drogas y los tipos de sustancias consumidas, mientras que en Pittsburgh se ha empleado ML para analizar trayectorias de consumo desde la infancia hasta la adultez temprana. Además, los modelos han sido aplicados en la detección de prácticas fraudulentas en la prescripción de opioides, destacando su potencial para mejorar la vigilancia epidemiológica. (3)

En el ámbito de la prevención y tratamiento, se han desarrollado modelos que permiten personalizar intervenciones y predecir la adherencia al tratamiento. En China, se ha implementado un modelo híbrido de *PCA* y *K-Means++* para segmentar pacientes según su perfil de consumo, mientras que en España y Australia se han desarrollado modelos que analizan factores demográficos y psicométricos para predecir el éxito del tratamiento. De manera similar, en Estados Unidos se han aplicado técnicas de *Extreme Gradient Boosting* para identificar interacciones entre variables que influyen en la finalización de tratamientos.

Otro campo de aplicación relevante es la detección de nuevas sustancias psicoactivas (NIPS), cuyo consumo ha aumentado en los últimos años. En Japón, se ha desarrollado un modelo basado en *AutoML* para predecir tiempos de retención en cromatografía de gases, mientras que en Singapur y Australia se han utilizado técnicas de aprendizaje automático para analizar la diversidad química de estas sustancias y mejorar su identificación. (2)

Finalmente, el ML ha sido aplicado al análisis de redes sociales para detectar patrones de consumo y comercialización de SPA. Investigaciones en Estados Unidos han utilizado modelos no supervisados y *Biterm Topic Models* (BTM) para analizar comentarios en plataformas como Instagram y Twitter, identificando publicaciones relacionadas con la compra y venta de drogas, especialmente opioides. Estos hallazgos destacan el papel de la inteligencia artificial en la identificación temprana del consumo de sustancias y en el diseño de estrategias de intervención más efectivas.

Factores de riesgo Neurobiológicos y psicosociales en el consumo de SPA en niños y adolescentes

El consumo de SPA en niños y adolescentes se entiende como un fenómeno multifactorial en el que interactúan factores neurobiológicos y psicosociales. En el ámbito neurobiológico, la exposición a SPA activa el sistema mesolímbico dopaminérgico, afectando centros claves de motivación y recompensa como el área ventral tegmental, el núcleo accumbens, la amígdala y la corteza prefrontal, lo que se asocia con déficits en funciones ejecutivas, memoria y toma de decisiones, además de generar procesos de neuroadaptación que inciden en la conducta y el aprendizaje.

En paralelo, los factores psicosociales incluyen contextos socioeconómicos y familiares que influyen en el inicio y la evolución del consumo. La escasa implementación de sanciones legales y la alta disponibilidad de drogas en la región, sumadas a interpretaciones culturales y espirituales que estigmatizan a los usuarios, favorecen escenarios en los que la prevención es limitada. A esto se suma la influencia de políticas externas y migratorias que han configurado un entorno propicio para el consumo. La integración de la familia y la participación de diversos sectores de salud, educación, política y religión, resultan esenciales para diseñar estrategias de intervención y tratamiento que aborden tanto las alteraciones neurobiológicas como los determinantes psicosociales.

En síntesis, comprender estos factores es fundamental para transformar el enfoque de atención: de tratar únicamente las consecuencias a prevenir el inicio y la progresión del consumo, reconociendo el impacto a nivel individual, social y familiar



Sección II. Simposios

Del Algoritmo a la Acción: Estrategias Digitales y Tratamientos Innovadores para el Consumo de SPA.

Andrés Reinaldo Moreno Ruiz.

Universidad El Bosque.

Introducción: Al momento se han desarrollado varias aplicaciones (“apps”) que buscan ser apoyo en el manejo de los pacientes con adicciones, sin embargo, aún no se ha encontrado que alguna de estas sea usada en niños y adolescentes; muchas apps están enfocadas en la adicción a opioides y fueron desarrolladas precisamente en países donde esta adicción es una de las más frecuentes. A continuación se presentan una serie de aplicaciones usadas en pacientes con adicciones:

- Aplicación para celulares inteligentes (Smartphones):
 - *Addicaid*
 - *AiCure*
 - *Alexa*
 - *DynamiCare*
 - *Hey, Charlie*
 - *reSET-O*
 - *Second Chance*
 - *Sober Grid*
 - *Triggr Health*
 - *TryCycle*
 - *WorkIt Health*
 - *A-CHESS*
- Intervención relacionada con datos de atención médica
 - *Hc1 Opioid Dashboard*
 - *Jiva Opioid AI*
 - *NarxCare and PMP AWARe*
 - *RxGov*
 - *Watson Care Manager*
 - *Olive*
 - *I2B2*
- Intervención relacionada con Biosensores
 - *HopeBand*
 - *iHeal*
 - *E4 Empatica*
 - *A2D2*
 - *eTectRX ID-CAP System*
 - *Virtual Rehab*
 - *ODX-01*
- Otros
 - *Mission LISA (Learning Indicators of Substance Addiction)*
 - *Open Lattice*
 - *Sable Spear*

De igual manera existen algunas herramientas que usan inteligencia artificial (IA) como parte central. A continuación se enumeran algunas de ellas:



reSET-O:

- Es un programa de terapia cognitivo-conductual de 12 semanas diseñado para personas con trastorno por dependencia a opioides (TDO). El objetivo principal de esta aplicación es apoyar la concordancia del tratamiento. (4)
- Se convirtió en la primera terapia digital con receta aprobada por la Food and Drugs Administration (FDA) para personas con TDO.
- El ensayo demostró que los participantes que usaron la aplicación tuvieron una probabilidad significativamente mayor de continuar con el tratamiento para el TDO, en comparación con los participantes que no la usaron.

AiCure

- Captura y analiza el comportamiento de la dosificación utilizando videos de teléfonos inteligentes, IA y machine learning.
- Genera recordatorios diarios para mantener a los participantes al día
- Registra la fecha y hora de las dosis e informa automáticamente sobre la adherencia

Jiva Opioid AI: Este es un algoritmo de aprendizaje automático que predice el uso indebido de opioides utilizando datos de reclamaciones de medicamentos, otros datos médicos y datos sobre determinantes sociales de la salud, que con el tiempo guía a los pacientes para que acudan a una atención médica. El objetivo principal de esta intervención es facilitar la vinculación con la atención médica.

E4 Empática: Este es un dispositivo de muñeca que mide la frecuencia cardíaca, el movimiento, la conducción eléctrica de la piel y la temperatura. Esta información se utiliza para determinar si el paciente presenta una recaída. El objetivo principal de esta intervención es monitorizar la abstinencia. (5) Finalmente se cubrirán algunos dilemas como son el acceso, el perfilamiento digital y el almacenamiento de datos.

Realidad del contexto colombiano: Un vistazo al aquí y ahora

Andrea del Pilar Guzmán López.

Universidad del Quindío.

Cifras de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y uso de redes sociales en niños y adolescentes en Colombia

Según el Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar (12 a 18 años), dentro de las sustancias legales, el 11,06% ha consumido nicotina alguna vez en su vida, porcentaje que se duplica con los dispositivos electrónicos (22,67%), pero la cifra es mucho mayor con el alcohol (47,75). Llama la atención el consumo de medicamentos como tranquilizantes (4,63%) y estimulantes (1,21%), debido a que son medicamentos controlados que requieren formula de control para poder conseguirlos. (6)

Con respecto a las sustancias ilícitas, el 9,5% ha consumido alguna sustancia ilícita en su vida, porcentaje que aumenta directamente proporcional a la edad. La edad de inicio es a los 14 años, excepto basuco (13 años) y pegante (12 años). El porcentaje más alto de consumo alguna vez en la vida es de Marihuana (5,96%), seguido por Popper (2,6%), Sustancias inhalables (2,21%), Cocaína (1,73%),



Sección II. Simposios

LSD (1,13 %), Hongos (0,9%), Éxtasis y 2CB ("tusi") (0,8%), Dick (0,7%) y finalmente Basuco, Yagé y Cacao Sabanero con un 0,5%.

La percepción de riesgo aumenta con la edad, y más del 40% de los encuestados refieren que es fácil conseguir alguna sustancia psicoactiva.

Redes Sociales

El uso de internet en los niños y adolescentes se ha asociado con aislamiento social, cambios en el estilo de vida, deterioro en las relaciones interpersonales, problemas psicosociales (grooming, cyberbullying, sexting), de aprendizaje y en sus funciones ejecutivas (atención, toma de decisiones), dado que su relación con el entorno es menor. (7) Al respecto, han surgido datos importantes en diferentes estudios que se mencionan a continuación.

La Central de Medios de Influencia de Latinoamérica (Clout), reporta que el 9% de los padres de familia toman alguna medida preventiva para el control de las redes sociales.

En un estudio en Barranquilla, se determinó que el 84% de los niños, niñas y adolescentes entre 9 y 16 años tenían alguna red social sin supervisión de sus padres. Por otra parte, el Informe del Estado de lo digital 2024 reporta el siguiente porcentaje de uso de internet de acuerdo a la edad: 0-4 años: 6,9%; 5-12 años: 11,3%; 13-17 años: 7,2%.

El estudio de Riesgos y Oportunidades del uso del internet 2024 (7), reporta algunos datos claves:

- Del tiempo que pasan en internet los niños y los jóvenes, el 53% lo utilizan en actividades relacionadas con el aprendizaje y el 42% para actividades sociales.
- El 73% de los menores encuestados tiene un perfil en alguna red social, de estos el 29% tiene menos de 13 años, edad solicitada para tener un perfil.
- Las redes sociales más usadas son WhatsApp (14%), Tik Tok (13%) y YouTube (12%).
- 15% compartió información personal.
- 13% se hizo pasar por otra persona.

Con respecto al impacto de la búsqueda de información sobre la salud mental, se encontró que el contenido que buscan los jóvenes es el siguiente:

- 32% imágenes violentas sobre cómo lastimar a otros.
- 23% cómo estar delgado/a.
- 20% cómo hacerse daño o quitarse la vida.
- 17% formas de quitarse la vida.
- 17% experiencias de consumir drogas.

El estudio jóvenes en línea, ciudadanía digital en niños, niñas y jóvenes de la generación Z en Colombia (8), reporta:

- 76.5% generan contenido en sus redes sociales independiente de su edad, género o estrato socioeconómico.
- La permanencia es de 10 h al día en conexión a plataformas digitales.
- 90.3% de los niños, niñas y adolescentes no cuentan con habilidades para identificar con facilidad contenidos falsos.
- Igual que en un estudio mencionado anteriormente, las redes sociales más usadas fueron WhatsApp: 18,8%, Tik Tok: 16,7% y YouTube: 15,6%.
- Con respecto al género, los hombres juegan más videojuegos (21,5%) y las mujeres hacen búsquedas sobre las tareas relacionadas con la limpieza del hogar (15,8%).



-Más del 60% no tiene claro conceptos como: identidad en línea (60,6%), huella digital (76,6%), publicidad o propaganda.

-Solamente el 31,6% verifica la veracidad de la información y el 55,7% la comparte.

-90,3% no logra identificar el contenido que es falso.

-93,3% usa inteligencia artificial para diferentes actividades, como para hacer tareas (30,4%).

Uso de IA en áreas de educación en los niños y adolescentes.

“Educación superior inicia el camino para integrar la inteligencia artificial en el país”. Este es la noticia de marzo 2025 del Ministerio de Educación, donde anuncia el primer paso para iniciar conversaciones acerca de los desafíos y oportunidades de la inteligencia artificial (IA), como complementar la educación, formar ciudadanos críticos con integridad académica y tecnológica.

En una revisión sistemática, se plantean tres desafíos para la IA en la educación: aprendizaje automático, enseñanza y la influencia y aceptación de la tecnología de la IA. Dentro de las implicaciones éticas, se tiene la mala utilización de algoritmos matemáticos, el uso inadecuado de datos de cualquier actor educativo, el cuidado del medio ambiente y la democratización de la educación.

Según el informe de seguimiento de la educación en el mundo del 2023: La tecnología en la educación: ¿una herramienta en los términos de quién?, la UNESCO plantea la importancia de aprender a vivir con y sin tecnología digital, permitiendo que la tecnología ayude pero no suplante la conexión humana en el aprendizaje y la enseñanza, tal como se enuncia en el texto: “la relación entre los profesores y tecnología debe ser de complementariedad, nunca de sustitución”.

Finalmente, el Objetivo del Desarrollo Sostenible 4 hace referencia a: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todas y todos. Dado lo anterior, debemos reflexionar acerca de la igualdad de condiciones en diferentes países con acceso a conectividad, enseñanza virtual y capacitación a docentes, pares y estudiantes.

Herramientas de tamizaje en niños y adolescentes

Los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para la realización de tamizaje en menores de edad en Colombia, incluye los siguientes instrumentos:

Para alcohol:

- AUDIT: Evalúa el consumo problemático y dependencia de alcohol en adolescentes y es usado como examen previo para determinar personas que requieren tamizaje e intervención breve. Consta de 10 preguntas autoaplicadas.
- CAGE: Evalúa el consumo riesgoso de alcohol y la necesidad de suspender el consumo, dependencia y problemas asociados en mayores de 16 años por medio de 4 preguntas autoaplicadas.

Para alcohol y otras sustancias:

- CRAFFT: Evalúa el abuso de alcohol y drogas, la conducta de riesgo y las consecuencias del uso en adolescentes por medio de 6 preguntas por medio de una entrevista.

Referencias

1. Kolding S, Lundin R, Hansen L, Østergaard S. Use of generative artificial intelligence (AI) in psychiatry and mental health care: a systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* 2024;Nov 11;37:e37. doi: 10.1017/neu.2024.50. PMID: 395.



Sección II. Simposios

2. Campo Yule JE, DM D alberto ., Ordoñez HA. Técnicas de Machine Learning aplicadas al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas: Un mapeo sistémico. Inge CuC. 2023;19(2), 97-. <https://doi.org/10.17981/ingecuc.19.2>.
3. Olawade D, Wada O, Odetayo A, David-Olawade A, Asaolu F, Eberhardt J. Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. J Med Surg Public Heal. 2024;Vol 3, 100099, ISSN 2949-916X, <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00318-8>.
4. Beaulieu T, Knight R, Nolan S, Quick O, Ti L. intelligence interventions focused on opioid use disorders: A review of the gray literature. Am J Drug Alcohol Abus. 2021;Jan 2;47(1):26-42. doi: 10.1080/00952990.2020.1817.
5. Goldfine C, Lai J, Lucey E, Newcomb M, Carreiro S. Wearable and Wireless mHealth Technologies for Substance Use Disorder. Curr Addict Rep. 2020;Sep;7(3):291-300. doi: 10.1007/s40429-020-00318-8.
6. Ministerio de Justicia y del Derecho Colombia, Observatorio de Drogas de Observatorio de Drogas de Colombia M de EN. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia en población escolar 2022. Primera Ed. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia ODC; 2022.
7. Universidad de Los Andes, Tigo, Aulas en Paz. Riesgos y Oportunidades del Uso de Internet para Niñas, Niños y Adolescentes en Colombia. Resumen de Resultados, 2024. [Internet]. 2024. Available from: <https://www.contigoconectados.com/estudio-2024/> %0A
8. Fundación CIVIX, UNIMINUTO. Jóvenes en línea, ciudadanía digital en niños, niñas y jóvenes de la generación Z en Colombia. Primera ed. Bogotá: Estudio gráfico y digital S.A.S.; 2024.



Simposio 2.

Obligaciones, deberes y derechos del psiquiatra infantil en la prevención y atención del delito sexual en niños, niñas y adolescentes en Colombia.

Luís Ramírez Ortega

Universidad El Bosque

Depredadores digitales: presentación de un caso clínico-forense de grooming y abuso sexual infantil.

Nalfer Ballesteros

Universidad El Bosque

El abuso sexual infantil (ASI) constituye una de las formas más graves de violencia contra los menores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 27% de las niñas y el 14% de los niños han sufrido algún tipo de abuso sexual antes de los 18 años, y cerca del 50% de los menores de entre 2 y 17 años han sido víctimas de algún tipo de violencia. (1) En Colombia, según cifras del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el 15% de las niñas y el 8% de los niños han sido víctimas de abuso sexual. (2)

A continuación se presenta un caso que ilustra el abordaje forense del abuso sexual infantil, en el que mediaron las redes sociales, la activación de protocolos iniciales y conocer las implicaciones prácticas que enfrenta el psiquiatra de niños y adolescentes frente a este tipo de delitos, especialmente en la era digital.

La menor de 12 años, fue contactada a través de redes sociales por “otra menor conocida por ella”, quien le ofreció un “trabajo” por el que le pagarían dinero y le darían un celular. Fue invitada a una vivienda donde un hombre adulto la drogó con marihuana y alcohol, para luego abusar sexualmente de ella. La víctima describe los eventos, y los síntomas físicos y emocionales posteriores al hecho. La menor narra a su familia nuclear lo ocurrido, y es llevada al servicio de urgencias de Hospital. Después de la menor relatar la agresión sexual ocurrida la noche anterior, en el hospital activan el protocolo de atención en víctimas de ASI.

Dentro del protocolo de atención a víctimas de la violencia sexual en Colombia, (3) en la atención se realizó valoración médica, ginecológica, psiquiátrica, social y psicológica. El examen genitourinario evidenció eritema en vulva, desgarros y salida de material con trazas de sangre. Se tomaron muestras biológicas para análisis forense y se aseguró la cadena de custodia. Además, se ordenó antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia como parte del plan terapéutico.

La ruta de atención legal siguió lo dispuesto en la Ley 1652 de 2013, que establece la protección de los menores durante el proceso judicial y define los lineamientos para las entrevistas forenses en menores víctimas. (4) La línea de tiempo judicial incluyó inspección al lugar de los hechos, valoración forense por el Instituto de Medicina Legal, entrevista forense por Fiscalía, reconocimiento fotográfico del agresor, orden de captura y confirmación del ADN del victimario en las prendas íntimas de la víctima, con una coincidencia genética de alta probabilidad. El agresor había sido previamente investigado por delitos sexuales similares y había cambiado de nombre en varias ocasiones.

Este caso pone en evidencia un patrón emergente de ASI facilitado por entornos digitales, donde el agresor establece contacto con menores mediante perfiles falsos, utiliza engaños económicos y drogas para someter a sus víctimas, y perpetra actos de violencia sexual causando alto impacto físico y psicológico. La articulación institucional —amparada por el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) (5) — permitió una respuesta médica, forense y legal integral.



Sección II. Simposios

La reflexión final invita a fortalecer las estrategias de prevención desde la educación digital en niños y familias, mejorar la capacitación en salud mental infantil para el abordaje inicial y continuo del trauma, y consolidar el trabajo articulado entre instituciones de salud, justicia y protección. El rol del psiquiatra infantil es clave no solo en la atención terapéutica sino también como perito y garante de derechos durante todo el proceso judicial.

Análisis epidemiológico del abuso sexual infantil: Colombia en el contexto global

Daniela Aldas Ávila
Universidad El Bosque

El Abuso Sexual Infantil (ASI) constituye una de las formas más graves de violencia que afecta a niños, niñas y adolescentes (NNA), con consecuencias profundas para su salud mental, física y desarrollo integral. De acuerdo con los informes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los casos de presunto delito sexual en NNA han mostrado una tendencia sostenida al alza. Entre 2014 y 2019 se evidenció un incremento progresivo, alcanzando en 2018 la tasa más alta del decenio (54,01 por cada 100.000 habitantes). (6) En 2020, coincidiendo con las restricciones de la pandemia, se registró una disminución significativa (35,84 por 100.000), pero para 2023 la tasa experimentó un nuevo aumento, llegando a 46,63. Se destaca, además, la disparidad por sexo: 80,13 en mujeres frente a 11,50 en hombres, lo que refleja que por cada siete mujeres víctimas, solo un hombre fue valorado por esta causa. (7)

El análisis revela que el 81,17 % de las valoraciones médico-legales por presunto delito sexual correspondieron a menores de edad. (7) Al examinar las tasas por rango etario, se observa que el pico en niños se presenta entre los 5 y 9 años, mientras que en niñas ocurre entre los 10 y 14 años, lo cual podría reflejar factores socioculturales como el subregistro en niños debido al estigma, la vergüenza, el pudor y los estereotipos de masculinidad. En las niñas, este patrón podría estar asociado a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y los cambios puberales que incrementan su vulnerabilidad.

La epidemiología no solo permite cuantificar el fenómeno, sino también identificar patrones clave para la prevención. En cuanto al lugar de ocurrencia, el 76 % de los casos se registraron en el entorno de la vivienda. Paralelamente, los agresores más frecuentes son personas del círculo cercano: padrastro (16,2 %), padre biológico (7 %), tío (6,6 %) y abuelo (3,5 %). Estas cifras evidencian que el ASI ocurre principalmente en contextos de cercanía, confianza y poder [3].

Desde una perspectiva comparada, se analiza el Índice *Out of the Shadows 2023*, desarrollado por *The Economist Impact* [4], que clasifica a los países según su desempeño en dos dimensiones: prevención (legislación, políticas públicas, compromiso institucional) y respuesta (servicios de atención y justicia). Colombia se ubica en el puesto 13 a nivel global y lidera en América Latina y el Caribe en el pilar de prevención. También Colombia sobresale en la recolección de datos epidemiológicos, situándose entre los primeros cuatro países del mundo en calidad de registros desagregados por sexo, edad y tipo de agresor.

No obstante, el país carece de un plan nacional específico y vigente para enfrentar la explotación y el abuso sexuales de NNA, así como de una unidad policial especializada en delitos sexuales, incluidos aquellos perpetrados en línea. Tampoco ofrece asesoría jurídica especializada para víctimas menores de edad, lo que representa una brecha significativa en la respuesta judicial. Si bien existen avances normativos, como la Resolución 459 de 2012, persisten limitaciones en su implementación y en la articulación interinstitucional.



Esta ponencia presenta una visión integral del ASI en Colombia, basada en datos recientes y en su comparación internacional, con el fin de comprender su magnitud, escenarios de riesgo y aportar elementos clave para una atención y prevención contextualizadas.

Estrategias preventivas en el abuso sexual infantil en niños, niñas y adolescentes (NNA). Información y sensibilización infantil, alertas a los cuidadores, colegios y personal de la salud

Luís Ramírez Ortega
Universidad El Bosque

Se presenta un resumen de los programas orientados a promover, difundir, formar en Derechos Humanos, Derechos humanos sexuales y reproductivos, así como, desarrollar las competencias ciudadanas necesarias para el ejercicio efectivo de estos derechos (9)(10)(11) los cuales deberán ser conocidos, discutidos e implementados en los ámbitos infantiles, mediante programas pedagógicos orientados a la información y prevención activa del niño, del entorno familiar, escolar, así como, en las plataformas y redes en las que los NNA puedan estar o ser invitados a involucrarse en actividades sexuales diversas, en cada una de las etapas del desarrollo psicosexual.

Se entiende que cada una de las etapas de desarrollo psicosexual tiene variaciones importantes, por lo cual, es necesario articular información adaptada, útil y comprensible para cada grupo de edad.

Un 8% de los niños y las niñas en todo el mundo son víctimas de explotación y abuso sexual online. (9)

En la publicación, se advierte que “La explotación y el abuso se da cuando se coloca el rostro de un niño o una niña sobre una imagen sexual de otra persona (lo que se conoce como “deepfake”) o cuando un/a menor está expuesto/a a contenido pornográfico. La exposición no deseada a contenido sexual suele ocurrir también mientras se navega por las redes sociales. Este tipo de imágenes, afirman los autores, *“son profundamente dañinas, y el abuso continúa con cada visualización y con la falta de eliminación de este contenido abusivo”*.

Los hallazgos de metaanálisis en 57 países, han encontrado una amplia gama de estimaciones de prevalencia para los distintos subtipos específicos: conversaciones sexuales no deseadas (12,5%); la toma, el intercambio y la exposición no consentidos de imágenes y videos sexuales (12,6%); la explotación sexual online (4,7%); y la extorsión sexual (3,5%). El estudio revela que el 8,1% de los/as niños/as en todo el mundo son víctimas de explotación y abuso sexual online.

Una de las estrategias promovidas por organismos internacionales, INSPIRE (10), es un acrónimo en el cual cada letra representa una estrategia: I, implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; N, normas y valores; S, seguridad en el entorno; P, padres, madres y cuidadores reciben apoyo; I, ingresos y fortalecimiento económico; R, respuesta de los servicios de atención y apoyo; y E, educación y aptitudes para la vida.

Se presenta un resumen de la normatividad y estrategias de apoyo en la investigación y seguimiento a los presuntos responsables de este tipo de crimen, así como, un resumen de los medios y estrategias del Estado colombiano para apoyar a la población en riesgo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas. Resumen del informe sobre la situación regional 2020. OMS, OPS, editors. Washington DC; 2022.



Sección II. Simposios

2. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Violencia sexual [Internet]. Bogotá: ICBF; [citado 2025 ene 26]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/violencia-sexual>. ICBF, editor. 2023.
3. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1146 de 2007. Por la cual se dictan normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
4. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1652 de 2013. Reglamento para entrevistas y testimonios en procesos penales para niños y niñas víctimas de violencia sexual.
5. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia.
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2023: Datos para la Vida. Primera ed. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2024.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2018: Datos para la Vida. Bogotá: Diseñum; 2019.
8. Economist Impact. Índice Out of the Shadows 2023: Informe regional de América Latina y el Caribe [Internet]. [Internet]. 2023. p. [citado 1 de enero de 2025]. Available from: https://cdn.outoftheshadows.global/uploads/documents/OOS_Index-LatAm-2023_SP_2023-03-03-023414_wipu.pdf
9. Documento de orientaciones de política para la promoción de derechos y la prevención, detección y atención de las violencias en la escuela. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. 2015. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/>.
10. Proteger la inocencia para que el amor perdure!!. Exámenes médico legales, por presunto delito sexual. Colombia, 2015. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. Bogotá. 2015. Disponible en: <https://www.medicinallegal.gov.co/documents/20143/>.
11. Barrios Acosta M, Pardo Sierra F, Velosa, Martinez E, Barragán O, Urrego Mendoza Z. Detección de la violencia sexual en los servicios de salud. Ministerio de y protección social. República de Colombia. Fondo de población de las Naciones Unidas. Bogotá. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/docu.



Simposio 3.

Psiquiatría infantil de enlace: prevención de Trastornos mentales en pacientes pediátricos con enfermedad crónica

Germán Casas Nieto

Psiquiatra de niños y adolescentes, Coordinador Unidad de Psiquiatría infantil Fundación Santafé de Bogotá. Profesor Facultad de Medicina Universidad de los Andes

En este simposio hablaremos de la prevención como un rol crucial en la labor del psiquiatra infantil de enlace. Habitualmente, recibimos las interconsultas cuando ya hay una alta sospecha o indicio de trastornos de adaptación, depresivos, de ansiedad o delirium entre otros. El objetivo de este simposio es exponer cómo se realiza la evaluación y abordaje desde nuestra labor, haciendo énfasis en las actividades preventivas que realizamos desde psiquiatría infantil a partir de la primera hospitalización, como parte de un abordaje multidisciplinario del paciente con enfermedad crónica y su familia.

Consideraciones generales de la intervención por psiquiatría infantil en el paciente con enfermedad crónica

Santiago Rodríguez León

Psiquiatra de niños y adolescentes Fundación Santafé de Bogotá
Profesor Facultad de medicina Universidad de los Andes

La intervención temprana en salud mental para niños y adolescentes con enfermedades crónicas es esencial para abordar tanto los aspectos físicos como emocionales de los pacientes. (1) Condiciones como la diabetes tipo 1, epilepsia o enfermedades oncológicas están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar trastornos como ansiedad y depresión, lo que puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

En esta conferencia enfatizaremos cómo la psiquiatría infantil de enlace desempeña un papel fundamental en el entorno hospitalario al identificar precozmente signos de malestar psicológico o dificultades de adaptación al diagnóstico, permitiendo intervenciones oportunas que favorezcan el afrontamiento y prevengan la aparición de comorbilidades psiquiátricas mejorando la adherencia al tratamiento y reduciendo las fallas a las citas médicas. (2)

Explicaremos que es crucial que la intervención se extienda más allá de la hospitalización aguda, incorporando estrategias de seguimiento ambulatorio que incluyan psicoeducación, apoyo emocional y acompañamiento familiar continuo, dado que la participación activa de la familia en el proceso terapéutico es vital. Altos niveles de estrés o malestar en los cuidadores pueden influir directamente en el bienestar emocional del niño. Mencionaremos estudios recientes que sugieren que la relación entre los hermanos y la dinámica familiar son factores significativos en la salud mental de los niños con enfermedades crónicas. (3)



Sección II. Simposios

Programa de activación conductual en el paciente oncológico pediátrico

Catalina Ayala Corredor

Psiquiatra de niños y adolescentes Fundación Santafé de Bogotá
Profesora Facultad de medicina Universidad de los Andes

En esta conferencia presentaremos el abordaje e intervención que se realiza desde el equipo de salud mental infantil con los pacientes que se hospitalizan para manejo del cáncer pediátrico. Hablaremos de la continuidad que debe tener el acompañamiento por psiquiatría infantil: desde la sospecha diagnóstica hasta el cierre del tratamiento oncológico. Se expondrá el impacto en el neurodesarrollo y la esfera afectiva que presentan el paciente y los diversos miembros de su familia al recibir la confirmación diagnóstica y durante todas las fases del tratamiento. (4) Profundizaremos en cómo la necesidad de aislamiento para prevenir infecciones oportunistas, los efectos adversos de los medicamentos y en muchos casos la desescolarización son factores de riesgo para dificultades emocionales, del aprendizaje y del neurodesarrollo. Haremos énfasis en cómo las comorbilidades más frecuentes en esta población son la depresión (20%), Trastornos de adaptación (18%) y la ansiedad (15.6%) y como su adecuada intervención psicoterapéutica y/o farmacológica mejora el pronóstico y los desenlaces en salud de la enfermedad primaria. (5) Discutiremos el subdiagnóstico de delirium en esta población y la importancia de un tratamiento oportuno para reducir la morbimortalidad. (4) Además se mencionarán los riesgos en neurodesarrollo, el papel de las regresiones, tan frecuentes en esta edad y su impacto a mediano plazo. Ante el panorama mencionado, finalizaremos la conferencia mostrando algunas de las adaptaciones que hemos realizamos en la Fundación Santafé de Bogotá para disminuir estos riesgos, haciendo énfasis en las estrategias de activación conductual como intervención el para manejo de síntomas afectivos y de la depresión infantil en esta población. (6)

Síndrome del sobreviviente: ¿Cómo prevenir las secuelas mentales en el paciente pediátrico que sobrevive a una enfermedad potencialmente letal?

Germán Casas Nieto

Psiquiatra de niños y adolescentes, Coordinador Unidad de Psiquiatría infantil Fundación Santafé de Bogotá. Profesor Facultad de Medicina Universidad de los Andes

En los últimos años, la mortalidad de las enfermedades crónicas, potencialmente mortales y con pronósticos reservados en niños, han experimentado una disminución importante, resultado de las estrategias de detección temprana, acceso a tratamientos efectivos y curación potencial. Esta afortunada evidencia, lamentablemente no generalizada en todos los países, ha permitido observar y hacer seguimiento del periodo denominado proceso de supervivencia, en casos de cáncer pediátrico, o sobrevida en casos de pacientes recuperados de enfermedades graves no oncológicas. Dentro de estas observaciones surge el llamado síndrome del sobreviviente, un proceso psicológico presente en niños y adolescentes que salvan su vida, pero afectan su bienestar psicológico. Analizaremos este proceso y propondremos recomendaciones preventivas.

Las condiciones relacionadas con los supervivientes de enfermedades potencialmente letales fueron objeto de estudio desde la década de los 80 y los 90 en especial en Europa. Las series de casos reportadas en niños y adolescentes con inmunodeficiencias congénitas una vez se llegó a la curación demostraron como diferentes secuelas psicológicas aparecía a lo largo de la sobre vida posterior.

La mayoría de los estudios inicialmente se enfocaron las reacciones psicológicas y adaptativas de la familia y la aparición del fenómeno del duelo anticipado. (7) Este fenómeno, resultados de los



mecanismos de defienda y adaptación de las familias ante la posibilidad cercana de la muerte del niño, niña o adolescente, suele ser un facilitador de la adaptación cuando en efecto, el menor fallece. Sin embargo, cuando el menor sobrevive, la reacción psicológica resultante del duelo anticipado puede generar secuelas psicológicas en el sobreviviente que se deben prevenir. (8)

A partir de seguimientos de casos cada vez más frecuentes de patologías graves curadas medicamente, se han descrito algunos procesos psicológicos complicados en niños y adolescentes, que se ha descrito como el Síndrome Post UCI pediátrica (Sd PUCI-P). Este proceso contempla reacciones propias del Trastorno de estrés postraumático, complicaciones en la rehabilitación y secuelas médicas de niños, niñas y adolescentes luego de e permanecer por tiempo prolongado en una UCI pediátrica. (9)

Todos estos fenómenos ameritan un enfoque interdisciplinario, en el cual concluye en la terapia y asesoría familiar, el acompañamiento psicológico y de psiquiatría infantil de enlace, y en algunos casos se considera el manejo farmacológico con ISRS y ansiolíticos.

Referencias

1. Pygott N, Hartley A, Seregni F, Ford T, Goodyer I, Necula A, et al. Research Review: Integrated healthcare for children and young people in secondary/tertiary care - a systematic review. *J Child Psychol Psychiatry*. :2023 Sep;64(9):1264-1279. doi: 10.1111/jcpp.13786.
2. Becker J, Smith J, Hazen E. Pediatric Consultation-Liaison Psychiatry: An Update and Review. *Psychosomatics*. :2020 Sep-Oct;61(5):467-480. doi: 10.1016/j.psych.20.
3. Craft M, Wyatt N, Sandell B. Behavior and feeling changes in siblings of hospitalized children. *Clin Pediatr*. 1985;Jul;24(7):374-8. doi: 10.1177/000992288502400702.
4. Datta S, Saha T, Ojha A, Das A, Daruvala R, Reghu K, et al. What do you need to learn in paediatric psycho-oncology? *Ecancermedalscience*. :2019 Mar 28;13:916. doi: 10.3332/ecancer.2019.916.
5. Mavrides N, Pao M. Updates in paediatric psycho-oncology. *Int Rev Psychiatry*. 2014;Feb;26(1):63-73. doi: 10.3109/09540261.2013.870537.
6. Ruiz Fernández M, Villalobos Crespo I. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2013.
7. Bailly L, Golse B, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (4vol) Quadrige. Presses Universitaires de France. p. 2793-2806).
8. Berkman A, Robert R, Roth M, Askins M. A review of psychological symptoms and post-traumatic growth among adolescent and young adult survivors of childhood cancer. *J Heal Psychol*. 2022;Mar;27(4):990-1005. doi: 10.1177/1359105320971706.
9. Stollings J, Devlin J, Lin J, Pun B, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med*. 2020;Apr;48(4):562-570. doi: 10.1097/CCM.000000000000041.



Sección II. Simposios

Simposio 4. Sobreviviendo al Suicidio

Julián David Palacio Jaramillo

Psiquiatra Pediátrico – Universidad de Antioquia. Hospital Pablo Tobón Uribe

El suicidio es un problema de salud pública grave y frecuente. Se ha estimado que cada año mueren por suicidio cerca de 700.000 personas en el mundo. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, el suicidio fue la cuarta causa de defunción en el grupo de edad de 15 a 29 años en todo el mundo en el 2019 y en la región de las Américas ha tenido un incremento de 17% desde 2000 a 2019. En niños, niñas y adolescentes (NNA) las tasas de suicidio han aumentado en los últimos años y se sitúa como una de las primeras diez causas de muerte en esta población, aunque podría existir un subregistro por la suposición de que a esta edad no se consolida la idea de muerte. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el suicidio es una prioridad y ha advertido la necesidad de intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados.

Por lo anterior nos parece importante describir, en qué punto estamos, cómo podemos ayudar a las personas que han tenido ideación suicida, y cómo ayudar a sobrevivientes de suicidio de NNA.

¿Qué pasa con el mundo?-Suicidio Infantil: Teorías Explicativas desde un Enfoque Multidimensional

Daniel Fernando Jaramillo

Psiquiatra Pediátrico – Universidad de Antioquia

El suicidio infantil representa un fenómeno complejo y en crecimiento que requiere atención prioritaria desde el ámbito de la salud pública. Aunque tradicionalmente se consideraba infrecuente en la infancia, en las últimas décadas se ha evidenciado un incremento significativo en su incidencia, lo cual ha motivado una mayor producción científica orientada a comprender sus causas y mecanismos. Este fenómeno demanda un abordaje teórico integrador, que contemple de manera articulada factores psicológicos, sociales, neurobiológicos y del desarrollo.

Desde la psicología, una de las teorías más influyentes es el modelo interpersonal-psicológico del suicidio, propuesto por Joiner. (1) Este plantea que el deseo suicida surge de la interacción entre el aislamiento social, la percepción de ser una carga para los demás y la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto suicida. Esta última se desarrolla como resultado de la habituación al dolor físico y emocional tras vivencias traumáticas. En la infancia, estos componentes pueden manifestarse a través de experiencias como el rechazo por pares, el acoso escolar o la presencia de dinámicas familiares disfuncionales.

Complementariamente, la teoría del apego, formulada por Bowlby, subraya la importancia de los vínculos afectivos tempranos en el desarrollo emocional y la regulación de las emociones. La ausencia de un apego seguro ha sido asociada con mayores dificultades para gestionar el estrés y expresar adecuadamente las emociones, lo cual incrementa la vulnerabilidad a la ideación suicida desde edades tempranas. (2) Estudios empíricos han reportado que niños expuestos a negligencia o abandono presentan tasas significativamente más altas de conductas autolesivas y pensamientos suicidas. (3) Desde una perspectiva neurobiológica, se ha identificado que alteraciones en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico afectan funciones clave como la impulsividad, el control emocional y la percepción del dolor, todos elementos implicados en la conducta suicida. Estudios de neuroimagen han revelado cambios estructurales en regiones como la corteza prefrontal y la amígdala, relacionadas con la toma de decisiones y la regulación afectiva. (4) Aunque la mayoría de estas investigaciones se



han centrado en adolescentes y adultos, existe un creciente interés por explorar estos mecanismos en niños, en especial aquellos con antecedentes traumáticos o trastornos del neurodesarrollo.

El modelo de estrés-diátesis ofrece un marco integrador al combinar factores predisponentes — como la carga genética, el temperamento o antecedentes familiares de suicidio— con factores desencadenantes, tales como pérdidas significativas, exposición a violencia o cambios abruptos en el entorno. Esta perspectiva destaca cómo los eventos estresantes pueden superar las capacidades adaptativas del infante, sobre todo en contextos donde ya existen dificultades en la regulación emocional y el afrontamiento del estrés. (5)

Además, los determinantes sociales desempeñan un papel central en la comprensión del suicidio infantil. La pobreza, el acceso limitado a servicios de salud mental y la exposición constante a violencia familiar o comunitaria crean condiciones estructurales que incrementan el riesgo. Factores emergentes como el acoso escolar y el uso problemático de redes sociales también se han asociado a experiencias de aislamiento, humillación pública y deterioro del bienestar emocional en la infancia. (6)

En síntesis, las teorías contemporáneas coinciden en que el suicidio infantil no responde a una causa única, sino a la interacción compleja de múltiples dimensiones. Esta comprensión ha impulsado el diseño de estrategias de intervención integrales que promuevan entornos protectores, favorezcan la detección temprana de señales de riesgo y fortalezcan el apoyo emocional desde los primeros años de vida. Adaptar los marcos teóricos al contexto del desarrollo infantil resulta esencial para evitar enfoques reduccionistas y garantizar una atención holística y efectiva frente a este fenómeno.

¿Qué pasa conmigo?: Estrategias de Prevención en el Suicidio Infantil "Del Dicho al Hecho".

Julián David Palacio Jaramillo
Hospital Pablo Tobón Uribe

En Colombia para el período de 2013 a 2022 hubo reporte por el INMLCF de 2251 suicidios consumados en NNA. La tasa de suicidios estimada fue de 1.26 por 100.000 habitantes/año para el 2013 con un incremento gradual hasta 2,32 por 100.000 habitantes/año en 2022. Es necesario realizar actividades de sensibilización, aumento de redes de apoyo, e intervenciones que favorezcan el apoyo social con suficiente evidencia.

La prevención del suicidio infantil requiere un enfoque integral que aborde los factores de riesgo y fortalezca los factores protectores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un fenómeno complejo influenciado por factores psicológicos, sociales y culturales; encontramos en nuestro medio dificultades relacionadas a maltrato, bajo rendimiento escolar, exclusión social como determinantes de la conducta suicida infantil. (6)

Se han implementado estrategias como educación emocional, siendo este un componente esencial en el currículo escolar con el fin de promover habilidades socioemocionales de manera temprana y fortalece la capacidad de afrontar adversidades y busca disminuir factores de riesgo.

A nivel institucional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) ha implementado estrategias para “prevenir riesgos específicos”, donde intervienen por medio de acciones pedagógicas que buscan la promoción de derechos y prevención de conductas de riesgo. La campaña "Prevenir es Preguntar", liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, promovió la importancia de preguntar directamente sobre pensamientos suicidas y ofrece pautas para brindar apoyo emocional adecuado. Aunque sea un tema prioritario y de gran interés, aún existen desafíos en la planeación de actividades de prevención, dentro de ellas encontramos la estigmatización frente a la salud mental, la inequidad en acceso a servicios de salud y disponibilidad de estos, y la subestimación del riesgo en la población pediátrica. (7)



Sección II. Simposios

Se requiere entonces sobreponerse a estas limitantes y dentro de las estrategias a implementar se requiere formación continua de personal que acompaña a los menores en diferentes entornos: docentes, cuidadores y familiares, para la identificación de señales de riesgo de manera temprana; el fortalecimiento de la infraestructura de salud mental y continuar campañas que sensibilicen hacia la importancia de la salud mental y la búsqueda de ayuda cuando se identifican riesgos asociados.

Para nuestro contexto, se requiere del compromiso colectivo y multisectorial, para facilitar la investigación de este fenómeno en nuestra población, la transformación de políticas públicas y prácticas existentes hacia acciones concretas, y es necesario que estas estrategias de prevención pasen a una fase de ejecución, implementando medidas efectivas para la protección de los niños, niñas y adolescentes.

¿Y los Papás, los Amigos y el Colegio?: Intervenciones Postvención

Evila Edith Cabrera
Hospital Pablo Tobón Uribe

El duelo entre los sobrevivientes requiere implementar estrategias, que a veces pasan desapercibidas e ignoramos que se benefician de apoyos adicionales, para reducir el daño y mitigar el impacto negativo

La postvención por suicidio se refiere a las actividades e intervenciones dirigidas a los sobrevivientes tras una muerte por suicidio, que buscan ayudar en el proceso de recuperación después del evento, desestigmatizar la tragedia y prevenir resultados adversos incluyendo conductas suicidas posteriores. (8)

Se ha documentado que personas en duelo por suicidio tienen 65 % más probabilidades de realizar una conducta suicida en comparación con personas en duelo por muerte natural, aumentando así el riesgo a 1 de cada 10, y estos efectos no se limitan a familiares directos, sino que afecta a redes de apoyo más amplias. (9)

Los estudios muestran que los jóvenes son más vulnerables al suicidio tras la exposición a una muerte por suicidio o una conducta suicida, y esta puede presentarse incluso años posterior a la exposición, especialmente cuando se asocia a factores de riesgo. Incidentes de contagio de suicidios y suicidios agrupados se ha reportado de manera frecuente en los entornos escolares, el ser este uno de los ámbitos principales del desarrollo del adolescente, se convierte en uno de los escenarios fundamentales para la implementación de estrategias postvención (9), que incluye una reacción temprana para reconocer estudiantes en riesgo tras un suicidio.

Retrasar las intervenciones de salud mental posterior a un suicidio puede aumentar la probabilidad de contagio del suicidio, además de aumentar el riesgo de duelo complicado y afectar el bienestar general de los sobrevivientes a una muerte por suicidio. (10)

Las intervenciones incluyen estrategias de prevención universal, con entornos protectores y seguros en donde los estudiantes puedan establecer una conexión emocional con su entorno escolar, fomentar la cultura de búsqueda de ayuda en salud mental, programas de identificación de señales de suicidio, estrategias de integradoras de tutores, padres, y comunidad como preparación ante crisis de suicidio. (11)

Referencias

1. Joiner TE. Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2015.
2. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
3. Kim S, Schneider B, Krug E. Parent-child attachment and children's suicidal behavior: a systematic



- review. *Child Psychiatry Hum Dev.* :2021; 52(5):741-751.
4. Schmaal L, van Harmelen A, Chatzi V, et al. Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Mol Psychiatry.* :25, 408–427 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41380>.
 5. Mann J, Brent D, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology.* :2001 May;24(5):467-77. doi: 10.1016/S0893-133X(00).
 6. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO Press; Whashington. DC 2014.
 7. Castro A, Salas M, Duque C, Blanco D, Yaneth N, Alvarez J. Suicidios de niñas, niños y adolescentes en Colombia: un acercamiento a una problemática invisible. Centro de documentación virtual DDHH. Defensoría del pueblo, delegada para la infancia la juventud y la vejez. D del pueblo C, editor. Bogotá; 2024.
 8. Williams D, Wexler L, Mueller A. Suicide Postvention in Schools: What Evidence Supports Our Current National Recommendations? *Sch Soc Work J.* :2022 Spring;46(2):23-69. Epub 2022 Mar 1.
 9. Abbate L, Chopra J, Poole H, Saini P. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. *Omega (Westport).* :2024 Dec;90(2):865-905.
 10. Cox G, Bailey E, Jorm A, Reavley N, Templer K, Parker A, et al. Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: a Delphi study. *BMC Public Heal.* :2016 Feb 24;16:180. doi: 10.1186/s12889-016-2822–6.
 11. Pontiggia M, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. Sopravvivere al suicidio di una persona cara: impatto e interventi di supporto per i sopravvissuti (postvention) [Surviving the suicide of a loved one: impact and postvention.]. *Recent Prog Med.* :2021 Nov;112(11):728-741.



Sección II. Simposios

Simposio 5.

Trastorno por Uso de Sustancias en Niños, Niñas y Adolescentes: Evaluación y Tratamientos.

Definición, generalidades y presentación clínica

Rafael José Miranda Jiménez

MD Psiquiatra con segunda especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente - Universidad El Bosque. Especialista en Epidemiología Clínica y General - Universidad El Bosque. Magister en Salud Pública - Universidad El Bosque.

Los Trastornos por el Uso de Sustancias (TUS) están asociados con problemas de salud y sociales. El presente simposio aborda los TUS en niños y adolescentes, un fenómeno creciente que afecta su salud mental, desarrollo social y rendimiento académico. Los TUS incluyen patrones de consumo de sustancias que causan deterioro o malestar en áreas clave de la vida del adolescente; incluyen el uso problemático de sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, entre otras. El uso de sustancias no implica necesariamente dependencia, pero el riesgo de progresión hacia trastornos graves es alto. (1)

La prevalencia de TUS en adolescentes está en aumento. De acuerdo al Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2022, se estima que un porcentaje significativo de adolescentes experimenta problemas relacionados con el uso de sustancias. Al final de la secundaria, aproximadamente el 90% de los estudiantes han probado alcohol y más del 40% informa haber probado una droga ilícita; las mujeres consumen más bebidas alcohólicas que los hombres y el consumo es más alto entre los estudiantes que asisten a las instituciones educativas privadas que a las públicas, lo que representa un cambio de paradigma. (2)

La presentación clínica depende de la sustancia, la cantidad y el individuo, siendo el rasgo distintivo de los TUS en adolescentes la alteración en el funcionamiento psicosocial y académico. Todas las sustancias psicoactivas, incluyendo aquellas disponibles para adultos, son ilegales en los niños y adolescentes. (3) La historia natural de este trastorno resalta que el uso inicial puede ocurrir por curiosidad o por la disponibilidad de una sustancia; el contexto social es clave para el acceso, especialmente de las sustancias puentes. Dentro de los factores de riesgo se resalta la falta de cercanía y apego entre padres e hijos, la falta de participación en la vida del niño, y la falta de supervisión y disciplina. (4)(5)

Principios generales en la evaluación

Katty Samyra Velez Ascanio

MD Psiquiatra - Universidad Simón Bolívar con segunda especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente - Universidad El Bosque.

La evaluación de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) en adolescentes debe ser integral, considerando múltiples dimensiones del funcionamiento del joven. El proceso se centra en identificar si existe un problema de uso, cómo este afecta al funcionamiento diario del adolescente y si existen problemas concurrentes, como comorbilidades psiquiátricas, que incluyen trastornos del estado de ánimo y ansiedad, los cuales pueden llegar hasta un 63% en esta población. (6)

Es crucial explorar áreas clave como el entorno personal, familiar, social y académico, así como las características del consumo (inicio, cantidad, frecuencia y consecuencias). Además, se debe establecer una cronología de síntomas que permita vincular el TUS con sus comorbilidades asociadas. (7) La evaluación debe incluir preguntas específicas para cada sustancia involucrada, lo que proporciona una visión más precisa y un tratamiento adecuado. (8) Herramientas como el CRAFFT y el ADAD son



esenciales para evaluar el consumo y sus repercusiones, ya que proporcionan un marco estructurado para la entrevista y el diagnóstico. (9)(10) También es recomendable realizar pruebas de orina para detectar sustancias y recopilar información de padres, maestros y otros cuidadores. (11)

Este enfoque garantiza que el tratamiento sea personalizado, atendiendo tanto a la naturaleza del trastorno como a los factores contextuales que lo rodean. En cuanto a los tratamientos, es clave reconocer las tareas de desarrollo específicas del adolescente. Estos deben ser intensivos y de duración suficiente, lo más integrales posible, fomentando la participación familiar y siendo sensibles a las realidades culturales y socioeconómicas. Los entornos de tratamiento incluyen opciones hospitalarias, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, tratamiento diario y ambulatorio, por lo que su selección debe considerar la modalidad, el tiempo y la intensidad. (12)

Es fundamental que los adolescentes con TUS sean tratados en entornos menos restrictivos, pero que sean igualmente seguros y efectivos. (13) Los principios de la evaluación deben garantizar que el diagnóstico y el plan de tratamiento estén alineados con las necesidades específicas del adolescente, considerando tanto los riesgos inmediatos como las posibles complicaciones a largo plazo.

Tratamiento en Farmacodependencia en Niños, Niñas y Adolescentes: Retos, Evidencia y Estrategias Innovadoras.

Andrés Felipe López Caballero

Fellowship de Psiquiatría Infantil y del Adolescente - Universidad el Bosque. Especialista en Epidemiología - Universidad del Tolima. Especialista en Pedagogía y Docencia Universitaria - Fundación Universitaria del Área andina. Maestrando en Educación Corporación Universitaria Iberoamericana.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la infancia y adolescencia representa un fenómeno multifactorial, arraigado en determinantes neurobiológicos, psicosociales y culturales. En las últimas décadas se ha evidenciado un incremento preocupante en la edad temprana de inicio, con patrones de consumo que transitan desde sustancias legales como el alcohol y el tabaco hacia drogas ilícitas como la marihuana, los inhalantes y, en menor medida, los opioides y estimulantes. En Colombia, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2022 reporta que la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol es de 12.1 años, mientras que para marihuana es de 13.8 años, reflejando un patrón de riesgo progresivo que afecta especialmente a estudiantes de secundaria y jóvenes en contextos de vulnerabilidad social. (2)

La adolescencia constituye un periodo crítico de maduración cerebral, donde regiones como la corteza prefrontal aún están en desarrollo, lo que favorece comportamientos impulsivos y una baja percepción del riesgo. Estas condiciones, unidas a factores ambientales como la disfunción familiar, el maltrato o el consumo parental, configuran un entorno fértil para la iniciación precoz en el uso de sustancias. Estudios longitudinales, como el *Adolescent Brain Cognitive Development Study*, han demostrado que ciertas diferencias anatómicas cerebrales preceden el consumo de sustancias, lo que plantea un giro conceptual: el consumo no solo altera el cerebro, sino que ciertos perfiles neurocognitivos podrían predisponer al inicio del uso de drogas. (12)

El abordaje terapéutico de las farmacodependencias en esta población debe superar la visión tradicional centrada exclusivamente en la abstinencia. Las Guías Clínicas de Manejo de Trastornos por Uso de Sustancias en Niños y Adolescentes proponen que el tratamiento debe ser integral, personalizado, continuo y orientado a la rehabilitación funcional, incluyendo estrategias de reducción de daño, intervención temprana, fortalecimiento psicosocial y trabajo familiar. (6) Un elemento central en el éxito terapéutico es la inclusión de modelos biopsicosociales que integren enfoques conductuales



Sección II. Simposios

(como la terapia cognitivo-conductual y el manejo de contingencias), intervenciones motivacionales y terapias basadas en la familia, tales como la Multidimensional Family Therapy, que han demostrado eficacia sostenida a largo plazo. (5)

Las intervenciones breves, particularmente en el contexto escolar y comunitario, han ganado terreno como herramientas costo-efectivas. En un estudio aleatorizado reciente, la implementación de una intervención breve y personalizada sobre uso de alcohol en adolescentes con enfermedades crónicas logró reducir en un 40% la frecuencia de consumo en jóvenes de alto riesgo, evidenciando el impacto de estrategias tecnológicas adaptadas al perfil del paciente.

Finalmente, es indispensable fortalecer las políticas públicas y la inversión en salud mental infanto-juvenil. Tal como advierte Thomasius et al., la evidencia en tratamientos farmacológicos aún es limitada, y existe una necesidad urgente de generar investigación contextualizada, especialmente en países de ingresos medios, que permita adaptar estrategias eficaces a realidades culturales específicas. (13)

Este simposio busca generar un espacio de reflexión crítica y acción intersectorial sobre los desafíos y oportunidades del tratamiento de la farmacodependencia en niños, niñas y adolescentes, promoviendo una mirada integradora que articule la ciencia, la clínica, la política y la comunidad

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013. 947 p.
2. Ministerio de Justicia y del Derecho Colombia, Observatorio de Drogas de Observatorio de Drogas de Colombia M de EN. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia en población escolar 2022. Primera Ed. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia ODC; 2022.
3. Essau C. Adolescent addiction: Epidemiology, assessment, and treatment. Essau C, editor. London, United Kingdom: Academic Press.; 2008.
4. Elkington KS, et al. Social influences on adolescent substance use: A review of family, peer, and community factors. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2010;19(4), 343-358.
5. Fatus M, Squeglia L, Valadez E, Tomko R, Bryant B, Gray K. Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies. *Curr Psychiatry Rep*. :2019 Sep 14;21(10):96. doi: 10.1007/s11920-019-108.
6. Gaur N, Gautam M, Singh S, Raju V, Sarkar S. Clinical Practice Guidelines on Assessment and Management of Substance Abuse Disorder in Children and Adolescents. *Indian J Psychiatry*. :2019 Jan;61(Suppl 2):333-349. doi: 10.4103/psychia.
7. Knight J, Sherritt L, Shrier L, Harris S, Chang G. The CRAFFT questionnaire for screening alcohol and other drug use in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. :2002;156(6):607-614. doi:10.1001/archpedi.156.6.60.
8. National Institute on Drug Abuse. Adolescent substance use and substance use disorders [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://www.nida.nih.gov>.
9. Winters K, Stinchfield R. The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) questionnaire: A clinical tool for assessing adolescent substance abuse. *J Child Adolesc Subst Abuse*. :2003;12(2):11-27.
10. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://www.nida.nih.gov>.



11. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders (3rd ed.). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278>. 2023.
12. Pichardo F, Wilson S. The Adolescent Brain Cognitive Development Study and How We Think About Addiction. *JAMA Netw Open*. :2024 Dec 2;7(12):e2451997. doi: 10.1001/jamanetwor.
13. Thomasius R, Paschke K, Arnaud N. Substance-Use Disorders in Children and Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. :2022 Jun 24;119(25):440-450. doi: 10.3238/arztebl.



Sección II. Simposios

Simposio 6.

Salud mental y bienestar emocional: Programa Aventurémonos en Familia, una aventura de reconocimiento, regulación y recuperación emocional en familia.

Claudia Velázquez

Universidad del Norte.

La Democratización de la Educación Emocional para la Consolidación de la Salud Mental

Ana Rita Russo de Sánchez.

Universidad del Norte.

La salud mental en la infancia es fundamental para alcanzar el desarrollo integral e indicadores de bienestar a lo largo del ciclo vital, minimizando el riesgo de padecer trastornos y problemas mentales en la adolescencia y la edad adulta. Es la salud mental la base para que los seres humanos desarrollen su pleno potencial, así como habilidades cognitivas, emocionales y sociales. Según la OMS (2022) la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (1) En las niñas y los niños, la salud mental tiene en cuenta marcadores de edad y de la trayectoria de vida, abarcando en un sentido positivo, la identidad, habilidades para regular los pensamientos y emociones, disposición para entablar relaciones, la capacidad de aprender y adquirir educación (Unicef, 2021). (2)

En concordancia con lo anterior, el Programa de Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional-Pisotón, de la Universidad del Norte, (3) concibe la salud mental como un proceso de co-construcción, en el cual es importante conocer y comprender la forma en la que se desarrollan y se entretienen las emociones, los vínculos con los otros, el manejo y la resolución de conflictos, la relación empática, lo consciente y lo inconsciente, la regulación emocional y el bienestar. Esto, desde los inicios de la vida psíquica, teniendo siempre presente la diferenciación entre satisfacción de necesidades y la interacción con el medio circundante.

Es por ello, que a lo largo de la conferencia: *La Democratización de la Educación Emocional para la Consolidación de la Salud Mental*, se hace un recorrido por la fundamentación teórica y conceptual del Programa Pisotón durante estos 27 años de su implementación, abordando las diferentes líneas de acción que se han desarrollado para acompañar a la población infanto-juvenil, y movilizar el conocimiento de la teoría del desarrollo emocional y psicoafectivo, con el fin de contribuir a la consolidación de la salud mental de niñas, niños y adolescentes, y sus familias, en sus diferentes contextos y ambientes, facilitando la construcción de su identidad en un proceso permanente en el que median factores biológicos, psicológicos, emocionales, sociales, históricos y culturales.

Entre las líneas de acción se encuentra el Programa Aventurémonos en Familia (4), implementado en Colombia y la Región Caribe con el apoyo de instituciones gubernamentalmente y no gubernamentales. Este Programa se diseñó como respuesta ante el aumento de la violencia intrafamiliar y los problemas de salud mental durante la crisis generada por la pandemia COVID- 19, con el fin de brindar un acompañamiento a las familias para que pudieran identificar, comprender y gestionar adecuadamente formas más sanas de interacción; fortaleciendo sus recursos personales para promover los lazos y vínculos afectivos, la sana convivencia en casa y potencializar nuevas dinámicas al interior de las familias.

Desde entonces, Aventurémonos en Familia, busca acompañar a las familias en la promoción de la salud mental, del buen trato, la resiliencia al interior de los hogares y la mitigación de las violencias,



generando un espacio para el reconocimiento, la regulación y la recuperación emocional de las niñas, niños, jóvenes y familias en general, que se encuentren inmersas en contextos reales o potenciales de violencia.

Del Saber al Ser: Formación de maestras y maestros en habilidades socioemocionales, una estrategia para la prevención y promoción de la salud mental en niñas y niños.

Luz Caroll González Mancipe

Universidad del Norte.

Durante los años de investigación desarrollados por el Programa Pisotón de la Universidad del Norte, (3) junto con los últimos resultados evidenciados en el proceso de cualificación con 909 agentes educativos en desarrollo integral con énfasis en fortalecimiento de habilidades socioemocionales y acompañamiento familiar para la prevención de violencias, se evidencia la necesidad de acompañar a las niñas, niños y a sus familias en estrategias que les permitan desarrollar habilidades socioemocionales y comunicativas para solucionar asertivamente los conflictos, fortalecer la unión y la sana convivencia al interior del hogar, de manera que padres y cuidadores puedan generar límites desde el amor sin empobrecer la autoestima y el autoconcepto en hijas e hijos.

Según el índice Welbin 2024, (5) en Colombia el 86% de los colegios no sabe cómo acompañar efectivamente las necesidades de salud mental, física y social de su comunidad; el 86% de los colegios aún no tienen sistemas de medición y análisis sobre el bienestar emocional y salud mental de sus estudiantes; el 33% de los docentes han sido formados en prevención al suicidio y esta es una de las principales causas de muerte en adolescentes; las principales necesidades de formación docente son: salud mental, disciplina Positiva, prevención de sustancias p.a. y educación inclusiva: además, sólo el 15% de los colegios afirma que las familias participan activamente en programas de bienestar.

Es por ello, que el Programa Pisotón por medio de una formación para maestras y maestros en habilidades socioemocionales, orienta al docente y sus prácticas pedagógicas desde diferentes dimensiones, incluyendo, el **SER**, el **SABER**, el **SABER-HACER** y el **SABER-CONVIVIR**. Esta perspectiva integral permite una transformación que se basa tanto en los conocimientos que previamente trae el participante, como en los nuevos conocimientos que va construyendo de la mano con su tutor, así como también en un cambio personal e interno. Los conceptos teóricos se interiorizan a través de la reflexión personal y profesional, llevándolos de esta forma a la experiencia propia. Es así como, los conceptos tratados no se analizan como elementos teóricos lejanos, sino como elementos que impactan tanto en la propia vida como en la vida de cada niña y niño a su cargo. (6)

Hoekstra y Korthagen (2011) amplían el concepto de reflexión hacia el ámbito personal e interno (7); manifiestan que el cambio de una práctica no se basa únicamente en procesos racionales, sino también en aspectos emocionales y motivacionales. Los autores proponen un modelo de desarrollo profesional que implica factores internos, como una mayor conciencia de los propios procesos cognitivos y afectivos y la reflexión de frustraciones y motivaciones. Siguiendo este enfoque, Timstsuk y Ugaste (2012) indagan la importancia de las emociones para el desarrollo de la identidad profesional como educador y proponen una relación mutua entre emociones y práctica profesional. (8) Los autores recomiendan capacitar a los educadores en reconocer y expresar sus propias emociones, para luego ser capaces de reconocer también las emociones de los demás, elemento que se integra dentro de la metodología manejada en el Programa Pisotón.

En este sentido desde la presente conferencia, se aborda la formación a maestras y maestros en habilidades socioemocionales como estrategia para la promoción de la salud mental y prevención de



Sección II. Simposios

problemas emocionales, donde a partir de un enfoque diferencial, de acción sin daño, se propone un currículo basado en la experiencia, en la legitimización y la validación del saber que trae el docente, del resultado de sus interacciones con las niñas, niños y familias, quienes a su vez también comparten sus saberes para así lograr consolidar herramientas innovadoras, creativas y contextualizadas que promuevan la corresponsabilidad y las capacidades de las familias en torno a la protección, el cuidado y desarrollo integral y la salud mental de las niñas y los niños.

De la Investigación a la Acción: Principales resultados del Programa de Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional Pisotón en Colombia.

Liceth Paola Reales Silvera

Universidad del Norte.

El monitoreo y la evaluación es un eje transversal que ha acompañado los procesos de formación, acompañamiento e intervención del Programa Pisotón (3), resultado una tesis doctoral en 1997; es así como la investigación se transforma en acción con el diseño e implementación de este Programa en el territorio colombiano; la experiencia directa con los niños y las niñas durante el proceso investigativo, constituyó el punto inicial para responder a partir de la investigación a preguntas estrechamente relacionadas con la salud mental, la educación emocional y el desarrollo psicoafectivo en la infancia ¿Es posible prevenir trastornos emocionales si los niños y las niñas reconocen sus emociones y aprenden a regularlas? ¿Es posible, a pesar de la situación en la que están inmersos, y por más que vivan en escenarios de pobreza y violencia, como es el caso de tantos niños colombianos? buscando así en la educación emocional una respuesta que permitiera prevenir problemáticas psicosociales, y promocionar la salud emocional y el armonioso desarrollo psicoafectivo del individuo, de manera lúdico-educativa.

A partir del desarrollo de la investigación, se busca lograr un mayor impacto del conocimiento científico articulado a la proyección social y transformación, teniendo como objetivo estratégico: maximizar el alcance e impacto del Programa y sus líneas de acción, en la salud mental y desarrollo psicoafectivo de los niños, niñas, jóvenes y familia. Es por ello, que en esta conferencia se presentan los principales resultados de evaluación de las últimas investigaciones desarrolladas al igual que los retos y oportunidades con relación a la generación de programas sustentados en la evidencia empírica, que puedan incidir, atender y dar respuesta a las problemáticas contemporáneas que afectan el desarrollo integral, especialmente, en la infancia y la adolescencia, momentos del ciclo vital donde se sientan las bases del desarrollo y potencial humano, y es posible generar intervenciones más eficaces con mayor impacto a largo plazo, minimizando la cadena de riesgo del padecimiento de problemáticas psicosociales que afecten su bienestar.

Entre las principales investigaciones, se aborda la evaluación de resultados del Programa Pisotón en sus últimos 10 años, estudio desarrollado por La Fundación Para el Desarrollo del Caribe - Fundesarrollo. donde se analizaron diferencias de medias en una muestra de 776 niños que participaron en el Programa, y se emplearon dos técnicas cualitativas: grupo focal a 12 docentes y entrevistas a 6 exparticipantes del programa entre los 14 a 35 años. Los resultados muestran mejoría en la salud mental, en el desarrollo psicoafectivo y beneficios en términos de habilidades a nivel personal y social. Cabe mencionar que, en esta conferencia, también se exponen otros estudios relacionados con el efecto del Programa en el desarrollo socioemocional y psicoafectivo, especialmente, en la primera infancia.

Finalmente, se cuenta con los resultados de investigación del Programa Aventurémonos en Familia, aplicado en contexto de pandemia (4); en el estudio participaron 159 cuidadores y 139 niñas y



niños en los departamentos de Atlántico, Sucre y Córdoba, los hallazgos muestran mejoras en la funcionalidad familiar y el de sus integrantes relacionadas con desarrollo de habilidades emocionales el reconocimiento, la expresión y regulación de emociones. Estos resultados se complementan con los derivados de la investigación desarrollada en el año 2023, para evaluar su impacto sobre las competencias socioemocionales y la funcionalidad familiar en niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores de comunidades de influencia de la Fundación Procaps.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. WHO, editor. Washington DC: World Health Organization; 2022.
2. UNICEF. Salud mental para todos las niñas y los niños. UNICEF Colombia. [Internet]. 2021 [citado 2025 abr 11]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/historias/salud-mental-para-todos-los-ninos-y-ninas>. 2021.
3. De Sánchez A, Silvera L, Mancipe L, Molinares D, Martelo B, Castilla N, et al. Evaluación de resultados del Programa en Desarrollo Psicoafectivo y Educación Emocional, Pisotón. Summa Psicol UST. :2024;21(2): 42-52.
4. De Sánchez A, Silvera L, Molinares D. Programa de educación emocional: “Aventurémonos en familia”: Una estrategia para la promoción de la salud mental, la funcionalidad familiar y la prevención de violencia. Rev Int Humanidades. :2022. 14:2. Monog.
5. Welbin y Laboratorio de Economía de la Educación (LEE) de la Pontificia Universidad Javeriana (2024). Índice Welbin - Colombia, 2024. Condiciones y prácticas escolares para el bienestar. Bogotá, Colombia.
6. Zinke L, De Sánchez A, Vera-Márquez A. Educator’s reflection on pedagogical practices changes. Rev Bras E:2016;4(7):132-55.
7. Hoekstra A, F. K. Teacher learning in a context of educational change: Informal learning versus systematically supported learning. J Teach Educ. :2011;62(1):76-92.
8. Timoštšuk I, Ugaste A. The role of emotions in student teachers’ professional identity. Eur J Teach Educ. :2012;35(4):421-33.



Sección II. Simposios

Simposio 7.

Evidencia de las intervenciones en edad Preescolar

Claudia Patricia Quintero Cadavid

Universidad de Antioquia

Intervenciones tempranas en trastornos del neurodesarrollo.

Claudia Patricia Quintero Cadavid

Psiquiatra pediátrica - Universidad de Antioquia

Los trastornos del neurodesarrollo impactan en las habilidades cognitivas, motoras, sociales y emocionales, algunos en mayor medida y otros de manera permanente. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5) son trastornos del desarrollo intelectual, trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos del desarrollo motor, trastornos específicos del aprendizaje y otros.(1)

Es fundamental realizar una detección temprana de estos trastornos ya que las intervenciones en dicha etapa buscan evitar que las dificultades presentes se vuelvan más complejas y que el niño y su familia logren obtener estrategias que permitan mejorar la calidad de vida y lograr la mayor autonomía posible. El Libro Blanco de la Atención Temprana la define como aquella que se realiza entre los 0 y 6 años de edad, a la familia y el entorno y por parte de profesionales de diferentes disciplinas. (2) La literatura describe que este tipo de intervenciones tienen adecuada evidencia científica y un profundo impacto en los niños, sus familias y la sociedad ya que aborda problemas existentes, y además sirve como medida preventiva, reduciendo la probabilidad de trastornos mentales asociados en las otras etapas de desarrollo del individuo. Diversos autores recomiendan iniciar las intervenciones, aún en ausencia de diagnósticos específicos, de manera individualizada, buscando superar o minimizar los déficits y potenciar las fortalezas.

Dentro de los objetivos de la atención temprana se encuentra reducir el estrés familiar relacionado con el futuro de su hijo y aprovechar la plasticidad neuronal y la presencia de ventanas disponibles para desarrollar ciertas habilidades fundamentales para la autonomía. Sin embargo, la existencia o no de períodos sensibles son objeto de controversia.

También señala la literatura, las dificultades que se pueden encontrar para determinar la evidencia de la eficacia de diferentes intervenciones, teniendo en cuenta la heterogeneidad de los trastornos, de los déficits y de los afectados por un mismo trastorno lo que hace muy necesario individualizar los tratamientos. En el caso del trastorno del espectro del autismo se ha reportado que hay evidencia a favor de las intervenciones conductuales que incluyan a padres y niños. Lo anterior se puede aplicar también en el caso de TDAH en preescolares. (3)

Uso de psicofármacos en preescolares: uso responsable y evidencia en prevención.

Jorge Guillermo Soto vega

Psiquiatra infantil - Universidad de Antioquia

La etapa preescolar, con sus particularidades en el neurodesarrollo, es una puerta abierta a infinitas



posibilidades de intervención buscando desenlaces positivos. Por lo anterior es importante recoger la evidencia disponible sobre las indicaciones, precauciones e impacto del uso de psicofármacos en la etapa preescolar. Y saber si los psicofármacos en la etapa preescolar tienen algún papel en la prevención de psicopatología. (4)

Históricamente se ha pensado que los síntomas de salud mental en la niñez son benignos, transitorios e incluso esperables, por eso los psicofármacos nunca se han recomendado como primera línea en la mayoría de los casos. Además, la evidencia científica, por restricciones éticas, desinterés o falta de recursos, es muy limitada en esta población y especialmente en los preescolares; razón por la cual se extrapolan indicaciones de adultos o se deja sin intervención farmacológica a un ser humano que se puede beneficiar de ella.

Afortunadamente este panorama ha venido cambiando y contamos, cada vez más, con indicaciones acertadas y seguras para el uso psicofármacos en la edad pediátrica, conociendo con claridad el mecanismo de acción, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos a través del neurodesarrollo, las precauciones y los efectos adversos esperados.

Se cuenta con conocimiento de las diferencias en absorción, biodisponibilidad y distribución de los psicofármacos determinados por variaciones en el pH gastrointestinal, en el tiempo de vaciamiento gástrico y tránsito intestinal, pero también por el porcentaje de agua corporal total y de albúmina. Esta información permite predecir que según la hidrosolubilidad o lipofilicidad del fármacos habrá una mayor o menor concentración en plasma y de la misma manera, la penetración de la barrera hematoencefálica. (3)

En cuanto al metabolismo, es claro que la capacidad de la CYP450 en 30 a 50% inferior los primeros 3 años comparada con la de un adulto y algunas isoenzimas pueden tomar tiempo adicional en alcanzar su funcionamiento final, incluso hasta el inicio de la adolescencia. La eliminación de psicofármacos por vía renal es muy funcional desde los 6 meses y se asemeja a la del adulto aproximadamente a los 3 años. (3)

Finalmente, con respecto a la farmacodinamia en la etapa preescolar, es necesario considerar que muchos receptores (Dopamina, Serotonina, Noradrenalina) pueden tener poblaciones elevadas en los primeros años de vida, por lo que algunos efectos secundarios o paradójicos pueden ser más frecuentes en esta población; luego la población de receptores disminuye antes de la pubertad y se equilibra posteriormente al finalizar la adolescencia para llegar a la densidad de los adultos.

A pesar de toda esta información, del aumento de uso de psicofármacos en Psiquiatría infantil y de la disminución de temores injustificados, todavía no hay evidencia contundente sobre el uso preventivo de estos medicamentos en paciente con factores de riesgo y menos claro aún en la etapa preescolar.

Intervenciones efectivas para padres de niños en edad preescolar con psicopatología

Natalia Piedrahita Palacio

Fellow Psiquiatría Infantil - Universidad de Antioquia

La psicopatología de los padres ha sido planteada desde hace varios años como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud mental en niños en edad preescolar, con porcentajes de asociación entre estos de hasta el 12%. El vínculo entre la psicopatología de los padres y los problemas de salud mental infantil no solo involucra factores biológicos (genéticos y prenatales),



Sección II. Simposios

sino también conductas parentales disfuncionales y dificultades en la crianza, lo cual incrementa el riesgo de psicopatología infantil. Pero también, los síntomas de salud mental en los niños afectan la crianza y la salud mental de los padres, existiendo entonces, una relación bidireccional del problema.

Las intervenciones pueden enfocarse en tratar los síntomas de uno de los miembros de la díada padre-hijo o en abordarlos en conjunto, para mejorar simultáneamente los síntomas tanto de los padres como de los niños. (5) Entre las intervenciones descritas en la literatura tenemos.

Intervenciones para padres:

- Tratamiento de la psicopatología parental: intervenciones dirigidas a tratar la ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de personalidad y otros trastornos de los padres.
- Capacitación parental basada en la gestión del comportamiento: programas enfocados a capacitar a los padres en técnicas conductuales o cognitivo-conductuales, en estrategias de disciplina positiva y refuerzo y, en habilidades sociales.
- Crianza consciente: estrategias que fomentan la escucha atenta, la regulación emocional y la aceptación sin prejuicios. (6)

Intervenciones para niños

- Terapia cognitivo-conductual: aplicada directamente a niños con dificultades emocionales y conductuales.
- Intervenciones dirigidas a mejorar la autorregulación emocional: estrategias que enseñan a los niños a manejar sus emociones y mejorar su capacidad de afrontamiento frente al estrés.
- Tratamiento de la psicopatología infantil: intervenciones dirigidas a tratar los diferentes síntomas en los menores.

Intervenciones para ambos (Padres e Hijos)

- Programas integrados de tratamiento: enfoques que abordan simultáneamente la sintomatología parental y las dificultades infantiles
- Prevención de la transmisión transgeneracional de la psicopatología: programas que buscan mejorar la conducta parental y la resiliencia infantil para reducir el riesgo de trastornos psicológicos en la descendencia.
- Fortalecimiento del vínculo afectivo: intervenciones que trabajan en la calidad de la relación padre-hijo, promoviendo la seguridad emocional y la conexión afectiva.

De estas, las intervenciones que incluyen tanto los síntomas parentales como las dificultades de los niños, son las que más evidencia de respuesta han mostrado. Por lo que lo ideal sería implementar enfoques integrados.

Referencias

1. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 5th ed. American Psychiatric Association, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.



2. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. Tercera Ed. Discapacidad. RP sobre, editor. Madrid: ARTEGRAF, S.A.; 2005.
3. Romanowicz M, Pease E, Tarikogullari I, Pon N, Gleason M. Psychopharmacology Considerations for Children Aged under 6 Years. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* :2025 Apr;34(2):257-278. doi: 10.1016/j.chc.2024.08.
4. McVoy M, Findling R. Child and adolescent psychopharmacology update. *Psychiatr Clin North Am.* :2009 Mar;32(1):111-33. doi: 10.1016/j.psc.2008.11.
5. Everett Y, Martin C, Zalewski M. A Systematic Review Focusing on Psychotherapeutic Interventions that Impact Parental Psychopathology, Child Psychopathology and Parenting Behavior. *Clin Child Fam Psychol Rev.* :2021 Sep;24(3):579-598. doi: 10.1007/s10567-021-00.
6. Mourão D, Fonseca A, Moreira H. Psychopathology and Mindful Parenting in Parents of Preschool and School-Aged Children: The Role of Supportive Coparenting. *Int J Environ Res Public Heal.* :2023, 20, 1238. <https://doi.org/10.3390/ijerph2002>.



Sección II. Simposios

Simposio 8.

Análisis del impacto de una intervención desde el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual DBT, en la gestión emocional y efectividad interpersonal de adolescentes escolarizados.

Lyda Marcela Lozano Cortés

DBT Ibagué - Universidad del Tolima

Principales conductas problemáticas de los adolescentes

Carolina Dimey Galindo

DBT Ibagué

Según la OMS los adolescentes son el 16 % de la población mundial, y los estudios respecto a su salud mental son cada día más preocupantes; se afirma desde esa institución que la mitad e los problemas de salud mental adolescente se manifiesta antes de los 14 años.

“Los problemas de salud mental durante la adolescencia suelen ser precursores de varios comportamientos de alto riesgo, tales como las conductas autolesivas, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias, los comportamientos sexuales de riesgo y la exposición a la violencia, cuyos efectos persisten y acarrear graves consecuencias durante toda la vida”. (1)

Por otra parte, desde la perspectiva biosocial, los adolescentes y jóvenes son vulnerables cuando su ambiente sociofamiliar es invalidante, que frustra sus oportunidades de logro, los lleva a cuestionarse acerca del autorreconocimiento de sus vivencias, sus sentimientos y emociones, dando lugar a la desregulación emocional, que puede desencadenar conductas de riesgo. (2)

La desregulación emocional como fenómeno transdiagnóstico hace parte del núcleo problemático de múltiples trastornos emocionales que de no tratarse tienen altas probabilidades de escalar a complicaciones comportamentales graves como las conductas suicidas y autolesivas. (3)

Distintos estudios han evidenciado la concurrencia entre la desregulación emocional, las conductas de riesgo, los trastornos de estado ánimo y los trastornos de ansiedad en los adolescentes, así como la comorbilidad con trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad o TDAH.

Por otra parte, investigadores han encontrado que la mayoría de las conductas problemáticas en adolescentes tales como comportamiento violento, atracones de alcohol y cigarrillo, conductas sexuales de alto riesgo, trastornos de conducta alimentaria o uso de drogas ilícitas representan un factor de riesgo alto para conducta suicida. (4)

En Colombia, el 44,7% de los niños y niñas sufren afectaciones en su salud mental, mientras en el mundo la cifra es de 168 millones. (5)

Según cifras del Ministerio de Salud, en Colombia el 44,7% de los niños y las niñas muestran indicios de afectaciones en su salud mental. La cifra incluye a jóvenes de 17 a 24 años, adolescentes de 12 a 16 años y población infantil de 6 a 11 años. A esto se suman los datos de Medicina Legal que muestran que en 2023 hubo 230 suicidios de niños, niñas y adolescentes, mientras esta cifra llega a 140 en el primer trimestre de 2024. La violencia en sus entornos, el conflicto armado, el acoso escolar, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros factores, son detonantes de estos problemas.



La escuela como determinante contextual – Papel de DBT en prevención primaria

Carolina Bonilla Tovar – Paola Rubio Chávez

DBT Ibagué

El colegio es el escenario donde niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo y es un laboratorio perfecto donde se inician los aprendizajes y se observa cómo son utilizados, decantados y la manera en que van evolucionando a través del tiempo, se espera que la escuela no sea tan solo un sitio donde van a aprender datos históricos o científicos, sino donde puedan tener aprendizajes significativos para sus vidas.

Las transacciones individuo ambiente son evidentes en el contexto escolar, las conductas del estudiante generan reacciones en la escuela y esta a su vez genera cambios en los estudiantes.

En palabras de Krishnamurti, es necesario “desarrollar la mente de los educandos, de enseñarles a vivir, de aprender no sólo de los libros sino de la vida, de producir cambios mentales orientados a que cada persona aprenda por sí mismo acerca de sí mismo” De esta forma la escuela es un espacio de interacción, construcción y desarrollo de potencialidades necesarias para la comprensión del mundo, sus relaciones y sus posibles transformaciones. (6)

Hasta el momento en la mayoría de las escuelas se procede a llevar a cabo una intervención luego de la presentación de una conducta problemática en los estudiantes, a dar manejo a través de la utilización de medidas punitivas una vez que las normas de comportamiento o el respeto entre compañeros se ha roto, en estos casos sucede lo mismo que en todas las situaciones en las que el castigo es utilizado para resolver el problema y es que solo funciona cuando quien lo emplea está mirando.

Desde la propuesta de DBT para los colegios se plantea que la intervención debe ser dirigida a la prevención de tal manera que se de la formación a los jóvenes antes de que las conductas problemáticas inicien.

DBT Escuelas es un plan de estudios universal que enseña habilidades de regulación emocional, habilidades para la toma de decisiones y habilidades interpersonales a nivel individual. Las habilidades son particularmente útiles ya que la confusión acerca de uno mismo, la dificultad para manejar las emociones, la impulsividad y las dificultades interpersonales pueden ser todos aspectos de la etapa del desarrollo de la adolescencia. (7)

A los estudiantes se les enseñan destrezas con un alto grado de especificidad y con definiciones explícitas, que están orientadas a los problemas y estresores que los adolescentes a menudo enfrentan. (7)

Los estudiantes aprenden habilidades para manejar emociones conductas y relaciones y poder aplicar (o generalizar) estas habilidades a sus vidas fuera del colegio.

Estudio de intervención de prevención con herramientas DBT en un grupo de estudiantes de 6° grado en un colegio de Ibagué: Análisis del impacto de una intervención desde el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual DBT, en la gestión emocional y efectividad interpersonal de adolescentes escolarizados

Paola Rubio Chavez, Nelly Hernández Molina y Lyda Marcela Lozano Cortés

Universidad del Tolima

Esta propuesta de intervención tiene como objetivo evaluar una intervención grupal desde una terapia contextual con alto nivel de evidencia en estudios clínicos con pacientes complejos que es trasladada



Sección II. Simposios

a la promoción y prevención en salud en la población adolescente que naturalmente está expuesta a múltiples cambios biológicos y emocionales y enmarcada en el ámbito escolar.

Se realizó caracterización de la población y se aplicaron escalas a los adolescentes y a sus padres, DERS-E (escala de desregulación emocional) y SDQ-CAS (cuestionario de capacidades y dificultades) (8).

Se recogieron experiencias de estudiantes, padres y profesores a través de la realización de grupos focales antes y después de la intervención.

Hipótesis de trabajo: Brindar herramientas a los adolescentes, mejorará su capacidad para gestionar emociones y las relaciones interpersonales generando un impacto positivo frente a la resolución de conflictos y disminución de conductas problemáticas en los adolescentes.

La intervención se realizó:

- Entrenamiento a los menores que cursan 6° grado en habilidades de conciencia plena, tolerancia al malestar, aceptación radical, regulación emocional y efectividad interpersonal.
- Sesiones de capacitación y orientación para los padres y profesores que están vinculados a este grado en habilidades de comunicación validante y efectiva; así como en estrategias comportamentales útiles para la interacción con los menores.

La utilización de las escalas que se usan globalmente en los equipos de DBT como la DERS, se empleó para realizar un tamizaje inicial y posterior a la intervención de manera autoaplicada. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las escalas previa a la intervención y posterior a la misma en la escala DERS-E.

El grupo poblacional elegido para el estudio se encontraba a la etapa denominada “primera adolescencia” para la cual se pensó hacer una intervención primaria que se utiliza para personas que no corren riesgo, sin embargo en la escala inicial los resultados mostraron que la población total de adolescentes puntuó para desregulación emocional; encontrando que el 65% de los encuestados se encontraba con una desregulación emocional entre moderada y muy severa.

Dentro del contenido de los grupos de habilidades se enseñó a etiquetar, identificar, aprender a ser conscientes de sus emociones y la manera de tolerarlas.

En el DERS-E posterior se evidenció una mayor capacidad de pensar en el cuerpo las emociones, de tal forma que lograron identificar sus impulsos de acción y las dificultades en la regulación.

En el grupo focal los profesores notaron en sus estudiantes la capacidad de ubicar sus emociones y etiquetarlas, fueron conscientes de los esfuerzos de los estudiantes por no explotar y poner en práctica las habilidades de regulación emocional que se enseñaron y practicaron en el grupo.

En cuanto a la escala de capacidades y dificultades, es notorio ver como la escala autoaplicada por los estudiantes detecta mayor presencia de dificultades que la percibida por los padres y registrada por ellos en el instrumento utilizado.

La Escala de problemas con compañeros se afectó positivamente, al igual que la escala de conductas prosociales, y la escala de síntomas emocionales.

Respecto al trabajo con los padres y docentes, la asistencia a los talleres fue baja, menos de la mitad de los padres y dos de los docentes.



La participación de los acudientes asistentes fue activa, expresaron su necesidad de aprender sobre las emociones, estrategias de validación y técnicas de manejo conductual; reconocieron dificultad en el manejo de sus propias emociones y desconocimiento de técnicas efectivas de comunicación con los adolescentes.

Los padres propusieron que la estrategia de prevención sea implementada antes de iniciar el bachillerato y fuese obligatoria en el programa académico la asistencia de la totalidad de acudientes, docentes y directivos.

Referencias

1. Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, S. C, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc.* :2009 Jan-Mar;18(1):23-33. doi: 10.1017/s1121189x00.
2. Rathus JH, A. M. Manual de habilidades DBT para adolescentes. Primera Ed. La Plata: EDULP; 2022.
3. Turton H, Berry K, Danquah A, Pratt D. The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *J Affect Disord Reports,*. :2021, Vol 5, 100136, doi. org/10.1016/j.jadr.2021.1.
4. Rathus JH, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2002;32(2):146–57.
5. UNICEF. “De salud mental sí hablamos”: UNICEF Colombia propone abrir una conversación sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes. En Centro de prensa UNICEF 21 mayo 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/de-salud>.
6. Echavarría C. La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet].* 2003; 1(2): 15-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_art.
7. Mazza J, Dexter E, Miller A, Rathus J, Murphy H. Habilidades DBT en escuelas: Entrenamiento de habilidades en resolución de problemas emocionales para adolescentes. Primera ed. La Plata: EDULP;
8. Muñoz-Martínez A, Vargas R, Hoyos-González J. Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colomb Psicol.* :2016 19(1), 225–236. <https://doi.org/10.14718/ACP>.



PREVENCIÓN:
**La Puerta de Oro
para la Salud Mental**



SECCIÓN III

**Trabajos Libres.
Modalidad de poster**



Poster 1.

Trastorno de Estrés Postraumático en Niños, Niñas y Adolescentes

Natalia Piedrahíta-Palacio, Juan Pablo Zapata-Ospina, Juan Camilo Aguirre-Cardona, Juan David Palacio-Ortiz

Universidad de Antioquia

Resumen: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una condición clínica que puede desarrollarse tras la exposición directa o indirecta a eventos traumáticos. Ha sido reconocido en personas de todas las edades, incluidos los niños, niñas y adolescentes (NNA). Aunque no todos los menores que experimentan un evento traumático desarrollan TEPT, su prevalencia en esta población es mayor que en adultos y varía significativamente según múltiples factores como el tipo de trauma y exposición, contexto sociocultural, método diagnóstico y región geográfica.

Diversos factores aumentan el riesgo de desarrollar TEPT, como el sexo femenino, el historial de traumas previos, bajos recursos socioeconómicos, pertenencia a minorías étnicas, falta de apoyo social y entornos familiares disfuncionales. Por el contrario, contar con cuidadores presentes, sin psicopatología y emocionalmente receptivos actúa como factor protector. (1)

Los síntomas del TEPT han sido agrupados en cuatro dimensiones: reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas/emocionales y aumento de la activación, sin embargo, en NNA su presentación es más heterogénea y puede verse modificada por la etapa de desarrollo, el sexo, factores protectores, la resiliencia y comorbilidades. Las diferencias culturales también influyen en cómo se perciben y expresan los síntomas, y en la respuesta al trauma. En menores de seis años, los síntomas pueden manifestarse con dificultades para establecer vínculos con sus cuidadores, a través del juego repetitivo o con pesadillas no relacionadas explícitamente con el trauma. En mayores de seis años pueden verse manifestaciones como ansiedad, depresión, disociación, regresión en los hitos del desarrollo y problemas conductuales o escolares. Y, en adolescentes, el cuadro clínico tiende a parecerse al de los adultos, sin embargo pueden además involucrarse en conductas de riesgo o autodestructivas o tener pensamientos vengativos o ideas de suicidio.(2)(3)

El diagnóstico se realiza mediante entrevistas estructuradas con el menor y sus cuidadores, considerando duración, intensidad y funcionalidad de los síntomas. Sin embargo, a menudo, el diagnóstico en NNA es difícil, ya que los síntomas pueden confundirse con otros trastornos afectivos como depresión, trastorno bipolar o de conducta. Esto puede llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados, incluso hospitalizaciones prolongadas.

Los efectos del trauma en la infancia pueden verse tanto a corto como a largo plazo. El trauma en niños ha sido asociado negativamente con el desarrollo cerebral, cognitivo, emocional, físico y social. Impacta en la formación de vínculos seguros con los demás. Y en la edad adulta - especialmente si el trauma comienza a una edad más temprana, es repetido o no hay apoyo - se asocia con más probabilidad de psicopatología y con reducción en la esperanza de vida. (4)

El tratamiento del TEPT en NNA se basa en intervenciones multimodales que incluyen terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, intervenciones familiares y, en algunos casos, uso de psicofármacos, con el objetivo de reducir síntomas, mejorar el funcionamiento y prevenir secuelas a largo plazo. (4)

Referencias

1. Al Jowf G, Ahmed Z, An N, Reijnders R, Ambrosino E, Rutten B, et al. A Public Health Perspective of Post-Traumatic Stress Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. :2022 May 26;19(11):6474. doi: 10.3390/ijerph191164.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

2. Lewis S, Arseneault L, Caspi A, Fisher H, Matthews T, Moffitt T, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*. :2019 Mar;6(3):247-256. doi: 10.1016/S2215-0366(19).
3. Davis R, Meiser-Stedman R, Afzal N, Devaney J, Halligan S, Lofthouse K, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. :2023 Nov;62(11):1217-1232. doi: 10.1016/j.jaac.202.
4. Fogler J, Van Scoyoc A, Marquardt M, Phelps R. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Youth. Fifth. Heidi M Feldman, Ellen Roy Elias, Nathan J Blum, Manuel Jimenez y Terry Stancin editor. D-BP, editor. New York: Elsevier Health Sciences; 2022. 594–608 p.



Poster 2.

Procesamiento Sensorial en Niños Hospitalizados: Vínculos, Factores Clínicos y Familiares

Ana María Gómez Puentes, Magdalena Fernández Aldana, Saúl Martínez Villota, Natalia Aristizábal, Laura Mabit, Ana María Gómez y Juan Felipe Garavito.

ICSN - Clínica Montserrat, Hospital Universitario.

Introducción: En los últimos años ha aumentado el número de niños menores de 15 años que requieren hospitalización psiquiátrica. La práctica clínica y evidencia científica actual indican que las alteraciones en la integración sensorial tienen un impacto significativo en el curso clínico y pronóstico de los adolescentes con trastornos mentales comórbidos. Sin embargo, aún existe poca evidencia sobre la prevalencia de la comorbilidad entre las alteraciones en la integración sensorial y los trastornos mentales en adolescentes. Siendo de utilidad identificar esta comorbilidad, dado que puede afectar el pronóstico, la funcionalidad y bienestar de estos adolescentes. (1)(2)(3)(4)

Objetivo: Determinar la prevalencia de alteraciones y déficits de la integración sensorial e identificar comorbilidades y factores asociados en pacientes menores de 15 años hospitalizados en una institución especializada en salud mental.

Métodos: Se realizó un estudio cross-sectional en 52 pacientes menores de 15 años hospitalizados por trastornos mentales agudos. Se evaluó la integración sensorial mediante el Perfil Sensorial 2 (Sensory Profile-2). Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un análisis univariado donde se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión y de proporción de alteraciones de integración sensorial y comorbilidades asociadas. Además análisis bivariado de asociación con la prueba de Chi cuadrado, entre las comorbilidades y el diagnóstico de integración sensorial. También análisis de correlación entre variables continuas con el resultado de alteración sensorial utilizando coeficientes de Spearman. Se utilizó el programa JAMOVI (Versión 2.3) para el análisis estadístico.

Resultados: La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (78.8%), con un diagnóstico principal de trastorno depresivo (73.1%). El 94.2% de los participantes recibían medicación, y un 34.6% presentaba una enfermedad médica concomitante. En cuanto a conductas de riesgo, el 38.5% reportó conductas autolesivas recientes y el 5.4% refirió conductas sexuales de riesgo. Respecto a la evaluación sensorial, el 48.1% presentó déficit sensorial ($p = 0.890$), el 30.8% no mostró alteraciones ($p = 0.008$) y el 21.2% presentó alteraciones leves ($p < 0.001$). Estos resultados indican una alta prevalencia de alteraciones sensoriales en la población analizada, con una proporción significativa de pacientes con afectaciones leves.

Se encontró una correlación débil inversa entre el puntaje de alteración sensorial y el nivel de disfunción familiar, según lo reportado en el APGAR familiar (coeficiente de Spearman $\rho = -0.322$; $p = 0.020$), sugiriendo que una mayor alteración sensorial podría estar relacionada con un resultado de mayor disfunción familiar.

Conclusión: Se observó una alta prevalencia de alteraciones en la integración sensorial en los pacientes adolescentes hospitalizados por trastornos mentales agudos, esto resalta la importancia de su detección. Además, la relación entre disfunción familiar y alteración sensorial sugiere la necesidad de evaluar estos factores de manera integral y sistemática en la atención clínica. La alta prevalencia de déficit sensorial en esta muestra sugiere la necesidad de investigaciones prospectivas para comprender su impacto en la funcionalidad y el tratamiento de estos pacientes.

Referencias

1. Beaudry Bellefeuille I. Un trastorno en el procesamiento sensorial es frecuentemente la causa de



Sección III. Trabajos Libres / Posters

- problemas de aprendizaje, conducta y coordinación motriz en niños. *BOL PEDIATR.* :2006; 46: 200-203.
2. Li Z, Sturge-Apple M, Jones-Gordils H, Davies P. Sensory processing sensitivity behavior moderates the association between environmental harshness, unpredictability, and child socioemotional functioning. *Development and Psychopathology.* :2022;34(2):675-688. doi:10.1017/S0954579421001188.
 3. Salamanca L, Naranjo M, Díaz-Plata L, Salinas-Velasco R. Estudio de asociación del trastorno del desarrollo de la coordinación con los problemas de conducta en niños de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Cienc. Salud.* :2016 Dec [cited 2025 Apr 23]; 14(3): 351-363. A.
 4. May-Benson T, Easterbrooks-Dick O, Teasdale A. Exploring the Prognosis: A Longitudinal Follow-Up Study of Children with Sensory Processing Challenges 8–32 Years Later. *Children.* :2023. 10(9), 1474. <https://doi.org/10.3390/childre>.



Poster 3.

Resistiendo la presión del grupo, intervención educativa para elevar conocimiento familiar en el manejo de la Salud Mental en adolescentes.

Yudenia Marín Avila, Elenia Luisa Díaz Hernández y David Hernández Cabrera.

Policlínico Docente Arturo Puig Ruiz de Villa. Minas.

Introducción: La familia ocupa un lugar trascendental en la formación del ser humano y en su salud mental, especialmente en edades iniciales de la vida como la adolescencia. (1)(2)(3)(4)(5)

Objetivo: Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa, con el objetivo de elevar conocimiento familiar en el manejo de la salud mental en los adolescentes, pertenecientes al consultorio número trece, del Policlínico Comunitario Docente "Arturo Puig Ruiz de Villa" Minas, comprendido entre enero 2022-mayo 2024.

Resultados: Se trabajó con un universo de 32 familias con hijos adolescentes, a un integrante de dichas familias se les aplicó una encuesta elaborada por los autores con previo consentimiento informado. Se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, nivel de escolaridad, clasificación de las familias según ontogénesis, funcionabilidad familiar, manejos educativos, dispensarización de las familias. Los datos se resumieron en tablas estadísticas luego de ser procesados mediante frecuencias absolutas y relativas.

Conclusión: Al concluir la investigación se determinó que prevaleció el grupo de padres o tutores entre los 25 y 30 años de edad, con predominio del sexo femenino sobre el masculino, con hijos adolescentes. La mayoría procedentes de familias extensas, moderadamente funcionales, con estilo de comunicación autocrático, manejos educativos y nivel de conocimientos inadecuados, al inicio de la investigación. Después de aplicada la intervención educativa se modifican un número de familias asciende hacia lo moderadamente funcional, el estilo de comunicación fluye hacia lo democrático, alcanzando el indicador adecuado en los métodos educativos y el nivel de conocimiento, demostrando la efectividad de la intervención educativa.

Palabras clave: salud mental, competencia, adolescencia.

Referencias

1. Suárez-Palacios P, Velez-Munera M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*. :2018. 173-198.
2. Serrano A. Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad. El desarrollo cognitivo del adolescente. :2019. 1-8.
3. Lares R, Rodriguez L. Hacia un nuevo concepto de familia: la familia individual. *FILHA*. :2023. 16(24), 15. <https://doi.org/10.60685/filha.v>.
4. FEAFES. Guía familiar y Salud Mental. :FEAFES Salud Mental Extremadura, Extremadura. 2022.
5. Ares M. Familia cubana, realidad económica y políticas sociales. Fortalezas y desafíos. [Disertación] Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, La Habana. 2020.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 4.

Herederos del Caos: El Desafío de Crecer en un Mundo Cambiante

Jennifer Veronica Sierra Gomez, Maria Alejandra Palacios y Gustavo Lara

Unisanitas

Introducción: La crisis climática no solo representa una amenaza ambiental, sino que también tiene efectos significativos en la salud mental de los niños y adolescentes. La ecoansiedad se define como la angustia psicológica generada por la percepción de un futuro incierto debido al cambio climático. Investigaciones recientes indican que los jóvenes experimentan un profundo malestar emocional asociado con el deterioro ambiental, manifestando síntomas como estrés, depresión, insomnio y una sensación de desesperanza. (1)(2)(3)(4)(5)

Objetivo: Analizar el impacto del cambio climático en la salud mental de niños y adolescentes a través de una revisión de la literatura y explorar los factores que contribuyen a la ecoansiedad en esta población.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura utilizando bases de datos académicas como PubMed, PsycINFO, y Scopus utilizando términos MeSH y Emtree. para identificar artículos relevantes publicados entre 2020 y 2024. Los criterios de inclusión fueron estudios que abordaran la ecoansiedad en niños, niñas y adolescentes (NNA).

Resultados: Los estudios revisados confirman que la ecoansiedad en NNA es una respuesta emocional creciente ante la crisis climática, manifestándose en síntomas como preocupación constante, estrés, insomnio, dificultad para concentrarse y sentimientos de desesperanza. La exposición frecuente a noticias sobre el cambio climático, la percepción de inacción por parte de los adultos y la sensación de falta de control sobre el futuro son factores clave que intensifican esta ansiedad. Además, poblaciones vulnerables, como comunidades indígenas y jóvenes con una fuerte conexión con la naturaleza, presentan niveles más elevados de angustia emocional debido a la degradación ambiental y la pérdida de su entorno. Es fundamental abordar la ecoansiedad desde una perspectiva preventiva y de intervención, proporcionando estrategias de afrontamiento que ayuden a los NNA a canalizar su ansiedad de manera saludable y productiva.

Conclusión: La ecoansiedad en NNA es un fenómeno emergente con implicaciones profundas para la salud mental y el bienestar. Es fundamental desarrollar estrategias de afrontamiento y programas de apoyo que promuevan la resiliencia y fomenten la acción climática positiva. Además, se recomienda incluir la educación ambiental en los programas escolares para empoderar a los jóvenes y reducir la sensación de impotencia ante la crisis climática

Referencias

1. Gislason M., Kennedy A, Witham S. The interplay between social and ecological determinants of mental health for children and youth in the climate crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. :2021. 18(9), 4573. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094573>.
2. Léger-Goodes T, Malboeuf-Hurtubise C, Mastine T, Génereux M, Paradis P-O, Camden C. Eco-anxiety in children: A scoping review of the mental health impacts of the awareness of climate change. *Frontiers in Psychology*. :2022. 13, 872544. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.872544>.
3. Nicholas P, White B, Breakey S, Brown MJ, Smith JR, Tarbet A, et al. Mental health impacts of climate change among vulnerable populations globally: An integrative review. *Annals of Global Health*. :2023. 89(1), 66. <https://doi.org/10.5334/aogh.4105>.
4. Man L, Rotenberg M, Andari S, Wells S, Hamilton H, Boak A, et al. Eco-depression and eco-anxiety



among youth: A sex and gender analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. :2024. <https://doi.org/10.1177/07067437241287153>.

5. Malboeuf-Hurtubise C, Lefrançois D, Éthier M, Smith J, Herba C. Exploring children's despair in the face of climate change. *Communications Psychology*. :2024. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00130-4>.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 5.

Adolescente Zorro con esquizofrenia detrás de un homicidio y abusado sexualmente: a propósito de un caso clínico

Claudia Patricia Huérfano Forero y Leonardo Hernández Acosta

Universidad el Bosque

Introducción: La hipótesis del neurodesarrollo es que las manifestaciones endofenotípicas tempranas de la vulnerabilidad del neurodesarrollo podrían surgir y estructurarse durante la etapa premórbida infantil de la enfermedad, facilitando la aparición de experiencias subjetivas anómalas que representan, dado que la etapa prodrómica de la enfermedad suele coincidir con la adolescencia, el sustrato subjetivo para la aparición de manifestaciones sintomáticas de síntomas psicóticos positivos y negativos atenuados, que pueden evolucionar hacia síntomas psicóticos francos (la etapa clínica de la enfermedad). (1)(2)(3) Este desarrollo progresivo que conduce a una expresividad psicológica y conductual amplia y sintomática requiere una estratificación pronóstica adecuada a lo largo de las etapas de desarrollo (desde la infancia y la adolescencia hasta la adultez temprana) y clínica (desde la etapa premórbida, pasando por la etapa prodrómica, hasta la etapa clínica). (4)(5)

Paciente de 14 años con antecedente familiar de padres con farmacodependencia, adicional padre con esquizofrenia paranoide. Mama describe al paciente en su infancia aislado, retraído, a los 5 años le gustaba disfrazarse del zorro y jugar con cuchillos, hacer pistolas con palos y simulaba jugar a pelear con la gente o matarla con sus armas. Fue criado por la abuela materna, quien fallece cuando el paciente tiene 10 años. Lo llevan con la abuela paterna para una finca durante los años siguientes. En el último año notan soliloquios, inserción del pensamiento, comportamientos extraños como salir de noche para el cementerio con un amigo imaginario, realizar rituales como matar gatos, gallinas para hacer pacto con el diablo. En los siguientes meses mata al abuelastro de 89 machetazos y deja herida a la compañera con la que se encontraba durmiendo, esta sale herida y solicita auxilio. Luego llega la policía y lo encuentra sentado en la cama al pie del cadáver vestido de negro con un antifaz del zorro. El paciente es llevado a la correccional, allí lo abusan sexualmente los compañeros. Cuando posteriormente en el hospital se hace la primera valoración por psiquiatría, se considera reacción a estrés agudo por episodio de presunto abuso sexual y psicosis esquizofrénica, todo esto basado en el relato de la madre. Durante la hospitalización encuentran masa pulmonar y se hace seguimiento por demás especialidades. Psiquiatría inicia clozapina con la que tiene buena respuesta, disminuye las ideas delirantes paranoides. En las entrevistas posteriores relata todo lo sucedido a excepción del homicidio, y refiere no recordar que paso exactamente, dice que no fue él si no su amigo imaginario. Posteriormente también hace intento de suicidio, y hetero agresividad dirigida a vecinos, pacientes.

Objetivo: Describir los síntomas longitudinales desde el neurodesarrollo, infancia, adolescencia. Identificar desde que momento en esta línea de tiempo se puede intervenir antes del desenlace.

Resultados: La valoración posterior al abuso sexual se pudo realizar el diagnóstico de esquizofrenia y dar una explicación sobre el homicidio. La persistencia de ideación delirante paranoide que mejoro con el uso de clozapina, sin embargo, a dosis bajas ya que el paciente tenía un antecedente de epistaxis y estudio de masa en pulmón, presento efectos secundarios a otros antipsicóticos y no mejora de síntomas previo a dar inicio con clozapina.

Conclusión: Es un caso clínico muy interesante por su sintomatología longitudinal y como termina en desenlaces fatales tanto para el paciente, familiares, desescolarización, condena en correccional, además comorbilidad orgánica, e intento de suicidio, y otros episodios de hetero agresividad con vecinos lo que produce cambio de domicilio, con múltiples hospitalizaciones en clínica mental, y un seguimiento exhaustivo por consulta externa, en espera de fallo por parte del juez.



Referencias

1. Poletti M, Raballo A. Schizophrenia spectrum disorders in children and adolescents: Clinical, phenomenological, diagnostic, and prognostic features across subtypes. *Schizophr Res.* :2024 Dec;274:189-198. doi: 10.1016/j.schres.2024.0.
2. Raballo A, Poletti M, Preti A, McGorry P. Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: A meta-analysis of transition prevalences. *Schizophr Res.* :2022 May;243:254-261. doi: 10.1016/j.schres.2020.0.
3. Muñoz-Samons D, Tor J, Rodríguez-Pascual M, Álvarez-Subiela X, Sugranyes G, de la Serna E, et al. Recent stressful life events and stress sensitivity in children and adolescents at clinical risk for psychosis. *Psychiatry Res.* :2021 Sep;303:114017. doi: 10.1016/j.psychres.2021.
4. Whiting D, Gulati G, Geddes J, Fazel S. Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* :2022 Feb 1;79(2):120-132. doi: 10.1001/jamapsychia.
5. Balcioglu Y, Margari A, Yildiz A, Mandarelli G, Parente L, Carabellese F, et al. Homicides by offenders with psychotic illness in Italy and Turkey: A comparison of offender and crime-scene profiles. *International Journal of Law and Psychiatry,* :2024. Vol 97. 102041, <https://doi.org/10.1016/j.ij>.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 6.

Catatonía en el Trastorno del Espectro Autista: Un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

Maria Alejandra Barrios Villadiego, María Isabel Hernandez y Anyela Torres Andrade.

Servicio de psiquiatría infantil Hospital Universidad del Norte - Universidad del Norte

Introducción: La catatonía es un síndrome psicomotor caracterizado por alteraciones como negativismo, mutismo, estupor, excitación, manierismos, movimientos estereotipados, muecas y mirada fija. (1) Tradicionalmente asociada a cuadros psicóticos y trastornos del estado de ánimo, en los últimos años ha crecido el interés por su presentación en el contexto del trastorno del espectro autista (TEA), donde su identificación puede ser más compleja debido a la superposición sintomática. (2)

Algunos signos como la indiferencia social, la ecolalia y los movimientos estereotipados son comunes tanto en la catatonía como en el TEA, lo que puede generar confusión diagnóstica. Esta superposición clínica representa un reto para los profesionales de salud, especialmente cuando no se dispone de herramientas específicas o experiencia suficiente en el abordaje de ambas condiciones. (3)

A nivel fisiopatológico, se han identificado mecanismos compartidos entre la catatonía y el TEA, incluyendo disfunciones en circuitos subcorticales y frontoestriatales, anormalidades en el sistema GABAérgico y dopaminérgico, e incluso alteraciones inmunológicas, lo cual sugiere una posible vía común o convergente que se manifiesta clínicamente en forma de catatonía en determinados individuos con TEA. (4)(5) Además, se ha documentado una prevalencia mayor de catatonía en adolescentes y adultos jóvenes con TEA, sobre todo en presencia de estresores ambientales o cambios en las rutinas, lo cual puede actuar como desencadenante de los episodios. (6)

Objetivo: Presentar y discutir un paciente con TEA y catatonía.

Resultados: Se presenta el caso de un adolescente de 14 años con diagnóstico de TEA que inició un cuadro progresivo de cuatro meses de evolución caracterizado por aumento de estereotipias (balanceo prolongado), rigidez postural, mutismo selectivo, y selectividad alimentaria, con deterioro de la funcionalidad social y académica. Los estudios de EEG y paraclínicos fueron normales. Se inició tratamiento con fluoxetina y risperidona, logrando mejoría progresiva de los síntomas. La evolución clínica sugiere un episodio catatónico parcial dentro del espectro del TEA.

La literatura reciente respalda el uso de herramientas específicas como la *Bush-Francis Catatonia Rating Scale* (BFCRS) para facilitar el diagnóstico clínico, el cual puede pasar inadvertido en fases iniciales. El tratamiento debe ser individualizado, combinando psicofármacos (benzodiazepinas, antipsicóticos atípicos e incluso ECT en casos refractarios) con intervenciones psicosociales y un abordaje multidisciplinario que incluya a la familia, colegio y equipo terapéutico. (7)(8)

Conclusión: En conclusión, la catatonía en el contexto del TEA es una entidad tratable pero frecuentemente subdiagnosticada. La detección precoz y el abordaje integral son fundamentales para prevenir un mayor deterioro funcional y mejorar el pronóstico. A medida que se avance en la comprensión de su fisiopatología, será posible desarrollar modelos terapéuticos más eficaces y estrategias de prevención ajustadas a las necesidades de esta población.

Referencias

1. American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5TM.* 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 60–62.



2. Vaquerizo-Serrano J, Salazar De Pablo G, Singh J, Santosh P. Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. :2021 Dec 15;65(1):e4. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2.
3. Ghaziuddin N, et al. Catatonia in Patients with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatric Clinics*. :2021, Volume 44, Issue 1, 11–22.
4. Rogers J, Pollak T, Blackman G, David A. Catatonia and the immune system: a review. *Lancet Psychiatry*. :2019 Jul;6(7):620-630. doi: 10.1016/S2215-0366(19).
5. Stuiivenga M, Morrens M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample. *Front Psychiatry*. :2014 Dec 3;5:174. doi: 10.3389/fpsy.2014.00174. P.
6. Wachtel L, Dhossche D. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: implications for electroconvulsive therapy. *Med Hypotheses*. :2010 Jul;75(1):111-4. doi: 10.1016/j.mehy.2010.02.
7. Ruggieri V. Revisión autismo y catatonía – aspectos clínicos. *Medicina*. :2023;83(Supl 2):43s2.
8. Moskowitz A. "Scared stiff": catatonia as an evolutionary-based fear response. *Psychol Rev*. :2004 Oct;111(4):984-1002. doi: 10.1037/0033-295X.1.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 7.

Abordaje de salud mental en pacientes con anomalía urogenital congénita: un caso de hiperplasia suprarrenal congénita clásica

Julián David Palacio Jaramillo¹, Melany Arbeláez² y Juliana Zulaica Vélez²

¹Psiquiatra infantil HPTU

²Estudiante de medicina, Universidad EIA-HPTU

Introducción/Justificación: La hiperplasia suprarrenal congénita abarca un conjunto de trastornos genéticos que afectan el funcionamiento de las glándulas suprarrenales. Su forma clásica es la enfermedad autosómica recesiva más común en el mundo, con una incidencia de 1 en 10,000 casos. Esta variante se caracteriza por una deficiencia severa de aldosterona y cortisol en individuos con cariotipo 46 XX, la exposición intrauterina excesiva a andrógenos provoca la virilización de los genitales (clitoromegalia, fusión de labios y defectos del seno urogenital), aunque los órganos reproductivos internos se desarrollan normalmente.

El tratamiento consiste en promover el reemplazo fisiológico de la insuficiencia adrenal, regular la exposición a andrógenos de acuerdo con la edad y sexo del paciente y prevenir el hipercortisolismo. Aspectos como la distorsión anatómica, asignación genérica tardía o desarrollo psicosocial alterado requiere intervención para garantizar el bienestar general de pacientes y familiares. (1)

Estos niños deben, evitar situaciones de estrés tanto emocional como fisiológico ya que cualquier aumento del cortisol los hace propensos a sufrir de una crisis adrenal; se reconoce la necesidad del apoyo a problemas físicos y psicosociales de manera temprana, además, la genitoplastia temprana y la adherencia al tratamiento mejora su calidad de vida. (2) Reconocer que las mujeres con hiperplasia suprarrenal congénita clásica presentan mayor carga de psicopatología, hace que el seguimiento estrecho desde profesionales de salud mental sea necesario. (3)

Objetivo: Exponer el abordaje desde el área de salud mental en un equipo multidisciplinario para el acompañamiento individual y familiar en un caso de una menor con anomalía urogenital congénita.

Metodología: Se reporta el caso para el abordaje desde salud mental, siguiendo lineamientos en el acompañamiento multidisciplinario tras revisión de literatura. El caso es de una paciente femenina valorada por primera vez por psiquiatría a los 8 años, con diagnóstico temprano de hiperplasia suprarrenal congénita clásica, con cariotipo XX y genitales ambiguos, sexo asignado al nacer femenino.

Producto de gestación desconocida de la madre, quien tenía antecedente de consumo, datos desconocidos del padre biológico. En el sistema de protección desde el nacimiento y asignada a su madre sustituta desde los 16 días.

Desde muy temprano, en seguimiento estrecho por endocrinopediatría, por fallas en el sistema de salud y desabastecimiento de hidrocortisona y fludrocortisona presentó múltiples crisis salinas. Desde el sistema de protección, se indicó retiro de familia adoptiva por 22 días a los 3 años, con trámites legales la familia logra retorno y presenta síntomas ansiosos relacionados a temor a repetir evento de separación, hasta ser adoptada legalmente por su familia sustituta. Se solicitó en múltiples ocasiones valoración por cirugía infantil, con aplazamiento de intervenciones.

En paraclínicos realizados se cuenta con genitografía: Se aprecia una uretra larga sin defectos, de aspecto masculino, no se logra visualizar indentación uterina ni vaginal. Clasificación Prader tipo 4. Por cirugía infantil se considera necesidad de intervención no mutilante, con restablecimiento de funciones fisiológicas (orina, menstruación y futura vida sexual), por tener un orificio urogenital



requiere intervención para tener orificio vaginal separado del orificio uretral. Se solicita concepto de psiquiatría infantil para "posibilidad de intervención de cirugía genital externa".

En interconsulta por psiquiatría infantil encontramos una paciente con identificación femenina, rol femenino, sin orientación sexual definida, con deseos de tener genitales externos "iguales a los de mi mamá", "yo soy mujer y las mujeres tenemos vagina y período". Se realiza durante la valoración dibujo de la figura humana. En seguimiento se solicita dibujo de expectativa tras intervención.

Se considera que no tiene psicopatología, con necesidad de mantener acompañamiento vigilante con riesgo de desarrollo de la misma por antecedentes psicosociales, sin contraindicación para realizar intervención quirúrgica.

Resultados: Durante la valoración por psiquiatría infantil se presentó una paciente con sexo genético, género y rol femeninos, con expresión de deseo de tener genitales externos femeninos y con autopercepción acorde.

No se identificó psicopatología actual en la evaluación, sin embargo, se señala la necesidad de seguimiento continuo por antecedente de evento traumático tras separación de figura de apego en infancia temprana.

Se realizó un seguimiento para evaluar su capacidad de decisión sobre la intervención quirúrgica, se utilizaron herramientas como el dibujo de la figura humana para explorar su percepción corporal y expectativas postquirúrgicas.

Conclusión: Al analizar la complejidad del caso, tras el diagnóstico temprano de hiperplasia suprarrenal congénita, debido al alto riesgo de desarrollo de psicopatología por las condiciones psicobiológicas, se requiere un acompañamiento estrecho y multidisciplinario desde el momento del diagnóstico, enfocado tanto en la educación alrededor de su patología como de su expresión individual, siendo oportuna la búsqueda activa de componentes de incongruencia o disforia de género, psicopatología afectiva y dificultades en el neurodesarrollo. (1)(2)(3) Facilitar la exploración y estructuración de identidad como hito del desarrollo y adaptación en el desempeño social, es una de las metas desde el área de salud mental.

Referencias

1. Uslar T, Olmos R, Martínez-Aguayo A, Baudrand R. Clinical Update on Congenital Adrenal Hyperplasia: Recommendations from a Multidisciplinary Adrenal Program. *J Clin Med.* :2023 Apr 26;12(9):3128. doi: 10.3390/jcm12093128.
2. Uçar A, Mengen E, Aycan Z. Psychosocial Development, Sexuality and Quality of Life in Congenital Adrenal Hyperplasia. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* :2025 Jan 10;17(Suppl 1):54-59. doi: 10.4274/jcrpe.
3. Khorashad B, Kaabi O, Gardner M, Getahun D, Goodman M, Lash T, et al. Prevalence of psychiatric comorbidities in females with classic congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab.* :2024 Dec 4:dgae831. doi: 10.1210/clinem/dgae831. E.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 8.

Litio en niños y adolescentes: Un aliado subestimado en la salud mental

Ana Gómez, Andrea Guzmán, y Andrés Moreno.

Universidad del Quindío.

Introducción: El litio es un estabilizador del estado de ánimo con evidencia robusta en el tratamiento del trastorno bipolar en adultos. Sin embargo, su uso en niños y adolescentes sigue siendo limitado debido al estigma y preocupaciones infundadas sobre su seguridad, a pesar de su eficacia demostrada en la estabilización del estado de ánimo, el control de la agresividad y la prevención del suicidio en esta población.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre los diferentes usos del litio en niños y adolescentes con patología psiquiátrica, incluyendo su efectividad en el manejo del trastorno afectivo bipolar, de la conducta y la reducción de la ideación y conducta suicida, así como el estigma asociado a su prescripción.

Metodología: Se realizó una revisión narrativa de la literatura en bases de datos como PubMed, Scopus y LILACS, utilizando términos MeSH como lithium, Bipolar Disorder, child psychiatry, conduct disorder, suicidal Ideation AND stigma. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y guías de tratamiento publicadas en los últimos 15 años.

Resultados: Los estudios revisados respaldan el uso del litio en el trastorno afectivo bipolar, con evidencia creciente sobre su utilidad en la regulación de la agresividad, la prevención del suicidio y otras condiciones como la anorexia nerviosa. Se identificaron barreras significativas en su prescripción debido a percepciones erróneas sobre toxicidad y efectos adversos, a pesar de un perfil de seguridad manejable con monitoreo adecuado.(1)(2)(3)(4)

Conclusión: El litio es una opción terapéutica efectiva y segura en niños y adolescentes con patología psiquiátrica, especialmente en la prevención de la conducta suicida y el manejo del trastorno afectivo bipolar, de la conducta y otros. Es necesario reducir el estigma asociado a su uso mediante educación y actualización en la comunidad médica y en la población general, favoreciendo su implementación cuando esté indicado.

Referencias

1. Pruccoli J, Rosa S, Bergonzini L, Parmeggiani A. Lithium treatment in children and adolescents with anorexia nervosa: clinical use, side effects and tolerability. Riv Psichiatr. :2022 Jul-Aug;57(4):198-202. doi: 10.1708/3855.3838.
2. Güneş H, Tanıdır C, Doktor H, Karaçetin G, Kılıçoğlu A, Yalçın Ö, et al. Long-Term Effects of Lithium Use on Children and Adolescents: A Retrospective Study from Turkey. J Child Adolesc Psychopharmacol. :2022 Apr;32(3):162-170. doi: 10.1089/cap.2021.0066.
3. Bortolozzi A, Fico G, Berk M, Solmi M, Fornaro M, Quevedo J, et al. New Advances in the Pharmacology and Toxicology of Lithium: A Neurobiologically Oriented Overview. Pharmacol Rev. :2024 May 2;76(3):323-357. doi: 10.1124/pharmrev.12.
4. Sesso G, Bargnesi F, Olzi F, Mutti G, Berloffia S, Viglione V, et al. Efficacy and Safety of Lithium for Suicide and Suicide-Related Behaviors in Youth: A Review of the Literature. Brain Sci. :2024 Nov 13;14(11):1139. doi: 10.3390/brainsci1411.



Poster 9.

Trastorno de estrés postraumático en un adolescente víctima del conflicto armado: un reporte de caso.

Fernando Cabrera Eraso, Juan Camilo Cala y Estefanía Castrillón

Universidad Javeriana

Introducción y Justificación: El conflicto armado colombiano ha generado múltiples consecuencias en la salud mental de la población, especialmente en niños y adolescentes expuestos a la violencia y al desplazamiento forzado. Uno de los trastornos más prevalentes en esta población es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), cuya sintomatología puede afectar significativamente el desarrollo emocional, social y académico. (1) La identificación temprana y el abordaje adecuado son fundamentales para mitigar el impacto a largo plazo. Este reporte de caso busca ilustrar las manifestaciones clínicas del TEPT en un adolescente de 15 años víctima del conflicto armado, resaltando la importancia de un enfoque integral en su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Describir el cuadro clínico, el proceso diagnóstico y la respuesta al tratamiento de un adolescente de 15 años con TEPT, secundario a su experiencia como víctima del conflicto armado y el desplazamiento forzado en Colombia.

Metodología: Se presenta el caso de un adolescente que acude a consulta psiquiátrica con síntomas de reexperimentación, evitación, hiperactivación e impacto en su funcionalidad. Se realiza una evaluación clínica basada en entrevistas estructuradas, escalas psicométricas validadas y observación clínica. Se documenta la evolución tras la implementación de un abordaje terapéutico multimodal que incluye psicoterapia basada en trauma y farmacoterapia.

Resultados: El paciente mostró mejoría progresiva en la regulación emocional y en la reducción de síntomas intrusivos tras la intervención terapéutica. La adherencia al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico fue clave en la disminución de la ansiedad, la hipervigilancia y los episodios disociativos, facilitando su reintegración escolar y social.

Conclusión: El TEPT en adolescentes víctimas del conflicto armado requiere un enfoque multidisciplinario que incluya evaluación psiquiátrica, psicoterapia basada en la evidencia y, en algunos casos, farmacoterapia. La detección oportuna y el acceso a tratamientos especializados son esenciales para mejorar la calidad de vida y favorecer la resiliencia en esta población vulnerable. Este caso resalta la necesidad de políticas públicas que prioricen la salud mental de los menores afectados por la violencia y el desplazamiento forzado en Colombia.

Referencias

1. Cisler J, Herringa R. Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain. *Biol Psychiatry*. :2021 Jan 15;89(2):144-151. doi: 10.1016/j.biopsych.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 10.

Esquizofrenia Infantil, un Reto Diagnostico a Propósito de Dos Casos

Paola Andrea Almanza Morales, María Camila Taborda Mejía, William Alberto Cardeño Díaz, Cristian Esteban Enríquez De Los Ríos. Ana Sofía Calvache López

Introducción: La esquizofrenia de inicio temprano (EOS-menores de 15 años) y de inicio muy temprano (VEOS-menores de 13 años) se consideran poco frecuentes, pero cuando se presentan son de peor pronóstico que la esquizofrenia en adultos, dado que los niños y adolescentes pueden presentar síntomas más variados y una peor respuesta al tratamiento psicofarmacológico (en el 50% de los casos fracasan los fármacos de primera línea). (1) Aproximadamente el 8% de los pacientes con esquizofrenia son diagnosticados antes de los 18 años, y el 18% de ellos experimentan sus primeros síntomas antes de esta edad. (2) La prevalencia de esquizofrenia de inicio en la infancia es menor a 1 en 10.000, comparado con este mismo diagnóstico a lo largo de la vida adulta, de 4 en 1.000. (3) Los criterios descritos para esta patología en el DSM-5 TR no diferencian edad ni tiempo de síntomas para el diagnóstico. (4)

Objetivos: Presentar 2 casos con diagnóstico de esquizofrenia de inicio muy temprano, ambos pacientes diagnosticados antes de los 13 años.

Paciente 1: Femenina de 12 años, quien debutó a los 11 años con alteraciones comportamentales, irritabilidad, conductas anormativas y disruptivas, alteraciones del patrón de sueño, ideas delirantes de tipo paranoide, alucinaciones visuales y auditivas complejas, heteroagresión, discurso desorganizado, aislamiento social. Por el cuadro descrito se enfocó como un episodio maniaco de un trastorno afectivo bipolar, sin embargo, tuvo poca respuesta al manejo instaurado (Litio, Lorazepam y Risperidona). Con reingreso a los 2 meses, empeoramiento de los síntomas a pesar de la adherencia farmacológica, aumento de las conductas disruptivas y empeoramiento de los síntomas psicóticos por persistencia de ideas delirantes de tipo paranoide, alteraciones sensorio-perceptivas, aplanamiento afectivo, síntomas catatónicos de predominio negativista. Se realizaron ajustes farmacológicos, con cambio de la dosis del antipsicótico y suspensión del estabilizador del estado de ánimo, con mejoría evidente de su episodio psicótico.

Paciente 2: Paciente de 13 años, quien debutó a los 12 años con irritabilidad, ideas delirantes de tipo paranoide, alucinaciones visuales y auditivas, heteroagresión, labilidad emocional. Se dio manejo inicial como un episodio psicótico, egresó con tratamiento con antipsicótico (risperidona). Pobre adherencia en casa, con cambio de antipsicótico ambulatorio por olanzapina. Reingresa un año después por reaparición y empeoramiento de los síntomas, con alucinaciones visuales y auditivas complejas, ideas delirantes persecutorias, soliloquios, auto y heteroagresividad, llanto desbordante, inquietud motora, dromomanía. Evolución tórpida con olanzapina por lo que se realizó cambio de medicación a quetiapina con titulación progresiva con pobre respuesta, y por antecedente de buena respuesta a risperidona se reinicia tratamiento, sin embargo, con galactorrea (prolactina 90), se adiciona aripiprazol, con mejoría de galactorrea y disminución de prolactina, además de mejoría de síntomas psicóticos por lo que se da egreso.

Discusión La esquizofrenia infantil es un trastorno del neurodesarrollo, de etiología multifactorial. Teniendo en cuenta los casos presentados, en ambos se describen eventos emocionalmente perturbadores desde la primera infancia; la paciente 1 con ausencia de la figura paterna y madre privada de la libertad, y exposición a maltrato; la paciente 2 con un bajo peso al nacer y dificultad para adaptarse en el nacimiento, lo que contribuye con la etiopatogenia de esta entidad. En ambas pacientes la variabilidad en la presentación clínica dificultó la realización del diagnóstico en etapas



iniciales de su enfermedad, con necesidad de cambios en la medicación por pobre respuesta.

Conclusiones

- La esquizofrenia de inicio muy temprano es una entidad patológica de difícil diagnóstico por la variabilidad de la presentación clínica
- Es importante evaluar antecedentes, factores premórbidos e historia de vida del paciente al momento de realizar el diagnóstico
- Ante estos casos, siempre se debe pensar en este diagnóstico dada la posibilidad de manifestación inicial polimorfa con una peor respuesta al tratamiento farmacológico, lo que influye en un pronóstico generalmente desfavorable.
- El tratamiento farmacológico óptimo sigue siendo un reto, dadas las diferentes características clínicas e individuales de cada paciente.

Referencias

1. Diéguez Quintairos A, Domínguez Santos MD, Mazaira Castro J, Varela Reboiras L, del Río Casanova L. Esquizofrenia de inicio en la infancia/adolescencia y respuesta a psicofármacos: un binomio complejo. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*. :2015. 32(1), 67–69. Recuperado a partir de <https://>.
2. Correll C, Arango C, Fagerlund B, Galderisi S, Kas M, Leucht S. Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. :24 May;82:57-71. doi: 10.1016/j.euroneuro.2024.02.
3. Erak Otárola P. Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*. :2022. 6(3), 139–144. <https://doi.org/10.34192/cien>.
4. American Psychological Association (APA). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 11.

Caracterización de la fase exploratoria de los niños, niñas y adolescentes atendidos por la clínica de género en una institución de alta complejidad en el período 2017-2024: Un protocolo de investigación.

Mario Jr Angulo Mosquera¹, Angie Lizeth Rincón Jimenez¹, Angélica María Restrepo Rivera¹, Omar Fernando Salazar Corrales¹, María José Soto², Mabel Moreno³, Julián David Palacio Jaramillo⁴ y Daniel Fernando Jaramillo Martínez⁴

1. Fundación Valle del Lili- Grupo de clínica de género de niños, niñas y adolescentes
2. Fundación Valle del Lili- Asistente de investigación.
3. Fundación Valle del Lili- Asesora metodológica.
4. Especialistas en Psiquiatría pediátrica- Universidad de Antioquia

Introducción: La transición de la niñez hacia la adolescencia constituye una fase sensible del proceso de desarrollo en los seres humanos, donde la tarea es establecer la propia identidad única. Implica rápidas adaptaciones a nivel físico, neurobiológico, psicológico y social con repercusiones en el autoconcepto, identidad, autoestima, búsqueda de independencia y nuevos grupos vinculares, para finalizar con la incorporación al mundo adulto; de no realizarse implica confusión en roles y dificultades en la autoaceptación. En este proceso individual, que es normativo al adolescente, en la cual aprenden y comprenden atracciones sexuales y románticas, se exploran comportamientos sexuales, se socializan en normas de sexualidad con pares, padres y con la cultura en general. (1)(2)(3)(4)

Objetivo: Este proyecto busca realizar una caracterización de la fase exploratoria de los pacientes que han sido atendidos por la clínica de género de niños, niñas y adolescentes; determinando sus características sociodemográficas, psicosociales, decisiones terapéuticas, diagnósticos estructurales psicológicos, comorbilidades y experiencias adversas de infancia (Adverse Childhood Experiences: ACEs).

Metodología

1. Estudio descriptivo de corte transversal, tomando información de historias clínicas de pacientes que ingresan a la clínica de género de NNA durante el período 2017 a 2024, quienes hayan tenido valoración multidisciplinaria y concepto de junta médica.
2. Tamaño de Muestra y estrategia de Muestreo. Se tomará una muestra por conveniencia, de todos los pacientes que han tenido valoración y seguimiento en la clínica de género de NNA.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de la clínica de género de niños, niñas y adolescentes en el período 2017 – 2024.
- Quienes hayan finalizado las valoraciones multidisciplinarias del grupo, por psicología, psiquiatría infantil, endocrinología pediátrica y pediatra/ o médico de familia del grupo.
- Pacientes con reporte de primera junta médica.

Criterios de exclusión:

- No se cuenta con la valoración inicial completa por el equipo y concepto de junta médica inicial.

3. Técnicas de recolección de la información: Se revisarán las historias clínicas electrónicas, para diligenciar la base de datos previamente diseñada por medio de RedCap para la gestión de información. Se tomarán variables que corresponden a las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas



producto de la evaluación por el equipo multidisciplinario (Psiquiatría infantil, endocrinología pediátrica, psicología y pediatría).

Resultados: En la clínica de género de NNA, se espera encontrar una alta frecuencia de trastornos afectivos y ansiosos, adicionalmente situaciones de adversidad que requieren intervenciones multimodales y un abordaje diferencial, estructurado y expectante mientras se estructura una identidad.

Referencias

1. Rawee P, Rosmalen J, Kalverdijk L, Burke S. Development of gender non-contentedness during adolescence. *Arch Sex Behav* [Internet]. :2024;53(5):1813–25. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
2. Craig S, Austin A, Levenson J, Leung V, Eaton A, D'Souza S. Frequencies and patterns of adverse childhood events in LGBTQ+ youth. *Child Abuse Negl* [Internet]. :2020;107(104623):104623. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
3. Potter A, Dube S, Barrios L, Bookheimer S, Espinoza A, Feldstein Ewing S, et al. Measurement of gender and sexuality in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Dev Cogn Neurosci* [Internet]. :2022;53(101057):101057. Disponible en: <http://dx.doi.org>.
4. Tolman D, McClelland S. Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009: Adolescent sexuality. *J Res Adolesc* [Internet]. :2011;21(1):242–55. Disponible en: <http://dx.doi.org>.



Sección III. Trabajos Libres / Posters

Poster 12.

Confluencia de síntomas: Presentación de un caso de trastorno del espectro autista y trastorno obsesivo compulsivo infantil

Alejandra Camargo Morales, Daniela Parra Cantillo y Anyela Torres Andrade.
Universidad del Norte

Introducción: La comorbilidad entre el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) representa un reto diagnóstico y terapéutico creciente en la psiquiatría infantil. Si bien ambos trastornos comparten características clínicas, como la presencia de conductas repetitivas y ritualizadas, existen diferencias fundamentales en la naturaleza, función y vivencia subjetiva de estos síntomas. En el TOC, las compulsiones tienen una función defensiva frente a obsesiones intrusivas egodistónicas, mientras que en el TEA los comportamientos repetitivos suelen ser egosintónicos, ligados a rigidez cognitiva y búsqueda de estabilidad ambiental. (1)(2)(3) Comprender esta distinción es clave para evitar diagnósticos erróneos o incompletos, y para orientar el abordaje clínico de manera más precisa.

Objetivo: Presentar y discutir un caso de un niño con confluencia de síntomas del TEA y TOC.

Metodología: Se presenta el caso de un paciente masculino de 12 años de edad, con diagnóstico confirmado de TEA desde los 7 años. Durante la infancia, el cuadro clínico se caracterizó por estereotipias motoras, selectividad alimentaria marcada, intereses restringidos, baja tolerancia a la frustración y dificultad en el control de impulsos, síntomas que se mantenían principalmente dentro del entorno familiar. El desarrollo psicomotor fue adecuado, sin alteraciones neurológicas ni comorbilidades médicas relevantes.

Tras el fallecimiento de su abuela —figura de gran vínculo afectivo— el paciente comienza a manifestar un cambio en su estado emocional, con aparición de angustia significativa, pensamientos reiterativos sobre la muerte de otros familiares, miedo a la soledad y preocupación persistente sobre el bienestar de sus seres queridos. A partir de entonces, emergen rituales conductuales dirigidos a disminuir dicha ansiedad, los cuales incluyen conductas de verificación constantes (por ejemplo, revisar puertas, asegurar la presencia de familiares) y acumulación de objetos considerados "protectores". A diferencia de los patrones repetitivos previos vinculados al TEA, estos nuevos comportamientos muestran un contenido más simbólico, están motivados por pensamientos egodistónicos y generan malestar subjetivo, cumpliendo criterios diagnósticos de TOC.

Discusión: Este caso ilustra la aparición de síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos en un niño con diagnóstico previo de TEA, en el contexto de un evento estresante. La presencia de compulsiones con valor ansiolítico, malestar subjetivo asociado y conductas dirigidas a prevenir un daño percibido, permite diferenciar estos síntomas de las conductas repetitivas típicas del espectro autista. Diversos estudios han documentado que los niños con TEA presentan un riesgo dos a cuatro veces mayor de desarrollar TOC en comparación con la población general, con tasas de comorbilidad estimadas entre el 12.5% y el 17.4%. Esta superposición clínica es especialmente frecuente en pacientes con buen nivel de funcionamiento cognitivo, como en este caso, y puede mantenerse enmascarada si no se realiza una evaluación psicopatológica detallada.

El perfil clínico de los pacientes con TEA-TOC comórbido tiende a diferenciarse de aquellos con un solo diagnóstico. Presentan obsesiones menos elaboradas, menor insight, menor sensación de culpa asociada a los pensamientos intrusivos, y conductas compulsivas que combinan funciones ansiolíticas con componentes de autorregulación. En este paciente, el cambio cualitativo en la función de los



rituales tras la pérdida familiar permitió sospechar la aparición de un TOC superpuesto al cuadro de base. (4)(5)

Conclusión: La comorbilidad entre TEA y TOC en población pediátrica requiere una evaluación clínica exhaustiva que permita distinguir entre conductas repetitivas con valor estructurante propias del TEA y síntomas obsesivo-compulsivos con valor defensivo y egodistónico. Este caso resalta la necesidad de mantener una vigilancia clínica continua, especialmente tras eventos vitales significativos, que puedan desencadenar o exacerbar síntomas de ansiedad en niños con neurodesarrollo atípico.

Desde el punto de vista terapéutico, estos pacientes pueden beneficiarse de intervenciones combinadas que incluyan farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y terapia cognitivo-conductual adaptada, integrando apoyos visuales, técnicas conductuales estructuradas y trabajo con la familia. Identificar precozmente esta comorbilidad permite implementar intervenciones más ajustadas y mejorar el pronóstico funcional a mediano y largo plazo.

Referencias

1. Bedford S, Hunsche M, Kerns C. Co-occurrence, Assessment and Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adults With Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* :2020 Aug 15;22(10):53. doi: 10.1007/s11920-020-011.
2. Pazuniak M, Pekrul S. Obsessive-Compulsive Disorder in Autism Spectrum Disorder Across the Lifespan. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* :2020 Apr;29(2):419-432. doi: 10.1016/j.chc.2019.12.
3. Martin A, Jassi A, Cullen A, Broadbent M, Downs J, Krebs G. Co-occurring obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorder in young people: prevalence, clinical characteristics and outcomes. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* :2020 Nov;29(11):1603-1611. doi: 10.1007/s00787-020.
4. Jujias M, Kelley E, Hall L. Restricted, Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Review. *Child Psychiatry Hum Dev.* :2017 Dec;48(6):944-959. doi: 10.1007/s10578-017-07.
5. Griffiths D, Farrell L, Waters A, White S. Clinical correlates of obsessive compulsive disorder and comorbid autism spectrum disorder in youth, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders.* :2017. 14, 90-98.

