



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 10

Nº 1

Abril 1999

ISSN 0717-1331

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 10 - N° 1 - ABRIL 1999

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1997 - 1999

Presidente:	Dr. Jorge Förster
Vicepresidente:	Dr. Ricardo García
Secretaria:	Dra. Patricia Urrutia
Tesorera:	Dra. Anahí Martínez
Directores:	Dra. Verónica Burón Dra. Marta Hernández Dra. María Eugenia López Dr. Marcos Vallejos Dr. Juan Salinas
Past-Presidente:	Dra. Ximena Keith
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López Psic. Gabriela Sepúlveda Figo. Marcelo Díaz Dr. Ricardo García Dra. Perla David Dra. Verónica Burón Dra. Alicia Espinoza
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 10 - Nº 1 - ABRIL 1999

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• EDITORIAL	3
• TRABAJO ORIGINAL	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD DE SEPARACION EN NIÑOS. UNA APROXIMACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA CON UN ENFOQUE COGNITIVO. <i>Dra. Virginia Boehme, Dra. María Soledad Herrera y Psicóloga Gabriela Sepúlveda.</i>	4
• REVISIONES	
ACTUALIZACIONES EN ANOREXIA NERVIOSA <i>Dra. Sandra Venegas G.</i>	11
SINDROME DE JOUBERT(SJ); UNA REVISION DE LA LITERATURA <i>Dra. Perla David, Dra. Carmen Quijada, Dr. Lautaro Rodriguez</i>	22
TRASTORNOS ANSIOSOS <i>Dr. Mario Zúñiga, Dra. Ximena Farías</i>	28
SINDROME DE WILLIAMS <i>Dra. Carmen Quijada, Dra. Perla David</i>	37
• CASO CLINICO	
ACCIDENTES VASCULARES EN NIÑOS <i>Dra. Carolina Coria</i>	43
• CONTRIBUCIONES	
INFLUENCIA DE LA ESTIMULACION PROPIOCEPTIVA POSICIONAL EN EL TONO MUSCULAR DE LOS RECIEN NACIDOS PREMATUROS. <i>Dra. Sylvia Schnitzler</i>	48
• REVISION DE LIBROS Y REVISTAS	51
• REUNIONES Y CONGRESOS	52
• REUNIONES CIENTIFICAS	52
• GRUPOS DE ESTUDIO	52
NOTICIAS	58
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	60

Este año el Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia cumple diez años. Diez años en los cuales se ha evidenciado un notable progreso en la calidad y cantidad de las publicaciones, aportadas por los diferentes miembros de nuestra Sociedad. El Boletín ha ido progresivamente creciendo en tamaño, calidad de presentación, número de trabajos y contribuciones publicadas.

Esperamos que este progreso continúe y hacemos un llamado a todos los socios a contribuir con citas bibliográficas, revisión de libros, casos clínicos interesantes, trabajos y revisiones de temas, además de noticias de los diferentes lugares en que nos desempeñamos.

En este momento el Boletín está inscrito en el ISSN y además se ha ampliado su distribución a las bibliotecas de Hospitales y Universidades a las que pertenecen nuestros socios.

Quisiera agradecer el trabajo realizado para que sea posible esta publicación, en primer lugar al Comité Editorial, al que se ha agregado con mucho entusiasmo la Dra. Perla David Gálvez y a nuestra Secretaria la Sra. Carolina Martínez, a todos los socios que han contribuido con sus trabajos, a Laboratorios Drugtech, del Grupo Recalcine, en la persona de Don Luis Yuraszeck, por su apoyo prestado ininterrumpidamente durante todos los años de existencia de este Boletín, como asimismo a Don Juan Silva, que se ha encargado desde ese mismo tiempo del diseño y la impresión.

Espero continuar contando con su aporte y entusiasmo durante el presente año.

Dra. FREYA FERNANDEZ KAEMPFER
Directora del Boletín

TRASTORNOS DE ANSIEDAD DE SEPARACION EN NIÑOS. UNA APROXIMACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA CON UN ENFOQUE COGNITIVO.

Dras. Virginia Boehme, María Soledad Herrera* y Psic. Gabriela Sepúlveda***

**Psiquiatras Infanto-Juveniles*

***Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile*

RESUMEN

Se realizó un estudio clínico psicopatológico de tipo descriptivo de un grupo de 10 niños (6 mujeres y 4 varones) entre los 6 y los 7 años 10 meses, de nivel socioeconómico medio y medio alto, que presentaban Trastornos por Ansiedad de Separación de acuerdo a los criterios del DSM III R.

En el desarrollo cognitivo y afectivo de los niños, destaca una imagen de sí mismo positiva, una visión de la realidad amenazante, dificultad en la expresión de emociones con manifestación de excesiva ansiedad, intolerancia a la frustración, egocentrismo y fallas en el control de impulsos. Presentaban además relaciones de dependencia y apego excesivo con la madre, dificultad de relación con los otros miembros de la familia y dificultad en la integración social.

En la familia se observó patología de tipo ansiosa depresiva en los padres, relaciones conyugales insatisfactorias en la mayoría de los casos y estilos de socialización de ambos padres de tipo autoritario, afectuoso, sobreprotector y con métodos de disciplina inconsistentes.

Se realizó psicoterapia con enfoque cognitivo en forma individual con el niño y en forma separada con los padres, con una duración de 6 a 15 sesiones.

En tres casos se agregó tratamiento farmacológico, utilizándose ansiolíticos y en un caso antidepressivos tricíclicos.

Se observó la remisión de síntomas ansiosos entre la 2ª y la 4ª sesión en todos los pacientes. Se postula la existencia de un patrón familiar que favorece una organización de significado fóbica, lo cual hace necesario una terapia enfocada al

proceso de separación - individuación reforzando un proceso de identidad positivo y autónomo.

INTRODUCCION

El tema de la ansiedad cobra un gran interés en nuestro quehacer profesional debido a que es una manifestación común en diversos problemas del desarrollo, y más aún, desde un enfoque evolutivo pone a prueba los límites entre lo normal y lo anormal, siendo difícil diferenciar respuestas sanas de patologías.

La ansiedad como sensación de discomfort, asociada con la anticipación al peligro está presente en niños normales y en trastornos psiquiátricos. Sin embargo, se habla de trastornos de ansiedad cuando predominan los síntomas que causan un malestar significativo a nivel personal y relacional. Estos trastornos incluyen fenómenos clínicos tales como, excesivos temores y preocupaciones y ataques de pánico, en los cuales se dan síntomas autonómicos, junto con un sentimiento subjetivo de amenaza invasora (1).

Estos fenómenos clínicos se caracterizan en adultos y niños como fobias, cuando las manifestaciones corresponden a miedos específicos sumados a un comportamiento de evitación, como estados de ansiedad generalizada, cuando ésta es difusa y dirigida a varios objetos.

Estas manifestaciones clínicas van configurando distintos cuadros psicopatológicos, tales como trastornos de evitación, trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos de ansiedad de separación, descritos en el DSM III R como propios de la niñez (2).

Si bien estos trastornos se han catalogado como cuadros psicopatológicos diferenciados, los

estudios de evolución en niños muestran que las manifestaciones van variando según las etapas del desarrollo por los cuales cursa el paciente.

Desde una perspectiva evolutiva los niños manifiestan habitualmente miedo o rabia ante la separación de los padres, requiriendo apoyo de otros adultos significativos, lo que no produce un gran impedimento en los primeros años de vida, en la medida que las relaciones de apego o los vínculos afectivos son adecuados.

La ansiedad de separación se evalúa clínicamente significativa cuando conlleva una desorganización del sí mismo y un impedimento funcional.

El trastorno por ansiedad de separación dificulta el proceso de individuación y llevaría a la persona a una estructuración del desarrollo personal más frágil, con menos posibilidades de solucionar en forma autónoma los problemas cotidianos, favoreciendo que se manifiesten a lo largo de la vida distintas formas psicopatológicas como expresión de un desequilibrio permanente (3).

Si bien el pronóstico de los trastornos de ansiedad en los niños es en general bueno, la excepción son los trastornos severos de ansiedad de separación, en que el 50% tiene problemas que perduran, tales como ansiedad crónica, y rechazo escolar persistente en casos minoritarios (4).

Dada la importancia del tratamiento precoz para prevenir o aminorar las evoluciones patológicas complejas de los trastornos por ansiedad de separación, el principal objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis psicopatológico evolutivo. Este consiste en identificar los factores del ambiente que facilitan la estructuración de los esquemas desadaptativos.

Analizaremos además, las estrategias terapéuticas utilizadas para facilitar la reorganización de dichos esquemas cognitivos y afectivos, y el logro de un sí mismo integrado.

METODOLOGIA

Las muestra estuvo constituida por niños que consultaron en centros privados de atención de

nivel socioeconómico medio y medio alto, según los criterios del DSM III R para trastornos de Ansiedad de separación.

Los criterios del DSM III R son los siguientes:

A.-Angustia excesiva provocada por la separación de las personas vinculadas con el niño y que se manifiesta por al menos tres de los siguientes items:

1. Preocupación exagerada y persistente de los posibles daños que pueden sufrir las personas más vinculadas al niño o temor a que se vayan y no regresen.
2. Preocupación exagerada y persistente de que una catástrofe provocara una separación de la principal figura a la que se encuentra vinculado el niño.
3. Negación o tenaz resistencia a ir a la escuela con el fin de permanecer más tiempo en casa junto a las personas a las que el niño está vinculado.
4. Negación o tenaz resistencia a dormir fuera de casa o lejos de las personas más vinculadas.
5. Evitación persistente de estar solo, lo que implica que el niño se "aferre" y por lo tanto se convierta en la "sombra" de las figuras más vinculadas a él.
6. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
7. Quejas de síntomas físicos (cefaleas, gastralgias, náuseas, vómitos, que se presentan en los días de escuela y otras ocasiones en que se prevé una separación de las figuras a la que el niño está vinculado).
8. Conductas de malestar excesivo cuando se produce la separación del hogar o de las figuras más vinculadas al niño.
9. Signos recurrentes o quejas de malestar excesivo cuando se produce la separación del hogar o de las figuras más vinculadas al niño.

- B.-La duración de la alteración es por lo menos de dos semanas.
- C.-Comienzo antes de los 18 años de edad.
- D.-No aparece únicamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, una esquizofrenia, o cualquier otro trastorno Psicótico.

De acuerdo a estos criterios se seleccionaron 10 niños (6 mujeres y 4 varones) entre los 6 y los 7 años 10 meses, cursando entre kinder y 3° básico. (Tabla 1).

Tabla 1

EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
6 a	2	4	6
7 a	2	2	4
TOTAL	4	6	10

La preocupación por posibles daños o a que no regresen terceros fue el criterio que se dio más frecuente (9/10). Le seguían en frecuencia la evitación a estar solos y la presencia de signos como pataletas, súplicas, gritos cuando se produce la separación.

En la primera etapa se realizó un estudio clínico psicopatológico de tipo descriptivo, considerando el desarrollo cognitivo y afectivo de los niños y la organización de la familia: para lo cual se utilizaron entrevistas clínicas, historia del desarrollo, dibujos y pruebas proyectivas.

En el desarrollo cognitivo, se analizó la visión de la realidad y concepto de sí mismo, en el desarrollo afectivo estudiamos las necesidades de apoyo y autonomía, el manejo de las emociones, tolerancia a la frustración, el control de impulsos y las relaciones interpersonales en el área escolar, familiar y social.

En la organización familiar se observó la estructura de la familia y los estilos de socialización de los padres.

Posteriormente se analizaron las intervenciones

terapéuticas realizadas en forma individual y con los padres, de acuerdo al enfoque cognitivo. Se utilizaron principalmente técnicas de imágenes (imaginación, dibujo), de acción (juego) y verbales.

RESULTADOS

El motivo de consulta estaba relacionado en la mayoría de los niños con síntomas ansiosos que dificultaban la adaptación a la situación escolar (7/10), y en los otros con síntomas de ansiedad que se manifestaban en el contexto familiar.

En los diez niños existían eventos estresantes, gatilladores de la sintomatología ansiosa, los que en ocho casos se relacionaron con la situación escolar: Ingreso escolar, cambio de curso, exigencia de rendimiento y adaptación; En 4 casos con acontecimientos familiares: asalto a un hermano, nacimiento de un hermano, muerte de familiares y extravío de la familia (Tabla 2).

Tabla 2
ANSIEDAD DE SEPARACION
Eventos gatilladores de los síntomas

Situación Escolar	Situación Extraescolar	
Exigencia de rendimiento	4 Muerte de familiar	1
Ingreso al colegio	2 Nacimiento de hermano	1
Cambio de curso	1 Asalto a hermano	1
Adaptación escolar	1 Extravío	4
TOTAL	8 TOTAL	4

En los antecedentes personales, el embarazo fue en la mayoría de evolución normal (9/10), presentando sólo un caso síntomas de aborto y parto prematuro.

En siete niños había antecedentes mórbidos de importancia tales como epilepsia, asma, reflujo gastroesofágico, laringitis, bronconeumonía, fracturas y quemaduras (Tabla 3).

El desarrollo psicomotor y de lenguaje fue normal en la mayoría (8/10), presentando un niño antecedente de tartamudez de tipo transitoria y otro un retraso del lenguaje.

Hay antecedentes de tratamiento por patología psiquiátrica en cuatro padres (1 con depresión

Tabla 3
ANSIEDAD DE SEPARACION
Antecedentes mórbidos

- Enf. Respiratorias	2
- Accidentes	2
- Enf. Gastrointestinales	1
- Enf. Neurológicas	1
- Mixtas	1
TOTAL	7

endógena, 2 con trastornos psicossomáticos y 1 con alcoholismo) y en 2 madres (depresión y trastornos de personalidad ansiosa). Ver Tabla 4.

Sin embargo se observó al examen clínico que la totalidad de las madres presentaban síntomas de carácter ansioso - depresivo.

Tabla 4
ANSIEDAD DE SEPARACION
Patología psiquiátrica en padres

Padres:	Madres:
Depresión endógena	2 Depresión
Trastornos psicossomáticos	1 Trastornos de personalidad ansioso
Alcoholismo	1

Todos los niños pertenecían a una familia nuclear, 8 de 10 eran completas, en un caso había fallecido el padre y en otra los padres estaban separados. Tres niños eran hijos únicos, 4 eran los menores y 3 eran hijos mayores.

Las relaciones conyugales eran insatisfactorias en siete casos. Una pareja de padres estaban separados y el padre había formado una nueva familia. Sólo una pareja de padres tenían relaciones conyugales satisfactorias.

Los estilos de socialización de ambos padres eran predominantemente de tipo autoritario, afectuoso y sobreprotector, con aprehensión, ansiedad, temor y con desconfianza en los recursos del niño para enfrentar situaciones hipotéticamente amenazantes. El control de la conducta era ejercido en forma inconsistente, siendo los pa-

dres más exigentes que las madres, en relación a las expectativas de logro, tendiendo las madres a adoptar actitudes más permisivas. Los métodos de disciplina eran inconsistentes, utilizándose en algunos casos castigos físicos, manipulación afectiva, privación de privilegios y a la vez minimización e inadvertencia de conductas negativas.

La visión de realidad en todos los niños se caracterizaba por ser amenazante de la integridad física, con fantasías de abandono o soledad, predominando en todos ellos creencias disfuncionales. Esto se reflejaba en los test proyectivos y en los dibujos en los que se observa a las personas como encapsuladas y con cercos protectores que los unían. Figuras 1 y 2.

Todos los niños tenían una imagen de sí mismo positiva, con sentimientos de incapacidad, temor y ansiedad en relación a sus logros.

Se observó que todos presentaban un retraso importante en las actitudes o conductas que reflejan autonomía, que se manifestaba en: no vestirse (7/10), no bañarse (5/10), dormir con la madre (7/10), dificultades para alimentarse (7/10) y uso de maderas (2/10).

Encontramos dificultades en la expresión de emociones negativas como rabia, pena y temor, experimentando excesiva ansiedad frente a situaciones potencialmente peligrosas para sí y para otros, como por ejemplo preocupaciones excesivas por enfermedades, accidentes.

La intolerancia a la frustración se encontró en todos los niños, a través de la dificultad en aceptar límites colocados por los padres, especialmente los relacionados con los hábitos. Se observan fallas en el control de impulsos, mostrándose los niños excesivamente egocéntricos.

En las relaciones interpersonales a nivel familiar se desarrolla en todos los casos un excesivo apego con la madre, no logrando autonomía, dificultándose el establecimiento de otras relaciones significativas. Es así como los niños muestran relaciones insatisfactorias con el padre, el cual era percibido como una figura distante y no protectora.

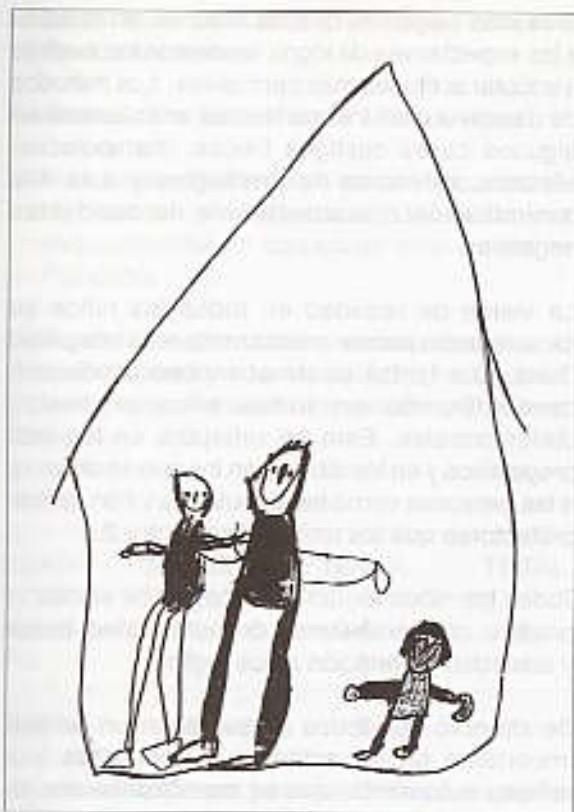


Figura 1

Todos los niños tienen dificultades en la relación con su grupo de pares, no integrándose en forma efectiva. Asimismo las relaciones con los hermanos son igualmente insatisfactorias, destacando los sentimientos de competitividad entre ellos.

En relación al rendimiento escolar, todos tenían un buen rendimiento, elemento que era valorado tanto por los padres como por ellos mismos.

TRATAMIENTO

La psicoterapia se realizó en forma individual con el niño y en forma separada con los padres. La duración fue de 6 a 15 sesiones.

Los objetivos de la terapia fueron el inicio, definir el problema tanto con el niño como con los padres, llevando a la persona a la comprensión de su problemática y a la identificación de sus funcionamientos desadaptativos.

En el trabajo con los padres se utilizaron técnicas



Figura 2

de autoobservación verbal y la consideración de alternativas diferentes de enfrentar los problemas de socialización.

Posteriormente se trabajó con las madres el proceso de individuación del niño, explorando nuevas alternativas de enfrentamiento de problemas, que faciliten la autonomía del niño y la intergradación social.

Paralelamente se trabajó con el niño utilizando técnicas de autoobservación por imágenes: imagería con o sin relajación y dibujo; y por la acción. Juego libre razonado y juego de roles.

Los objetivos con el niño fueron lograr una resignificación de la realidad como reaseguradora, buscando alternativas más adaptativas frente a situaciones ansiógenas. Además se facilitó la organización de una imagen de sí mismo positiva, más aceptadora y realista.

En tres casos se agregó tratamiento farmacológico, utilizándose ansiolíticos derivados de la

benzodiazepinas (Bromazepan), en bajas dosis durante un período breve (1 mes) para lograr una mejor adaptación escolar.

En un caso fue necesario utilizar antidepresivos tricíclicos (imipramina), en dosis habituales (1 mg/kg), por un período no mayor a 3 meses.

Se observó la remisión de síntomas ansiosos entre la 2ª y la 4ª sesión en todos los pacientes.

El tratamiento fue completado por 8 de los 10 niños, retirándose 2 pacientes, al haber disminuido considerablemente los síntomas y el motivo de consulta.

COMENTARIOS

El análisis realizado nos permitió identificar algunos factores que estuvieron presentes en la mayoría de los niños con ansiedad de separación.

Lo central es la existencia de un vínculo ansioso y dependiente con los padres, lo cual se encontraba presente previamente a la aparición de sintomatología aguda, y que era adaptativo al funcionamiento familiar. Este vínculo era preferentemente con la madre, lo cual a su vez impedía una vinculación adecuada con el padre, siendo éste excluido de una relación más satisfactoria.

Entre los antecedentes facilitadores de la formación de este vínculo ansioso, destaca la significación que el niño tiene dentro de su familia.

Vemos así que los niños ocupaban un lugar primordial en la fratría, además, tuvieron experiencias vitales angustiosas, como las enfermedades que presentaron en su desarrollo y situaciones familiares poco estables, como las relaciones conyugales insatisfactorias.

En este contexto, la presencia de un evento estresante gatilla las dificultades de adaptación del niño, acentuándose la sintomatología ansiosa, haciéndose evidente para la familia la dependencia y la dificultad de separación.

Esta forma de relación que si bien está presente

permanentemente, no motivó la consulta, hasta que debido a un estrés, se manifiesta una crisis angustiosa.

Observamos que los niños presentaban una imagen amenazante e insegurizadora de la realidad y una imagen de sí mismo positiva. Esta imagen es sobrevalorada en relación a sus posibilidades de adaptación social, lo cual plantea una evidente contradicción: no facilitando una imagen de sí mismo integrada.

El patrón familiar correspondería a lo que Guidano (5) llama la organización de significado fóbica, ya que encontramos que los padres eran muy afectuosos y sobreprotectores, impidiendo la exploración, lo que favorecería la percepción de mundo amenazante que tienen los niños y el desarrollo de una dependencia excesiva.

En esta relación afectiva dependiente, que observamos entre padres e hijos, el adulto se mostró ambiguo y fluctuando entre el polo de la aceptación y amor incondicional, al del rechazo e incluso castigo físico, por encontrarse los padres sobrepasados debido a las excesivas demandas del niño.

El estudio mostró que los niños eran excesivamente egocéntricos, impulsivos con baja tolerancia a la frustración, y con dificultad de expresar emociones: aspectos que no facilitan la adaptación a las demandas y exigencias nuevas, y dificultan la integración social al grupo de pares.

El síntoma aparece cuando hay un desequilibrio ante una situación nueva, intensa y estresante, relacionada con la situación familiar o escolar. El niño no tiene esquemas afectivos que le permitan enfrentar adaptativamente la situación, utilizando esquemas anteriores que han sido eficaces en etapas previas del desarrollo.

Se genera un desequilibrio en las acciones y patrones del comportamiento con lo que la persona no satisface sus necesidades, presentándose el desajuste.

Los esquemas afectivos distorsionan la realidad, en forma no consciente y el niño funciona con un pensamiento sincrético, que no le permite desapegarse, privilegiando el contacto físico con

figuras significativas. Los esquemas desadaptativos se fijan, sin posibilidades de reversibilidad y el niño compensa, recurriendo a esquemas que no se ajustan a la realidad, generándose sentimientos de debilidad e incapacidad, lo cual contrasta con la percepción del sí mismo sobrevalorada.

Los padres a su vez incorporan este sentimiento de incapacidad y temor en sus hijos, tendiendo a adoptar conductas compensadoras, promoviendo una sensación de mayor inhabilidad en el niño y entrando en un círculo vicioso. Es por esto que la familia se ve entorpecida en su proceso de separación - individualización.

Un abordaje terapéutico que implique un cambio en el ambiente insegurizador, y a la vez favorezca el desarrollo de habilidades en el niño para enfrentar las situaciones novedosas en forma autónoma, facilita la remisión precoz de los síntomas.

Sin embargo, la organización de significado personal del niño persiste, y es necesario considerarlo en la terapia, así como reforzar un proceso de identidad positivo y autónomo.

De la experiencia clínica vemos que con la terapia se reduce la sintomatología y la problemática del proceso de individuación - separación en un corto plazo.

Es posible, sin embargo, que en momentos posteriores de desequilibrio tanto del niño como de la familia, vuelvan a evidenciarse problemas.

Es así como se podrían reactivar esquemas de funcionamiento desadaptativos, que persisten como estructuras a través del tiempo y que, han servido como elementos protectores del sí mismo

en algún momento de desarrollo.

Esto explicaría la gravedad y profundidad del problema y las evoluciones patológicas posteriores, a pesar de los tratamientos realizados.

Es nuestro interés proseguir este estudio, con un seguimiento a largo plazo de los niños que presentan este trastorno de ansiedad de separación, y ver como se organiza su identidad personal en la etapa de la adolescencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Livingston, R. Anxiety Disorders. In Lewis, R. (Ed): Child and adolescent Psychiatry: a comprehensive textbook. Baltimore Press, U.S.A., 1991, 673-684
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed). Washington, DC. American Psychiatric Association Press, 1980.
3. Rychlak, J. Personality and Psychotherapy, Houghton Mifflin Co. U.S.A., 1981. Cap. 11.
4. Arshad, S. Kashani, J. Anxiety Disorders in children and adolescents. American psychiatric Press. Washington. U.S.A., 1992.
5. Guidano V. Self in Process. The Guilford Press N. York-London, 1991.
6. May Gary. Nosology and diagnosis. In Noshpitz (Ed): Basic Handbook of Child Psychiatry. N. York Press, 1979, 111-141.
7. Leonard, H. Rapaport, J. Separation Anxiety. Overanxious and Avoidant Disorders. In Wiener J. (Ed): Textbook of child and Adolescent Psychiatry. American Psychiatric Press, 1991, 311-322.
8. Berstein G. Anxiety Disorders. In Garfinkel B. Psychiatric Disorders in Children and adolescents. Saunders Company Press 1990, 64-83.

ACTUALIZACIONES EN ANOREXIA NERVIOSA

Dra. Sandra Venegas González

Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda, Unidad Psiquiatría Infantil y del Adolescente

I. INTRODUCCION

La Anorexia Nerviosa (AN) es una patología relevante tanto por su creciente incidencia como por la tórpida evolución que puede llegar a tener. Autores como Simon hablan de una mortalidad entre 4% y 20%, motivados por la consulta de pacientes de este tipo en nuestro servicio, hemos realizado esta revisión y reflexión en torno a esta importante entidad mórbida. Desde 1994 a la fecha se encuentran más de 1500 trabajos de investigación en el tema, esto habla del gran interés que despierta y de la falta de claridad que existe frente a esta enfermedad. Hasta hoy no se ha logrado comprender completamente la AN. Se cuestiona si este trastorno efectivamente es una entidad nosológica perfectamente aislable de otras enfermedades o, si por el contrario, se trata de un síndrome. Algunos han intentado artificialmente asimilarla a otras entidades nosológicas.

Para graficar la diversidad de concepciones que se ha tenido históricamente de esta enfermedad, se presenta un resumen de la evolución de los conceptos sobre la Anorexia Nerviosa.

- 98-138 **Sorano** describe la amenorrea y la anorexia en la mujer.
- 700-1000 Santa Liberata vive en Portugal (recibe culto en España), realiza un ayuno para preservar su virginidad que llega a masculinizarla (hirsutismo y amenorrea).
- 1694 **Morton** describe la enfermedad como una consunción nerviosa.
- 1874 **Gull**: estado mental morboso por alteraciones centrales y hereditarias.
- 1873-74 **Lassègue**: histeria.
- 1901-14 **Freud**: neurosis en muchachas púberes que expresa un rechazo a la sexualidad mediante la anorexia.
- 1903 **Janet** se percata de la particularidad de este cuadro y lo atribuye a un secreto impulso a guarecerse en la

infancia. Las enfermas se negarían a la vida adulta, no sabrían ser independientes.

- 1914 **Simmonds**: caquexia hipofisiaria, deficiencia endocrina.
- 1954 **Bleuler** deja de lado la Teoría de la Hipófisis.
Destaca la sobrevaloración de lo estético y la condena moral hacia la comida y la gordura.
- 1958 **Binswanger**: esquizofrenia.
- 1962 **Bruch**: trastornos perceptivos y conductuales.
- 1974 **Zutt** en su libro *Psiquiatría Antropológica* plantea que la tendencia al aislamiento sería algo esencial, que traería la pérdida del apetito (no del hambre instintiva). El apetito sería el resultado de la convivencia, del placer de comer en compañía del otro.
- 1970-1998 múltiples estudios endocrinológicos, epidemiológicos, neurofisiológicos, psicológicos, etc. Tratamiento con antidepresivos y otros.

II. DEFINICIONES

En la definición de la AN destacan los aportes hechos por Hilde Bruch (1962) y de Feighner y cols. (1972), que han sido la base en la elaboración de los actuales criterios en uso, esto es DSM IV y CIE 10. Se incluye aquí las pautas del último por ser uno de los más completos.

CIE 10

Pautas para el diagnóstico:

- Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada en el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más