



REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ISSN-0718-3798
Versión impresa

Indexada en Lilacs y Latindex

Publicación Oficial de la
SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Volumen 29 – N°1– Marzo 2018

Presidenta

Dra. Verónica Burón Klose

Vicepresidenta

Dra. Adriana Gutiérrez Poblete

Secretaria General

Dra. María Eugenia López Böhner

Tesorera

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

Directores

Dra. Joanna Borax Petrikowski

Dr. Felipe Méndez Koch

Dr. Juan Salinas Véliz

Dr. Mario Valdivia Peralta

Past - Presidenta

Dra. Patricia González Mons

GRUPOS DE ESTUDIO**Adolescencia y Adicciones**

Presidente

Dr. Alejandro Maturana

Trastornos del Desarrollo GTD

Presidenta

T.O. Marianne Schönstedt

Enfermedades Desmielinizantes

Presidenta

Dra. Andrea Schlatter

Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia

Presidente

Dr. Ricardo Erazo

Políticas Públicas

Presidenta

Dra. Joanna Borax

Epilepsia Refractaria

Presidenta

Dra. Keryma Acevedo

Trastornos del Sueño en Pediatría

Presidente

Dr. Tomás Mesa

Dr. Tomás Mesa L.

Editor General
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Matías Irarrázaval D.

Editor Asociado de Psiquiatría
Universidad de Chile/ Clínica las Condes

Dra. Marta Hernández Ch.

Editora Asociada de Neurología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Ricardo García S.

Past-Editor
Universidad de Chile/ Clínica Las Condes

Dr. Mario Valdivia P.

Asistente Editor de Psiquiatría
Clínica Privada

Dra. Alejandra Hernández G.

Asistente Editora de Neurología
Hospital San Borja Arriarán

Dra. Viviana Herskovic M.

Asesora Resúmenes en Inglés
Clínica las Condes

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	Universidad de Chile / Santiago
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago, USACH
Dra. Mónica Troncoso Sch.	Hospital San Borja Arriarán, Santiago
Dra. Karin Kleinstauber S.	Universidad de Chile, Clínica Las Condes
Dra. Flora de la Barra M.	Universidad de Chile, Santiago

Comité Editorial Revista

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Neurología

Dr. Jaime Campos
Dra. Patricia Campos
Dra. Lilian Czornyj
Dr. Philip Evrard
Dr. Agustín Legido
Dr. Jorge Malagón
Dr. Joaquín Peña
Dr. Giuseppe Platzi

Hosp. Clínic. de San Carlos, Madrid, España
Universidad de Cayetano Heredia, Perú
Hospital de Niños, Garrahan, Argentina
Clinique Saint-Joseph, Francia
Universidad de Philadelphia, U.S.A.
Academia Mexicana de Neurología, México
Hospital Clínico la Trinidad, Venezuela
Hospital Bambin Jesus. Roma. Italia

Psiquiatría

Dra. Susan Bradley
Dr. Pablo Davanzo
Dr. Gonzalo Morandé
Dr. Francisco de la Peña
Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto, Canadá.
Univ. De California UCLA, U.S.A.
Hospital Niño Jesús, España
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad de Columbia, U.S.A.

Origen y Gestión

La revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, SOPNIA, es el órgano oficial de expresión científica, y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un Editor de la revista, un Editor asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, más un comité Editorial, quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

Misión y objetivos

La revista tiene como misión publicar artículos originales e inéditos que cubran las áreas de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y otros temas afines: Pediatría, Neurocirugía Infantil, Psicología y Educación, de modo de favorecer la integración de miradas y el trabajo interdisciplinario.

Se considera además la relación de estas especialidades con la ética, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos.

Las modalidades de presentación del material son: artículos de investigación, casos clínicos, revisiones de temas enfocados a la medicina basada en la evidencia, comentarios sobre artículos de revistas y libros, cartas, contribuciones y noticias.

Público

Médicos especialistas, Psiquiatras y Neurólogos de la Infancia y la Adolescencia, otros médicos, profesionales de salud afines, investigadores, académicos y estudiantes que requieran información sobre el material contenido en la revista.

Modalidad Editorial

Publicación trimestral de trabajos revisados por pares expertos (peer review) que cumplan con las instrucciones a los autores, señaladas al final de cada número.

Resúmenes e indexación

La revista está indexada en Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Latindex (Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal) <http://www.bireme.org/abd/E/chomepage.htm>.) Índice bibliográfico médico Chileno. Sitio WEB Ministerio de Salud.

Acceso a artículos completos on line www.sopnia.com

Abreviatura

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. ISSN 0718 – 3798

Diseño

Juan Silva: jusilva2@gmail.com / Cel.: 9 9799 5964

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Tomás Mesa Latorre. Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2º piso, interior, fono: 2632.0884, email: sopnatie.cl, sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

EDITORIAL

- **Mensaje Presidencial**

Presidential Message

Dra. Verónica Burón Klose

7

TRABAJOS ORIGINALES

- **Educación Médica Continua SOPNIA. Experiencia de Implementación de Cursos E-Learning en Neurología Pediátrica.**

Continuing medical education SOPNIA. Experience of implementing e-learning courses in Pediatric Neurology.

Dra. Paola Santander Vidal

9

- **Hábitos alimentarios y funcionalidad familiar en familias de la región metropolitana: un estudio descriptivo.**

Eating habits and family functionality of families in the Metropolitan region: a descriptive study.

Rodrigo Barrera M.; Manuel Gallegos M.; Guillermo Narbona Y.; Álvaro Navea V.; Claudio Ñanco M.; Josefina Sepúlveda G.; Bárbara Torres C.; Javier Vela U.; Nikolaus Vivallo. Isidora Beatriz Burgos O.

13

- **Un Modelo Psicopedagógico de Habilitación Escolar para Abordar la Interrupción de la Escolaridad en Cuadros Psiquiátricos Complejos.**

A Psychopedagogical Model of School Habilitation to Address the Interruption of Schooling in Complex Psychiatric Cases.

Psic. Ricardo Musalem.

31

EDUCACIÓN CONTÍNUA

- **Actualización en Trastornos Ansiosos en niños y adolescentes: Ansiedad de Separación-Ansiedad Social-Ansiedad Generalizada.**

Update on anxious disorders in children and adolescents: separation anxiety-social anxiety-generalized anxiety.

Dra. Marcela Matamala B.

58

CASO CLÍNICO

- **Episodios Ictales: Descripción de un Caso Clínico**

Ictal events: a case report.

Dr. Tomás Mesa L., Dra. Paola León M.

69

NOTICIAS

76

REUNIONES Y CONGRESOS

78

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

79

Mensaje Presidencial

Presidential Message

Dra Verónica Burón K.

Estimados amigos y colegas:

Se me ha concedido el honor de presidir la SOPNIA por el período 2018 – 2019, lo que es un gran desafío, en especial al haber tenido grandes directores anteriormente. Afortunadamente cuento con el apoyo de un excelente directorio con el que trabajaremos para tratar de cumplir nuestras metas.

Nuestro sueño es que todos los neurólogos y psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes sean miembros de nuestra Sociedad y que participen activamente, dándonos sus opiniones, participando en los grupos y comisiones. Buscaremos diferentes estrategias para que aquellos que aún no son miembros, se integren y trabajemos juntos.

Queremos ser voz en todos aquellos temas y políticas públicas que puedan afectar a nuestros niños y adolescentes en las materias que nos atañen. Que podamos influir tanto en la opinión pública como en nuestros políticos para tratar de fomentar un desarrollo sano de nuestros niños, fortaleciéndolos para que tengan la oportunidad de desarrollar todo su potencial.

Dentro de nuestros objetivos está el tratar de integrar más a regiones, tenemos que ser capaces de interpretar cuales son las necesidades e inquietudes de nuestros colegas que trabajan lejos de la capital y que tienen realidades diferente. En este directorio tenemos dos representantes de regiones, el Dr. Mario Valdivia y el Dr. Felipe Mendez, que serán la voz de las regiones.

Quizás, una de nuestras debilidades es que no hemos logrado difundir en forma adecuada las actividades de SOPNIA, dentro de éstas las de los grupos de los grupos de estudio. Estos grupos son abiertos y todos están invitados a participar.

GEPPIA (Grupo de Estudio de Políticas Públicas de la Infancia y Adolescencia) es uno de los nuevos, multidisciplinario, que se reúnen en forma regular a tratar los diferentes temas de contingencia, como lo fue el SENAME.

ADVOCACY en un grupo que trabaja en forma conjunta con otras Sociedades Científicas para influir en las políticas de prevención del consumo de alcohol y drogas. En el periodo anterior participó en la organización Seminario de prevención drogas y alcohol , en que se invitó al ex presidente de Islandia con su equipo a presentar el modelo “Planet Youth” con el que ellos lograron reducir en forma significativa el consumo. Afortunadamente algunos políticos escucharon y se está trabajando en la implementación de este programa en algunas comunas. Paralelamente las Sociedades, hemos asistido a la Comisión de Salud de la Cámara de diputados, para tratar de exponer nuestros puntos de vista en este tema.

Los otros grupos de estudio han continuado trabajando en el ámbito académico, como el

Editorial

GTD (Grupo de Trastornos del Desarrollo), neuromuscular, epilepsias refractarias y sueño, que se reúnen en forma regular a tratar temas de interés.

El programa de Educación Médica Continua (EMC) ha realizado en forma regular sus cursos on- line, que están acreditados por CONACEM, para facilitar a todos nuestros socios y colegas el cumplir con las exigencias para la recertificación de especialidad, que aún está en vías de implementación. Agradecemos el tiempo y dedicación del equipo de EMC, así como a todos los colegas que han cooperado en los diferentes temas. Un desafío es hacer la plataforma de los cursos de EMC cada vez más amigables y quizás a futuro más interactivos. Esta, nuestra revista, quiere seguir creciendo. Su equipo editor ha estado trabajando en forma ardua para lograr indexar la revista a diferentes buscadores internacionales. Invitamos a todos nuestros colegas a que envíen sus trabajos, experiencias o revisiones de temas para su publicación.

El congreso anual es la actividad más importante de SOPNIA. Tenemos el orgullo de que nuestros congresos son de un nivel y calidad de excelencia. Los invitados internacionales y nacionales son de primer nivel y esta instancia nos permite mantenernos con los conocimientos al día así como compartir experiencias con los profesores invitados, las que nos ayudan en nuestra práctica médica. Además el programa social permite el conocernos y reencontrarnos con nuestros colegas y amigos. Este año 2018 el congreso será presidido por la Dra. Fresia Castillo y por primera vez se realizará en la zona de Colchagua, en Santa Cruz. Estamos seguros que podremos contar con la asistencia de todos ustedes y será un éxito. Para terminar, solo recordarles que SOPNIA somos todos, y que sin el apoyo y ayuda de todos ustedes, nuestros sueños y desafíos no podrán concretarse. Los invito a participar activamente en nuestra sociedad.

Dra Verónica Burón K.
Neurólogo Pediatra
Presidenta SOPNIA

Educación Médica Continua SOPNIA. Experiencia de Implementación de Cursos E-Learning en Neurología Pediátrica.

Continuing medical education SOPNIA. Experience of implementing e-learning courses in Pediatric Neurology.

Dra. Paola Santander*

Resumen: El programa de Educación Médica Continua (EMC) de SOPNIA consiste en actividades científicas orientadas a la actualización permanente en Neurología y Psiquiatría de niños y adolescentes. Está dirigido a socios SOPNIA, médicos especialistas en Neurología Pediátrica, Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia y médicos especialistas certificados de especialidades afines (1).

Este programa desde el año 2014 inicia cursos de capacitación de post grado vía e-learning, ya que este sistema permite flexibilidad de tiempo, mayores oportunidades para acceso, favorece el desarrollo de competencias y destrezas específicas como el estudio autorregulado, con una modalidad 100% on-line a través de nuestra plataforma vía página web de SOPNIA. Se analiza experiencia realizada

Palabras clave: educación médica continua, Psiquiatría infantil, Neurología pediátrica, curso e-learning, educación en página web.

Abstract: The continued medical education program (EMC) of SOPNIA consists of scientific activities aimed at updating physicians on pediatric neurology and psychiatry. It is aimed at SOPNIA members, specialists in pediatric neurology, child and adolescent psychiatry and certified physicians of related medial specialties.

Since 2014, this program began graduate training via e-learning, for this system allows time flexibility, greater access opportunity, favors the development of specific skills and competencies such as self-regulated study, with a 100% online mode through our platform via SOPNIA website. We analyze our experience.

Key words: continued medical education, child and adolescent psychiatry, pediatric neurology, e-learning, online education, website education.

Metodología y resultados:

ción de post grado.

En EMC SOPNIA de Neurología Pediátrica entre el año 2014 al 2017 se han creado 4 versiones, 1 versión anual consistente en módulos con contenidos del curriculum de nuestra forma-

En la *primera versión* en el año 2014 se ofrecieron 6 Módulos con un total de 163 participantes. Los temas fueron los siguientes:

* Neuróloga Infantil. Coordinadora Educación Médica Continua. Neurología Pediátrica SOPNIA Directorio Período 2014-2017.

Trabajos Originales

Neurodesarrollo y Lenguaje: (45 participantes): avances en genética del autismo, espectro clínico de los trastornos del neurodesarrollo, puesta al día en trastornos específicos del lenguaje, terapias farmacológicas y no farmacológicas en el trastorno del espectro autista.

Epilepsia: (32 participantes): aproximación clínica a los síndromes epilépticos, consideraciones de clasificación ILAE, encefalopatías epilépticas, abordaje clínico y terapéutico, actualización en nuevos fármacos antiepilépticos, utilidad de videoelectroencefalograma.

Apnea y Sueño: (22 participantes): diagnósticos diferenciales de las parasomnias, actualización en SAHOS, ALTE estudio y manejo de la apnea del lactante.

Patología Neuromuscular: (21 participantes): evaluación del lactante hipotónico de causa neuromuscular, patología de la unidad neuromuscular inmunomediada, puesta al día en miopatías congénitas, actualización en distrofinopatías.

Trastornos del Movimiento :(25 participantes): aproximación clínica al diagnóstico diferencial de los trastornos del movimiento en la infancia, recientes avances en genética de las distonías, tics y Guilles de la Tourette: desde la neurobiología a la clínica, puesta al día en tratamiento de los movimientos anormales en niños.

Neurogenética y Neurometabólica: (18 participantes): actualización en síndrome de X frágil, aproximación diagnóstica en discapacidad mental ligada al cromosoma X, fenotipo y genotipo de las enfermedades mitocondriales, en-

fermedades metabólicas de depósito: puesta al día en tratamiento.

En la *segunda versión* en el año 2015 se ofrecieron 5 Módulos, planificándose mayor tiempo de horas de estudio entre los módulos y las evaluaciones. Existió un total de 103 participantes y los temas fueron los siguientes:

Epilepsia-Sueño: (24 participantes): actualización en manejo del status convulsivo, espasmos infantiles: orientación diagnóstica al estudio etiológico y puesta al día en tratamiento, sueño y epilepsia.

Enfermedades de Sustancia Blanca: (20 participantes): ADEM y NMO puesta al día en conceptos e intervenciones terapéuticas, aproximación diagnóstica de leucodistrofias de origen genético, actualización en consensos de criterios diagnósticos y tratamiento en esclerosis múltiple en niños.

Neuroneonatología: (19 participantes): puesta al día en convulsiones neonatales: diagnóstico y tratamiento, aproximación diagnóstica a los errores innatos del metabolismo de presentación neonatal, AME en neonatología: diagnóstico y nuevas perspectivas terapéuticas.

Neuroimágenes: (19 participantes): neuroimágenes en accidente vascular en neuropediatría, neuroimágenes en encefalopatía hipóxica isquémica del recién nacido y del lactante, malformaciones del desarrollo cortical, imágenes, clasificación y genética.

Ética en Neuropsiquiatría: (14 participantes): aspectos éticos de la práctica clínica en neuropsiquiatría, conceptos de neuroética y bioética, limitación del

esfuerzo terapéutico en pacientes con patología neurológica, confidencialidad en la consulta neuropsiquiátrica.

Considerando la posibilidad de inscripción en módulos anteriores, en la tercera y cuarta versión se planificaron 4 módulos por año.

En la *tercera versión* en el año 2016 hubo un total de 110 participantes y los temas fueron los siguientes:

Neurodesarrollo: (39 participantes): actualización en trastorno de déficit atencional, ADOS como herramienta diagnóstica de autismo, autismo e intervenciones terapéuticas actuales.

Epilepsia: (39 participantes): espectro clínico en convulsión febril: estudio y manejo, epilepsia benigna de la infancia: evolución típica y atípica, utilidad de dieta cetogénica en pacientes con epilepsia refractaria.

Patología Neuromuscular: (18 participantes): enfrentamiento actual al diagnóstico de polineuropatías hereditarias, miopatías inflamatorias autoinmune: estudio y tratamiento, actualización en estudio y manejo de distrofia miotónica de Steinert.

Urgencias Neuropediátricas: (14 participantes): manejo en status convulsivo del neonato y del lactante, estudio y abordaje terapéutico en accidente vascular pediátrico, enfoque diagnóstico y terapéutico de crisis miasténica en unidad de cuidados intensivos.

En la *cuarta versión* en el año 2017 en los 4 Módulos ofrecidos, hubo un total de 86 participantes. En esta versión, se introdujo material audiovisual con clases expositivas por parte del docente,

en especial en temas de desafíos diagnósticos. Los temas fueron los siguientes:

Neuroinfectología: (20 participantes): actualizaciones en TORCH: estudio y diagnóstico diferencial, infecciones emergentes, zika y espectro de manifestaciones neurológicas, desafíos diagnósticos de neuroinfectología.

Neuroneonatología y Neurología Fetal: (24 participantes): utilidad de neuroimágenes en diagnóstico prenatal de malformaciones del SNC, asfixia perinatal e hipotermia: evaluación, diagnóstico y manejo, puesta al día en diagnóstico genético prenatal de enfermedades neurológicas.

Epilepsia: (21 participantes): epilepsia en encefalitis aguda mediada por anticuerpos anti- NMDA, trastornos del movimiento y diagnóstico diferencial de epilepsia, desafíos diagnósticos en epilepsia.

Temas de Neuropsiquiatría: (21 participantes): pantallas y tecnología: implicancias en el desarrollo infantil, marihuana y sus evidencias en tratamiento de afecciones neuropsiquiátricas, detección precoz de trastorno de conducta o de personalidad en paciente que consulta por déficit atencional.

Discusión:

Pensamos que la introducción de clases audiovisuales en la plataforma fue un método atractivo de enseñanza y aprendizaje, en un futuro un foro de participación sería también un aporte interesante a considerar.

Por otro lado es importante mencionar que este programa está estructurado en

Trabajos Originales

base a los requerimientos del proceso de recertificación de nuestra especialidad, proceso que deberán cumplir los médicos especialistas cuando se cumpla la fecha de término de la certificación de su título que tiene una vigencia limitada. La recertificación es acreditar la idoneidad en la continuación del ejercicio de la especialidad y vigencia de calidad de especialista, tanto en conocimiento como en destrezas propias de ella.

En Chile CONACEM es la única entidad recertificadora de especialidades (2). La certificación por CONACEM de nuestros cursos es válida para el proceso de recertificación y se ha creado como un trabajo conjunto principalmente con docentes especialistas socios de SOPNIA.

Los procesos de recertificación están impulsando la búsqueda de programas de desarrollo profesional obligatorios que abarcan un amplio espectro de actividades clínicas, profesionales y de

actualización.

Conclusión:

Como SOPNIA y Directorio entre el período 2014 al 2017 fue nuestra misión ofrecer y mantener Educación Médica Continua para nuestros socios. Mucho éxito a quienes continuarán con el desarrollo de este desafío en sintonía con los tiempos actuales.

Finalmente agradecer a nuestros SOCIOS docentes y quienes aportaron generosamente con sus conocimientos accediendo en forma desinteresada a la realización de las clases y contribuir en este programa.

BIBLIOGRAFIA

1. www.sopnia.com Educación Médica Continua en Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
2. www.conacem.cl Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas de Chile.

Hábitos alimentarios y funcionalidad familiar en familias de la región metropolitana: un estudio descriptivo.

Eating habits and family functionality in families in the metropolitan region: A descriptive study.

Rodrigo Barrera M.¹; Manuel Gallegos M.¹; Guillermo Narbona Y.¹; Álvaro Navea V.¹; Claudio Ñanco M.¹; Josefina Sepúlveda G.¹; Bárbara Torres C.¹; Javier Vela U.¹; Nikolaus Vivallo¹. Isidora Beatriz Burgos O.².

Resumen: Existen múltiples estudios acerca del funcionamiento familiar en la población chilena y sobre sus prácticas alimenticias, relacionándose ambas con morbilidades psicológicas o psiquiátricas. A pesar de esto, no logramos encontrar estudios que relacionen específicamente los hábitos alimenticios con el comportamiento a la hora de comer y el funcionamiento familiar en Chile. Definir los hábitos alimentarios no resulta sencillo, ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos (1). El presente estudio es un estudio descriptivo tipo corte transversal, cuyo objetivo es explorar la relación entre el funcionamiento familiar y el hábito de comer en familia en padres y madres que acuden al policlínico de pediatría. El estudio se aplicó en 5 centros de salud de diferentes comunas de la región Metropolitana: Centro de Salud de San Bernardo (San Bernardo), Policlínico el Salto (Recoleta), Patronato Nacional de la Infancia (Estación central), CESFAM Juan Pablo II (La Reina) y CESFAM Aníbal Ariztía (Las Condes). Todos corresponden a campos clínicos universitarios de la Universidad de Los Andes en el área de pediatría. Todos centros caracterizados por recibir pacientes en su mayoría chilenos, de un nivel socioeconómico medio-bajo (2). Se consideraron como criterios de inclusión el ser padres y/o madres de pacientes que se atendían en los consultorios antes mencionados, mayores de 18 años y que firmaran el consentimiento informado. Los datos fueron obtenidos mediante la auto-aplicación de dos cuestionarios, uno de ellos, de fabricación propia, describe la práctica alimenticia de la familia, el otro, correspondiente al cuestionario APGAR familiar, validado en Chile, fue usado para medir el funcionamiento familiar según la percepción de los padres y/o madres. De un total de 53 encuestas realizadas, 90.6% presentó un APGAR de familia funcional, un 7.5% un APGAR con disfunción familiar moderada y un 1.88% con un APGAR de disfunción familiar severa. El análisis estadístico muestra que este nivel de funcionamiento se explica en un 53% por tres de las variables estudiadas; Comunicación y ambiente a la hora de comer, y si los padres viven juntos o no. Será necesario confirmar estos hallazgos en futuras investigaciones que cuenten con poblaciones de estudio más extensas y variadas en su morfología familiar, para extrapolar estos datos a nivel regional.

1. Alumno de 5to año de medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes, Santiago.

2. Interna de 6to año de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Correspondencia: gbarbona@miuandes.cl

Trabajos Originales

Palabras clave: APGAR, funcionamiento familiar, comer en familia, hábito alimenticio, trastornos alimenticios.

Abstract: There are multiple studies on family functioning in the Chilean population and on their dietary practices, both have been related to psychological or psychiatric morbidities. Despite this, we could not find studies that specifically relate eating habits to eating behaviors and family functioning in Chile. Defining eating habits is not easy, since there is a diversity of concepts, however, most converge in that they are recurrent manifestations of individual and collective behavior with respect to what, when, where, how, with what, and for what purpose we eat and who consumes the food (1). The present study is a descriptive cross-sectional study, whose objective is to explore the relationship between family functioning and the habit of eating as a family in parents who attend the pediatric polyclinic. The study was performed in 5 health centers in different communes of the Metropolitan Region: San Bernardo Health Center (San Bernardo), El Salto Polyclinic (Recoleta), National Children's Trust (Central Station), CESFAM Juan Pablo II (La Reina) and CESFAM Anibal Ariztía (Las Condes). All correspond to pediatric university clinical campuses of the Universidad de Los Andes. All centers are characterized as receiving mostly Chilean patients, of a medium-low socioeconomic level (2). Inclusion criteria were: fathers and/or mothers of patients who attended the clinics, who were older than 18 years and who signed the informed consent. The data were obtained through the self-administration of two questionnaires, one of them of our own manufacture, describes the family's nutritional practice, the other, corresponding to the family APGAR questionnaire, validated in Chile, was used to measure family functioning according to the perception of fathers and/or mothers. Of a total of 53 surveys conducted, 90.6% presented an APGAR of functional family, 7.5% an APGAR with moderate family dysfunction and 1.88% with an APGAR of severe family dysfunction. The statistical analysis shows that this level of functioning is explained in 53% by three of the studied variables: communication and atmosphere at mealtime, and whether the parents live together or not. It will be necessary to confirm these findings in future investigations that have more extensive and varied study populations in their family morphology to extrapolate these data at a regional level.

Key words: APGAR, family functionality, family meal, feeding behavior, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se ha caracterizado por un cambio en los paradigmas familiares (3). Tanto la familia, definida por la Comisión Nacional de la Familia como "un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables" (1992), así como el funcionamiento de ésta, han cambiado sustancialmente en el transcurso de las últimas décadas (4), generándose familias con relaciones de distinta morfología, pero que tienden a la menor interacción entre los miembros (5).

Hay que tener en cuenta que el funcio-

namiento familiar corresponde a un potente indicador de salud (6).

Es así como en un mundo donde se considera un estilo de vida acelerado con altos estándares de exigencia laboral, educacional, económica, social y político, se presenta de forma indudable que hay una serie de factores que influyen y, finalmente, repercuten en el funcionamiento familiar (7).

El funcionamiento familiar, considerado como "la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia (8) y que se evalúa a través de cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación,

Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos” (9) corresponde a una variable multifactorial, vale decir, afectado por múltiples causas.

Se han hecho estudios que constatan la importancia de la funcionalidad familiar en los procesos de salud-enfermedad y en especial el rol de la familia en la salud de cada individuo del grupo familiar (10). A modo de ejemplo, estudiada está, la relación entre familia disfuncional y embarazo adolescente, objetivándose que 65,5% de las adolescentes provenían de familias con un alto grado de disfuncionalidad (11).

También se describe su influencia como factor de riesgo en la ideación suicida de los jóvenes (12).

Dentro de las interacciones más elementales en la relación familiar se encuentra el hábito de comer en familia. Ésta no solo constituye una actividad que fortalece la identidad y los vínculos familiares a través de la transmisión de una serie de patrones de conducta, sino que además tiene directa influencia sobre los hábitos alimenticios de los hijos, siendo factor protector para obesidad y otras afecciones. Se ha visto que compartir al menos 3 comidas familiares a la semana reduce la posibilidad de consumir comidas poco saludables en un 20% y aumenta el consumo de comidas saludables en un 24% (13). Comer en familia es factor protector contra desórdenes alimentarios (14) y abuso de sustancias (15). Los adolescentes que comen 5-7 veces por semana en familia presentan significativamente menos síntomas depresivos que aquellos que comen menos de una vez por semana (16). Además, contribuye al desarrollo de los hábitos alimentarios, y a la mejo-

ra del lenguaje y habilidades de comunicación (17).

Hoy en día, en Chile, no se encuentran estudios que asocien el comer en familia y función familiar. Ante este vacío, se ha planteado buscar las relaciones existentes entre el hábito de comer en familia y los niveles de funcionamiento de ésta.

El objetivo principal de este estudio es estimar si existe una correlación entre el funcionamiento familiar y el hábito de comer en familia en padres que acuden con sus hijos a policlínicos de pediatría de diferentes sectores de Santiago.

Los objetivos secundarios son describir los hábitos alimentarios de la población de muestra, describir el funcionamiento familiar de la población muestra, y estimar si existe una correlación entre los distintos factores asociados al hábito alimentario y el funcionamiento familiar de la población muestra.

METODOLOGÍA

Este estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó en Chile como parte de un proyecto de la asignatura de Psiquiatría de V° año de Medicina de la Universidad de Los Andes, durante los meses de septiembre y octubre del 2016. El estudio se aplicó en 5 centros de salud de diferentes comunas de la región Metropolitana: Centro de Salud de San Bernardo (San Bernardo), Policlínico el Salto (Recoleta), Patronato Nacional de la Infancia (Estación central), CESFAM Juan Pablo II (La Reina) y CESFAM Aníbal Ariztía (Las Condes).

Los centros de salud precedentes fue-

Trabajos Originales

ron seleccionados en virtud de su calidad de campus clínicos de la Universidad de Los Andes, donde alumnos de 5to año de medicina hacen su rotación práctica de la asignatura de pediatría. Otros cuatro centros fueron descartados por falta de autorización para llevar a cabo el estudio.

Se consideraron como criterios de inclusión a los apoderados de pacientes pediátricos, mayores de 18 años que quisieran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: El no completar la encuesta y el no desear participar en el estudio.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Los Andes.

Previo a la aplicación de la encuesta, los participantes firmaron un consentimiento informado donde se explicaban los objetivos del estudio y se aseguraba el anonimato de los participantes.

Para la obtención de los datos se utilizaron dos instrumentos. El primero, de elaboración propia, en conjunto con la Dra. Eliana Reyes, directora de la escuela de nutrición y dietética de la universidad de Los Andes. Corresponde a una encuesta diseñada para auto aplicarse, de 14 preguntas en formato impreso, denominada “Encuesta 1 de hábitos de comer en familia”

Se realizó un ensayo piloto de la “Encuesta 1 de Hábitos de comer en familia” a un grupo de 9 personas, padres o madres de estudiantes de medicina de la Universidad de Los Andes, que accedieron voluntariamente a participar. Se les dio las instrucciones de llenado del

formulario de respuesta de forma oral y se les hizo entrega del instrumento impreso, dando un plazo de 24 horas para retornarlo contestado.

Se facilitó un número de contacto telefónico en caso de surgir dudas.

La totalidad de los encuestados retornaron el instrumento contestado y entregaron realimentación de forma oral sobre la atingencia de las preguntas y comprensibilidad de las mismas.

Con los datos aportados se modificó el diseño gráfico de la encuesta y se agregaron 4 preguntas relacionadas con hábito tabáquico, obesidad y adicción a drogas que fueron sugeridas por los encuestados, quedando un total de 18 preguntas. La nueva encuesta fue denominada “Encuesta 2 de hábitos de comer en familia”

Se realizó un nuevo ensayo piloto de la “Encuesta 2 de hábitos de comer en familia” a un grupo de 32 estudiantes de 5to años de Medicina de la Universidad de Los Andes. Se les dio las instrucciones de llenado del formulario de respuesta de forma oral y se les hizo entrega del instrumento impreso, dando un plazo de 24 horas para retornarlo contestado.

Se facilitó un número de contacto telefónico en caso de surgir dudas.

La totalidad de los sujetos encuestados en el estudio piloto retornaron el instrumento contestado.

Se realizó una retroalimentación de forma oral, con todos los encuestados a la vez, consultando por dificultades para llenar el formulario, comprensibilidad de las preguntas y comentarios

adicionales.

La retroalimentación fue positiva. Los encuestados destacaron la facilidad de la encuesta y la atingencia de las preguntas.

El segundo instrumento utilizado fue el “cuestionario APGAR familiar” diseñado por Smilkstein y validado en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar. (9). Corresponde a un instrumento cuantitativo que evidencia la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado (18).

Consta de 5 afirmaciones que el encuestado debe valorar con cualquiera de las siguientes frases: *Casi siempre*, *algunas veces* y *Casi nunca*, correspondiendo a cada afirmación un puntaje de 2, 1 y 0 respectivamente. Estos puntajes se suman.

Una suma de 7-10 puntos sugiere una familia muy funcional, de 4 – 6 puntos sugiere una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0-3 puntos sugiere una familia con grave disfunción.

Se utilizó un formato impreso y fue autoaplicada.

Para el registro de los datos los encuestados debían anotar sus respuestas en la misma hoja de la encuesta. Posteriormente se tabularon las respuestas en una planilla Excel

Se capacitó a 5 alumnos de Medicina de V° año que estaban cursando la rotación práctica de la asignatura de Pediatría, para responder las dudas que pudieran surgirle a los padres de los

pacientes de los centros de salud incluidos en el estudio, durante la auto aplicación de la encuesta.

En una primera instancia el participante firmaba el consentimiento informado.

Luego se entregaba al padre o madre la “Encuesta 2 de hábitos de comer en familia” en formato impreso. Una vez finalizada se entregaba el “cuestionario APGAR Familiar” en formato impreso.

Para el análisis estadístico de los datos se ocuparon los programas SPSS Statistics y STATA 13.0 con el asesoramiento del departamento de salud pública y epidemiología de la Universidad de los Andes.

RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a 54 apoderados que asistieron a las consultas de policlínico de pediatría de los consultorios estudiados. De las 54 encuestas una fue excluida por no haber firmado el consentimiento informado.

Las 53 encuestas restantes habían sido respondidas en su totalidad.

En la tabla 1 (Anexo Tablas de Resultados) pueden encontrarse las respuestas a las diferentes variables consultadas en la “Encuesta 2 de hábitos de comer en familia” con sus frecuencias absolutas.

Se realizó una regresión lineal múltiple de los datos obtenidos en la “Encuesta 2 de hábitos de comer en familia”, utilizando como variable dependiente el puntaje obtenido en el instrumento “APGAR familiar”, se realiza hipótesis nula de la pendiente para cada variable, considerando para el modelo final

Trabajos Originales

las variables “Padres viven juntos”, “comunicación” y “ambiente” obteniendo un R2 de 0,53 y un R2 ajustado de 0,50. Estos datos están resumidos en la Tabla 2.

Del total de apoderados encuestados,

45 correspondían a mujeres (84% de la muestra) y 8 correspondían a hombres (8% de la muestra).

Del total de familias, un 32% señaló que los padres no viven juntos, mientras que un 67.9% si lo hacen.

Tabla 2. Regresión lineal para instrumento APGAR.

F = 18.58					
R- squared= 0,53					
Adj R- squared= 0,50					
APGAR	Coef.	Std. Error	t	[95% Conf. Intervalo]	
Padres viven juntos	-1,44	0,35	-4,12	-2,15	-0,74
Comunicación	-2,03	0,46	-4,34	-2,97	-1,09
Ambiente	-1,21	0,6	-2,03	-2,42	-0,01

A su vez un 83% de los encuestados señala que la comunicación en su familia es buena, mientras que un 17% refiere que esta es regular.

El 90% de los encuestados refiere percibir un buen ambiente mientras comen y un 9.4% señala que éste es regular.

Destaca que un 41,5% comparte la cena familiar todos los días, correspondiendo a la comida que se comparte en mayor proporción con esta frecuencia.

El almuerzo los fines de semana figura como la comida que más se comparte en términos absolutos, con un 64% de respuestas positivas.

El 56,6% de los encuestados refirió que alguno de los miembros de la familia tenía sobrepeso u obesidad. Un 11,3% refirió que alguno de los miembros padecía algún trastorno de la conducta alimentaria.

Un 5,7% refirió que alguno de los miembros de la familia sufría algún tipo de adicción a sustancias, mientras que un 62,3% señaló que algún miembro fumaba tabaco.

Un valor de APGAR entre 7-10 puntos, correspondiente a una familia muy funcional, fue obtenido en el 90,56% de las encuestas, un valor entre 4-6, correspondiente a una disfuncionalidad moderada, fue obtenido en el 7.54% y un valor entre 0 – 3, correspondiente a una familia gravemente disfuncional, fue encontrado en el 1.88% de los casos.

DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue determinar si existe una correlación entre el funcionamiento familiar y los hábitos de comer en familia en la región metropolitana de Chile.

Además de describir los hábitos alimenticios de nuestra población.

La prevalencia de un alto funcionamiento en nuestra muestra fue de 90,56%, cifra que difiere de la encontrada en la literatura.

Un estudio llevado a cabo en el año 2006 en pacientes pertenecientes al programa cardiovascular de la comuna de Pudahuel, pesquisó un funcionamiento adecuado en el 72% de los casos, utilizando el mismo instrumentos APGAR familiar (19), cabe destacar que esta población era en su mayoría compuesta por adultos mayores.

Otro estudio llevado a cabo en 4 establecimientos educacionales de la comuna de puente alto en Santiago, Chile, a adolescentes entre 14 y 19 años, mostró una percepción de funcionalidad familiar adecuada en el 45,7% de los casos (20).

Es posible que estas diferencias se expliquen no solo por quién fue encuestado en nuestro estudio (apoderado del menor) sino también por el reducido tamaño muestral conseguido y el tipo de centro incluido (campo clínico universitario), lo que constituye una limitación de esta investigación.

Otra posible limitación del estudio es la presencia de alumnos de medicina durante la toma de la encuesta, situación que ha sido reportada en otros estudios como un factor a considerar (21).

Nuestro estudio además investigó las prevalencias de TTCA, obesidad y adicción a drogas, arrojando prevalencias similares a las reportadas a la literatura (22).

El análisis de los datos mostró que en nuestra población, la funcionalidad familiar estaría relacionada con tres de las variables de estudio; comunicación durante las comidas, el si los padres viven juntos o no y el ambiente percibido durante las comidas.

Estas tres variables explicarían el nivel de funcionalidad familiar en un 53%, con un 47% explicado por otras variables no conocidas.

El resto de las variables como edades de los hijos, frecuencia de comidas en familia, donde se realizan las comidas, entre otras, no explicarían la funcionalidad familiar, al menos en nuestra muestra.

CONCLUSIÓN

El nivel de funcionamiento familiar como fenómeno multicausal, ha sido relacionado con diversas situaciones de salud. El presente estudio quiso relacionar la funcionalidad con los hábitos de comer en familia, encontrando cierta relación lineal con algunos aspectos de esta práctica.

La comunicación y el ambiente a la hora de comer, características propias de este hábito familiar, surgen como predictores del funcionamiento. Así mismo lo hace el que los padres vivan bajo el mismo techo. (23).

Se hará necesario contar con nuevos estudios, en poblaciones más extensas y variadas en su morfología, para extrapolar estos datos a nivel regional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente a nuestros

Trabajos Originales

compañeros de quinto año que aplicaron las encuestas en los consultorios de pediatría. Agradecemos también a Marcela Cárcamo, quien tuvo un rol fundamental en el análisis de los datos obtenidos por las encuestas, a la Dra. Carmen Gloria Christoph por permitirnos realizar las encuestas en horario de pasos prácticos del ramo de pediatría, y finalmente a la Dra. Kristina Weil por su tutoría durante esta investigación.

REFERENCIAS

1. MM, Ivette A, S G, Guadalupe L, R C, Jaime E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*. [Internet]. 2012 Sept [Cited 2017 Nov 28]; 39 (3): 40–3. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Raña K J, Ferrer O J-C, Bedregal G P. Modelo de asignación de recursos en atención primaria. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2007 Jan [cited 2017 Dec 3]; 135(1):54–62. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872007000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Gutiérrez E, Osorio P. Modernización y transformaciones de las familias como procesos del condicionamiento social de dos generaciones. Última década. [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Dec 3];16(29):103–35. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-22362008000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Vargas C. N: Cambios en la familia: repercusiones en la práctica pediátrica. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. 2001 Mar [cited 2017 Dec 3]; 72(2): 77–80. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062001000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Gómez Cobos E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet]. 2008 [cited 2017 Dec 3];10(2). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80212387006>
6. Santí H, María P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 1997 Dec [cited 2017 Dec 3];13(6):591–5. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Retamales Hormazábal Juan, Behn Theune Verónica, Merino Escobar José Manuel. Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año 2003. *Cienc. Enferm.* [Internet]. 2004 Jun [citado 2016 Oct 17]; 10(1): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. González Rodríguez R, Cardentey García J. Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Dec 3]; 19(6): 599–607. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552015000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Cuba S, A M, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una Herramienta para

- detectar Disfunción Familiar. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 3];20(1):53-7. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Vicente PB, Rioseco SP, Saldivia BS, Kohn R, Torres PS. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Revista Médica de Chile* [Internet]. 2002 May [cited 2017 Dec 3]; 130(5): 527-36. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 11. María T Ortiz Gómez, Isabel Louro Bernal, Leonor Jiménez Cangas y Luis Carlos Silva Ayzaguer La salud familiar: Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 1999 Jun [cited 2017 Dec 3];15(3):303-9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21251999000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Morales C, Caridad I de la, Aguirre del R, Inalbis C, Rodríguez Zamora O, Zayas G, et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *ME-DISAN* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Dec 3];18(11):1544-9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192014001100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Pavez Paula, Santander Natalia, Carranza Jorge, Vera-Villaruel Pablo. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev. Méd. Chile* [Internet]. 2009 Feb [citado 2016 Oct 16]; 137(2):226-233. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200006&lng=es. [Http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006](http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200006)
 14. Hammons Amber, Fiese Barbara. Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? | Review Articles | Pediatrics [Internet]. [cited 2017 Dec 3]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/e1565>
 15. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson J. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. *Journal of Adolescent Health*. Volume 35, Issue 5, November 2004, Pages 350-359.
 16. Fulkerson Jayne, Story Mary, Mellin Alison. Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*. Volume 39, Issue 3, September 2006, Pages 337-345.
 17. Fulkerson Jayne, Kubik Martha, Story Mary, Lytle Leslie, Archan Chrisan. Are there nutritional and other benefits associated with family meals among at-risk youth? *J Adolesc Health*. 2009 Oct; 45(4): 389-395.
 18. Aguilar F, Patricia A, Escobar M, Manuel J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP* [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Dec 3];14(2):247-83. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-21612016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 19. González S. Carlos: Comparación de variables biomédicas y funcionales

Trabajos Originales

- (apgar familiar) en pacientes del programa de salud cardiovascular. Medicina de familiares. Universidad de Santiago de Chile, Médico de Cabece-
ra en el Hospital Clínico FUSAT. [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 Dec 3]; 14(2):247-83. Available from: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/apgar%20publicacion.pdf>
20. Pineda Gálvez M. Caracterización de una población de adolescentes en vulnerabilidad social desde la perspectiva de la resiliencia. Repositorio Académico - Universidad de Chile [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 4]; Available from: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106358>
21. González Ramos IA, Chávez Martín AF, García Chávez RA, González de la Rosa A, Orozco Mares I, Sandoval Zamora LE. Relación estudiante de medicina-paciente: la perspectiva de los usuarios de un hospital escuela. Investigación en Salud [Internet]. 2004 [cited 2017 Dec 3]; VI(3). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=14260308>
22. Urzúa M A, Castro R S, Lillo O A, Leal P C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. Revista chilena de nutrición [Internet]. 2011 Jun [cited 2017 Dec 4]; 38(2):128-35. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182011000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Moreno M, Galiano J: La comida en familia: algo más que comer juntos. Acta Pediatr Esp. 2006 2006; 64(11):554-558. [Internet]. 2006 Oct [cited 2017 Dec 4]; 38(2):128-35. Available from: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/689-la-comida-en-familia-algo-m%C3%A1s-que-comer-juntos#.WiSSe0qWbIU>.

ANEXO: TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 1

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	45	84,9	84,9	84,9
Masculino	8	15,1	15,1	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Comen en familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	5	9,4	9,4	9,4
Si	48	90,6	90,6	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Padres o apoderados viven juntos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	17	32,1	32,1	32,1
Si	36	67,9	67,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Hijos Menores de 5 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	14	26,4	26,4	26,4
1	35	66,0	66,0	92,5
2	4	7,5	7,5	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Trabajos Originales

Hijos de 5 a 10 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	34	64,2	64,2	64,2
1	14	26,4	26,4	90,6
2	4	7,5	7,5	98,1
3	1	1,9	1,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Hijos de 11 a 15 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	41	77,4	77,4	77,4
1	11	20,8	20,8	98,1
2	1	1,9	1,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Hijos de 16 a 20 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	47	88,7	88,7	88,7
1	4	7,5	7,5	96,2
2	2	3,8	3,8	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Mayores de 20 años

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	50	94,3	94,3	94,3
1	3	5,7	5,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Comunicación de su familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Buena	44	83,0	83,0	83,0
Regular	9	17,0	17,0	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Entendimiento dentro de su familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	35	66,0	66,0	66,0
	Regular	18	34,0	34,0	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Como percibe el ambiente familiar mientras comen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bueno	48	90,6	90,6	90,6
	Regular	5	9,4	9,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Dieta especial en alguien de la familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	45	84,9	84,9	84,9
	Si	8	15,1	15,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Frecuencia de Desayuno familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Durante la semana	8	15,1	15,1	15,1
	Fin de semana	27	50,9	50,9	66,0
	Nunca	9	17,0	17,0	83,0
	Todos los días	1	1,9	1,9	100,0
	Todos los días	8	15,1	15,1	98,1
	Total	53	100,0	100,0	

Trabajos Originales

Frecuencia de Almuerzo familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Durante la semana	1	1,9	1,9	1,9
Fin de semana	6	11,3	11,3	13,2
Nunca	34	64,2	64,2	77,4
Todos los días	1	1,9	1,9	79,2
Todos los días	1	1,9	1,9	100,0
Todos los días	10	18,9	18,9	
Total	53	100,0	100,0	

Frecuencia de Once familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Durante la semana	7	13,2	13,2	13,2
Fin de semana	20	37,7	37,7	50,9
Nunca	3	5,7	5,7	56,6
Todos los días	2	3,8	3,8	100,0
Todos los días	21	39,6	39,6	96,2
Total	53	100,0	100,0	

Frecuencia de Cena familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Durante la semana	10	18,9	18,9	18,9
Fin de semana	12	22,6	22,6	41,5
Nunca	8	15,1	15,1	56,6
Todos los días	1	1,9	1,9	100,0
Todos los días	22	41,5	41,5	98,1
Total	53	100,0	100,0	

Donde comen habitualmente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cocina Comedor	1	1,9	1,9	1,9
Comedor/Cocina	43	81,1	81,1	83,0
Comedor/Living	3	5,7	5,7	88,7
Comedor/Pieza	3	5,7	5,7	94,3
Otro	1	1,9	1,9	96,2
Pieza	1	1,9	1,9	98,1
Total	1	1,9	1,9	100,0
	53	100,0	100,0	

Cuánto duran las comidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0 a 14 minutos	2	3,8	3,8	3,8
15 a 29 minutos	26	49,1	49,1	52,8
30 a 59 minutos	17	32,1	32,1	84,9
60 o más minutos	8	15,1	15,1	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Qué hacen cuando terminan de comer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hay sobremesa	33	62,3	62,3	62,3
No hay sobremesa	15	28,3	28,3	90,6
Otro	5	9,4	9,4	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Tiempo empleado en la planificación y preparación de las comidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Moderado	41	77,4	77,4	77,4
Mucho	6	11,3	11,3	88,7
Poco	6	11,3	11,3	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Trabajos Originales

Frecuencia con que consumen comida preparada en la semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0 a 3 veces	49	92,5	92,5	92,5
4 a 6 veces	3	5,7	5,7	98,1
7 o más veces	1	1,9	1,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Comen en silencio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	41	77,4	77,4	77,4
1	11	20,8	20,8	98,1
2	1	1,9	1,9	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Conversan

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	4	7,5	7,5	7,5
Si	49	92,5	92,5	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Escuchan música

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	50	94,3	94,3	94,3
Si	3	5,7	5,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Ver televisión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	28	52,8	52,8	52,8
Si	25	47,2	47,2	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Uso de celular

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	44	83,0	83,0	83,0
Si	9	17,0	17,0	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Familiar con obesidad y/o sobre peso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	23	43,4	43,4	43,4
Si	30	56,6	56,6	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Trastornos de la conducta alimentaria en la familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	47	88,7	88,7	88,7
Si	6	11,3	11,3	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Adicciones a drogas, fármacos o alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	50	94,3	94,3	94,3
Sí	3	5,7	5,7	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Fumadores en la familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	20	37,7	37,7	37,7
Si	33	62,3	62,3	100,0
Total	53	100,0	100,0	

Trabajos Originales

APGAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Durante la semana	7	13,2	13,2	13,2
Fin de semana	20	37,7	37,7	50,9
Nunca	3	5,7	5,7	56,6
Todos los días	2	3,8	3,8	100,0
Todos los días	21	39,6	39,6	96,2
Total	53	100,0	100,0	

Un Modelo Psicopedagógico de Habilitación Escolar para abordar la interrupción de la escolaridad en Cuadros Psiquiátricos Complejos.

A Psychopedagogical Model of School Habilitation to Address the Interruption of Schooling in Complex Psychiatric Cases.

*Psic. Ricardo Musalem**

Resumen: Este artículo aborda la interrupción de la escolaridad debido a la presencia de cuadros psiquiátricos complejos que inhabilitan al paciente para cursarla de manera regular. Se detallan las características de los trastornos involucrados y los procesos que se desencadenan y que culminan con la interrupción de la escolaridad. Se presenta un modelo de intervención que aborda de manera psico-pedagógica estos trastornos, buscando crear un contexto facilitador del desarrollo social y académico. Las intervenciones, fundadas en una perspectiva clínica combinada con el aprendizaje cooperativo como metodología pedagógica, contribuyen a la estabilización de los trastornos desde el punto de vista funcional y sintomatológico, habilitando al paciente para la reinserción al sistema escolar cuando la situación diagnóstica lo permite. Se incluyen análisis cuantitativos y cualitativos de casuística acumulada durante un período de 6 años, definiendo algunas conclusiones para el mejor entendimiento de esta realidad clínica cada vez más prevalente.

Palabras Clave: Interrupción escolar, rehabilitación escolar, modelo psicopedagógico, trastornos psiquiátricos complejos, aprendizaje cooperativo.

Summary: This article addresses the interruption of schooling due to the presence of complex psychiatric conditions that disable the patient to attend school on a regular basis. The characteristics of the disorders involved, the processes that are triggered and that culminate with the interruption of schooling are detailed. An intervention model is presented that approaches these disorders in a psycho-pedagogical way, seeking to create a context that facilitates social and academic development. The interventions, based on a clinical perspective combined with cooperative learning as a pedagogical methodology, contribute to the stabilization of the disorders from the functional and symptomatologic point of views, enabling the patient to reintegrate into the school system when the diagnostic situation allows it. Quantitative and qualitative analyzes of cumulative experience are included over a period of 6 years, defining some conclusions for a better understanding of this increasingly prevalent clinical reality.

Key Words: Interruption of schooling, complex psychiatric conditions, psychopedagogical approach, cooperative learning, school habilitation.

* Psicólogo Clínico. Especialista en Aprendizaje Cooperativo.

Nota: El presente trabajo se realizó a partir de la experiencia de intervención psicológica-pedagógica con pacientes que asisten al programa de Habilitación escolar del Centro de Aprendizaje Cooperativo, ubicado en la Ciudad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es analizar la realidad y procesos de pacientes niños y adolescentes que ven interrumpida su escolaridad por razones psiquiátricas, bajo la hipótesis de que el contexto escolar tradicional actúa como un factor de riesgo, gatillante, mantenedor o agravante de patologías psiquiátricas complejas en niños y adolescentes, debido a la rigidez de los procedimientos pedagógicos, los contextos de convivencia, la falta de sensibilización o conocimiento de los adultos formadores de las características de estos cuadros y las necesidades de los estudiantes afectados (Figura 1).

Se plantea que el modelo escolar, al tender a la estandarización, impide a los estudiantes con trastornos psiquiátricos acceder a experiencias que favorezcan su desarrollo emocional, cognitivo, social y de identidad. A esto se suma el contexto de pares y la familia, que pueden actuar como potenciador de inseguridades, al esperar o exigir del paciente comportamientos o funcionamientos que no está capacitado para desarrollar.

Mediante este trabajo, nos proponemos también justificar y demostrar por qué resulta eficaz como intervención y sanador para el paciente, incorporarlo a un contexto formativo con características terapéuticas y con una aproximación psicopedagógica que atienda a sus necesidades, brindando un contexto que lo haga sentir seguro y le provea de interacciones pedagógicas cooperativas que favorezcan vinculaciones sanas e ir avanzando a un ritmo que respete sus posibilidades en lo académico y en lo social.

Hablamos de interrupción de la escolaridad para referirnos a un estado transitorio o permanente de discapacidad para cursar una escolaridad regular en el contexto propio de un colegio o escuela. Se trata de una inhabilidad asociada a un quiebre adaptativo que puede ser **reactivo** a una situación vital que supera los recursos individuales para hacerle frente y mantener en equilibrio el funcionamiento emocional, social y académico, o bien puede ser **progresivo**, generado por una condición psicológica o psiquiátrica patológica de carácter sintomático o asociada al desarrollo que va generando un deterioro acumulativo en la estabilidad emocional, adaptación y ajuste escolar.

King, Ollendick y Tonge (1) se refieren a este proceso con la denominación de **rechazo escolar**, entendido como la dificultad de acudir a la escuela asociada a una alteración emocional, especialmente ansiedad y depresión. Los criterios que debe cumplir el cuadro para ser diagnosticado son: A. Dificultad grave para acudir a la escuela, con ausentismo prolongado. B. Alteración emocional grave, excesivo miedo, rabietas, quejas somáticas o sentirse enfermos cuando se enfrenta a la perspectiva de ir a la escuela. C. Quedarse en casa con conocimientos de los padres, cuando debería estar en la Escuela y D. Ausencia de características antisociales. El niño debe estar ausente el 40% del tiempo o más de 4 semanas. Se diferencia del "capeo", que es un ausentismo sin conocimiento de los padres y se asocia a trastorno de conducta. (2) (3).

El niño o adolescente presenta un estado de malestar emocional que genera una interferencia significativa para desenvolverse y responder a las

demandas o requerimientos del funcionamiento escolar regular. Esta interferencia va creando un deterioro funcional que afecta sensiblemente los resultados académicos, el ajuste a las normas y conductas esperadas, la vinculación con compañeros, la disposición a seguir la clase y cumplir con tareas, y los procesos de atención concentración. Se va generando un cuadro progresivamente más severo y complicado, afectándose el funcionamiento social, la estabilidad emocional, la autoestima y auto concepto y el equilibrio en las relaciones familiares. El paciente va entrando en una desorganización progresiva, vivenciando marcados sentimientos de fracaso, ambivalencia con respecto a la vinculación con el colegio, sentimientos de indefensión o vulnerabilidad, baja autoeficacia y una marcada tendencia a la evitación de estímulos que representen para él evaluación, exposición a sus dificultades o estrés.

Las manifestaciones del problema del paciente, ya sea fracaso académico repetido, desregulación emocional o incompetencia social, van activando una dinámica de marginación, con un claro sentido de inadecuación por parte del alumno, que intenta ser negado o no reconocido, activándose intensas defensas, predominando los funcionamientos evitativos, dependientes y opositoristas. Finalmente se hace inviable sostener la escolaridad y el alumno la abandona o se interrumpe por indicación médica o el colegio determina que no puede mantener la escolarización del alumno.

La prevalencia de problemáticas de salud mental entre niños y adolescentes chilenos alcanza alrededor un 38% de la población, 33.5% para hombres y 43.3% para mujeres (4). En cuanto a la

deserción escolar en Chile, según datos del Ministerio de Educación basados en la última encuesta Casen, se ha detectado que 3,9% de escolares con dificultades severas para mantenerse ajustados en el sistema escolar. Se trata de unos 149.000 niños y jóvenes entre 6 y 21 años, de una población total de unos 3,8 millones de jóvenes en este tramo etario (5).

La historia y causa por la cual alumnos han abandonado la escuela es variada, sin embargo en general se va dando un proceso y trayectorias marcadas por el fracaso, las consecuencias de la psicopatología y las dificultades del ambiente para responder apropiadamente a las necesidades de los alumnos y lograr retenerlos en el sistema. En este trabajo no nos referiremos a la deserción escolar que tiene su origen en la marginalidad psicosocial, sino aquella asociada a trastornos psicopatológicos. En términos generales, cuando exploramos factores psicopatológicos asociados a las causas de la detención escolar, en la **vertiente sindrómica** encontramos la presencia de trastornos del ánimo, cuadros ansiosos, trastornos de la conducta alimentaria, cuadros psicóticos y trastornos de expresión conductual; mientras que en la **vertiente del desarrollo** se presentan síndrome de déficit atencional, trastornos de aprendizaje no compensados, trastornos generalizados del desarrollo en el rango aspergeriano y trastornos del desarrollo de la personalidad, con predominio de rasgos evitativos, dependientes, opositoristas y pasivos.

En la interacción entre el niño o joven portador de la patología y el contexto escolar, se produce un dinamismo muy determinante para la aparición o agudización de patologías psiquiátricas y

el desarrollo de estados emocionales incompatibles con la salud mental. En muchas ocasiones los factores de riesgo individual no se hubieran materializado en factores gatillantes de no mediar determinadas interacciones o experiencias escolares no facilitadoras. Tal es el caso del acoso escolar (bullying en inglés), el rechazo y exclusión social por parte de pares o el fracaso académico repetido por falta de implementación por parte de los colegios de programas de apoyo a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales.

Otras variables que determinan la aparición de este cuadro son las dinámicas pedagógicas centradas en ensalzar la competitividad o el individualismo en el trabajo académico, profesores con insuficientes destrezas y habilidades de relación interpersonal, en especial, poco empáticos, con modelos de socialización rígidos basados en la imposición del poder con estilos castigadores o inculpadores, lo cual impide establecer vínculos que permitan a los alumnos con dificultades confiar en que tienen apoyo por parte del profesor.

Una insuficiente formación en relaciones humanas y promoción del desarrollo juvenil impide que el profesor cumpla a cabalidad su misión formadora de personas, ayudando a los jóvenes a descubrir quiénes son, su valor personal y capacidades más allá de las dificultades evidentes, emocionales, sociales o académicas. Sentirse validados y valorados por los profesores al enfrentar sus dificultades, angustias y sentimientos de fracaso puede hacer una diferencia en la evolución del cuadro emocional del alumno, permitiendo descubrir opciones para superar dificultades en etapas en que aún se pueden revertir ciertos procesos.

Características del sistema escolar

El sistema escolar actual se inserta en un contexto de funcionamiento de la sociedad global, en la que predomina una mirada orientada al logro cuantitativo demostrable, al producto. Este modelo aplicado a la educación se expresa en la demanda de cumplimiento de indicadores cuantitativos que miden resultados del aprendizaje y que configuran las metas de logro de un sistema escolar, de un colegio, de un profesor y de un alumno en particular.

Los sistemas escolares actuales parecen determinados y organizados en torno a evaluaciones que categorizan y determinan el valor de los esfuerzos realizados por la comunidad académica. Esta realidad genera una reducción del horizonte de metas formativas, centrando el valor del esfuerzo pedagógico en obtener determinados resultados en pruebas estandarizadas que se aplican a todos los colegios y escuelas por igual.

Esta situación ha ido dejando de lado a la persona del alumno como centro del esfuerzo educativo, colocando al centro del proceso de enseñanza-aprendizaje al indicador de resultado individual o colectivo frente a la evaluación. Las metodologías pedagógicas utilizadas basadas en el desarrollo de clases frontales, con protagonismo del docente en el proceso, con una didáctica basada en la transferencia de contenido mediante métodos didácticos directivos y clases frontales, en los que el estudiante juega un rol pasivo, son señales de un modelo pedagógico obsoleto, no acorde con los tiempos y que se mantiene por una tradición de hecho, siendo la manera más arraigada de concebir la acción educativa.

En este modelo de funcionamiento, se favorece el desarrollo de competitividad e individualismo para el logro de los objetivos académicos, por sobre la estructuración de cooperación para el logro del aprendizaje de todos los alumnos. Los sistemas de calificaciones, los premios, la exposición pública de notas, entre otras características habituales de la dinámica pedagógica, lleva implícitamente a una competencia entre pares, buscando todos destacar por sobre los compañeros, para lo cual resulta necesario que se dé una estructura de ganadores y perdedores, en donde unos pocos obtienen resultados que son premiados y reforzados, habiendo una masa de alumnos que habiendo realizado esfuerzos valiosos por el aprendizaje, ven desmerecidos sus empeños al establecerse el resultado en nota como indicador último de valor.

Además el favorecimiento del trabajo individual con desconexión de la realidad de aprendizaje de los compañeros, establece una comprensión del proceso de enseñanza-aprendizaje como una experiencia no colaborativa, en la que la realidad de aprendizaje, dificultades o problemáticas ajenas no tienen por qué ser atendidas, basta con cumplir lo propio. En este contexto los profesores aparecen como “operadores” pedagógicos, que deben hacer rendir a los alumnos de acuerdo al estándar esperado, sin necesidad de atender al proceso de desarrollo personal, las vinculaciones, los estados emocionales y el desarrollo ético de éstos.

En el último año, la Agencia de la Calidad de la Educación dependiente del Ministerio de Educación ha instalado entre sus lineamientos principales la promoción del aprendizaje colabora-

tivo, como manera promover la inclusión de todos los estudiantes, que se ayudan mutuamente a partir de sus fortalezas. “Cada uno aporta a partir de lo que mejor sabe hacer. La metodología de aprendizaje colaborativo requiere de un ambiente abierto y donde se valore el error como una posibilidad de aprendizaje”(6).

Dificultad del sistema escolar para responder a las necesidades de estos alumnos

La comprensión del alumno como un sujeto que debe rendir lleva a los colegios y escuelas a tener altas expectativas en los alumnos como medios para mantener el prestigio institucional o cumplir con las exigencias de sus autoridades, distorsionándose el fin último de la escuela: su interés y compromiso por el aprendizaje de todos los alumnos.

En la realidad escolar actual, existe un decreto que garantiza a los alumnos de la educación pública la atención de sus necesidades educativas, lo cual se concreta en el proyecto de integración escolar (P.I.E) para alumnos con necesidades educativas especiales (Decreto supremo 170 de 2009). En el manual de orientaciones y apoyo a la gestión para directores y sostenedores se define el P.I.E como “una estrategia inclusiva del sistema escolar cuyo propósito es entregar apoyos adicionales (en el contexto del aula común) a los estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (N.E.E), sean éstas de carácter permanente o transitorio, favoreciendo con ello la presencia y participación en la sala de clases, el logro de los objetivos de aprendizaje y la trayectoria educativa de todos y cada uno de los estudiantes”(7). Continúa el

Trabajos Originales

texto diciendo “En un PIE se pueden incorporar estudiantes sordos, ciegos, con discapacidad intelectual, autismo, disfasia, discapacidades múltiples, con síndrome de déficit atencional, trastorno específico del aprendizaje y trastorno específico del lenguaje, entre otros.” Sin embargo la práctica, en la mayoría de las escuelas y colegios los programas de apoyo a niños con necesidades educativas especiales no logran abarcar la complejidad y extensión del problema, habiendo muchos casos que el programa de inclusión o proyecto PIE no puede responder a las necesidades de los alumnos con cuadros psiquiátricos más complejos por la gravedad de su patología. Estas alteraciones se expresan en diversa sintomatología y trastornos psicopatológicos, todos generadores de un fuerte impedimento para someterse a las exigencias propias de la escolaridad regular.

Las dificultades asociadas a estos trastornos pueden incluir restricciones en las capacidades de atención, concentración y memoria junto con una disminución de funciones ejecutivas y de regulación emocional, que generan una interferencia funcional significativa, lo que termina determinando una salida del sistema escolar, al verse éste superado en sus posibilidades de manejar la situación del alumno dentro del contexto de escolarización que pueden proveer.

Habitualmente los padres buscan solucionar la situación cambiando al alumno a colegios más pequeños en los que dada su interferencia emocional y funcional, tampoco logran adaptarse y cumplir la demanda de la escolaridad, por lo que vuelven a salir del sistema. Esta situación puede repetirse en reiteradas oportunidades, pudiendo

el alumno haber tenido que soportar hasta cinco o más cambios de colegio o escuela. Se genera una experiencia de rebote o imposibilidad de reinserción en el sistema formal y por lo tanto, de invalidación progresiva, que afecta significativamente el desarrollo de identidad y la integración de habilidades sociales y académicas.

Los colegios especiales no son una alternativa para los alumnos con estas patologías, porque para muchos de ellos, su patología tiene un carácter transitorio y no compromete de manera permanente su capacidad cognitiva. Estudiar en un colegio especial no le permite la continuidad de estudios orientados a la educación superior. Por lo tanto, los alumnos con necesidades educativas especiales de carácter psiquiátrico, que están fuera del sistema escolar, prácticamente no tienen otra alternativa que atenerse al programa de validación de estudios mediante exámenes libres.

Sin embargo estos exámenes, tal como están planteados, no son una real solución para ellos. Los decretos que regulan este instrumento no incluyen ninguna condición específica para atender a sus necesidades. Es decir, el mismo examen se aplica tanto al deportista de alto rendimiento como a la joven que acaba de salir de una hospitalización psiquiátrica por intento de suicidio o aquél que tiene una fobia social invalidante. Además, bajo la condición de vulnerabilidad que padecen, los alumnos sienten que se juegan todo en una sola evaluación, potenciándose la ansiedad y produciéndose frecuentes descompensaciones.

Esta situación genera recurrente reprobación en los exámenes, aumenta el

sentimiento de fracaso o incompetencia, intensificándose así el cuadro y la sensación de no tener futuro ni salida a sus problemas. En consecuencia, el sistema no sólo no responde a sus necesidades, sino que los excluye y los pone en una condición en que, mediante los exámenes libres, viven una doble victimización o maltrato.

De acuerdo a la ley general de educación, los niños con problemáticas de salud mental severa, debieran contar con el derecho de recibir del sistema las adecuaciones necesarias de tiempo, currículum, contexto y mediación, entre otras, para atender a sus necesidades educativas especiales, sin embargo esto no se verifica en el modelo de validación de estudios por exámenes libres.

En los últimos años el Ministerio de Educación creó la unidad de inclusión escolar dependiente de la división de Educación General. Esta repartición ha generado fondos concursables para proyectos de reinserción que han sido abordados por algunas ONG, esfuerzo que ha ido dando pie al desarrollo de las denominadas “escuelas de segunda oportunidad”. En la actualidad existen cinco de estos establecimientos, que reciben a unos 500 jóvenes. En conclusión, hay mucha tarea por delante para lograr realmente que el modelo inclusión e integración escolar beneficie a esta población estudiantil.

Aproximación descriptiva al proceso en el paciente. Dinámicas y procesos concurrentes.

El paciente comienza a no poder responder a las expectativas del sistema escolar ya que su funcionamiento personal es incompatible con las demandas académicas, sociales o normativas.

El deterioro del funcionamiento aparece producto de una severa interferencia emocional asociada a malestar afectivo o estrés, que puede ser agudo y reactivo o como producto del avance de una situación perjudicial para el desarrollo, que va llevando a una progresiva desorganización o deterioro del funcionamiento, en lo académico, en lo social, o en el funcionamiento ejecutivo.

Situaciones como el acoso escolar soterrado y soportado por largo tiempo sin explicitarlo, dificultades de aprendizaje que dan pie a fracaso escolar recurrente y malas notas con independencia del esfuerzo realizado, relaciones formativas con profesores críticos, poco empáticos, dinámicas interpersonales de exclusión de grupos, cambios en la etapa adolescente en los que se rompen vínculos de amistad estrechos por diferencias en los ritmos de desarrollo o intereses, bajo estatus social dentro de los pares, quiebres familiares, contextos familiares demandantes, excesivamente críticos o donde existen competitividad entre hermanos por el éxito, entre otras muchas causas o procesos, afectan la estabilidad de los alumnos rompen los equilibrios previos que les permitían funcionar y adaptarse a las demandas del ambiente.

Las lógicas explicativas de profesores y apoderados con respecto a los cambios o deterioros funcionales y sociales que aquejan a estos alumnos se convierten en parte del problema. Hay profesores que definen la situación del alumno como manipulación o flojera invalidando la necesidad de éste, otros definen el problema como algo que con esfuerzo se puede resolver, lo cual pone al alumno en una lógica de “trata más” (“si no lo has resuelto es porque no has hecho lo suficiente, trata más, todo de-

Trabajos Originales

pende de ti”), en la que siempre pierde, porque si trata más colapsa y si no trata más “no pone de su parte”. En otros casos desahucian tempranamente al alumno definiendo que el joven “no es para este colegio”.

En el paciente la irrupción de la patología va generando procesos de desorganización que pueden ser abruptos con la eclosión de un cuadro o conjunto de síntomas que lo interfieren significativamente, o darse de manera progresiva, en una trayectoria escolar marcada por dificultades académicas, psicológicas o sociales que se van acrecentando y complejizando. Esta dinámica se relaciona con la expresión del trastorno que padece el paciente en combinación con otros factores ambientales, en especial el tipo de respuesta del ambiente y la frecuente presencia de estrés escolar. Este estrés escolar se ve muchas veces potenciado por la incapacidad del sistema escolar para entender, acoger y contener la problemática de estos alumnos.

La actitud que asuman los padres frente al problema del hijo puede ser un factor protector cuando se basa en la empatía y realismo, así como puede actuar como mantenedor o agravante del problema cuando es disfuncional. El proceso de aceptar y asumir la realidad de tener un hijo enfermo, entendiendo esta situación como una inhabilidad transitoria o permanente de funcionar en un medio escolar exigente, representa una prueba a la capacidad adaptativa y flexibilidad de los padres.

Se trata de un verdadero duelo a elaborar. Cuando la actitud de los padres es disfuncional, o poco reflexiva, en su confusión y angustia, pueden minimizar, negar o intentar normalizar la si-

tuación, buscando explicaciones en el contexto. Usualmente presionan al hijo para que logre ajustarse a estándares de exigencias o funcionamientos que está lejos de poder asumir dada la interferencia asociada al trastorno que cursa o a la problemática que vive. Con estas actitudes, van sacrificando el bienestar del hijo con dificultades de adaptación al medio escolar, al prolongar excesivamente la permanencia forzada de éste en un colegio o escuela que no puede sostenerlo, sometándolo una y otra vez a nuevos intentos de adaptación, con multiplicidad de profesores auxiliares, clases complementarias, junto con las intervenciones terapéuticas: psicoterapias, terapias de grupo, psicopedagogía en un esfuerzo ciego por sujetar al hijo en el sistema, que termina dañando los vínculos parento-filiales y acrecentando el sentido de daño, inadecuación y fracaso del hijo, ya que esfuerzos no responden a sus verdaderas necesidades.

El duelo mencionado también se expresa en una dificultad importante para aceptar el diagnóstico, una vez que han consultado a profesionales de salud mental. Se puede observar una tendencia externalizar la responsabilidad de la causa del problema.

Generalmente las atribuciones causales son puestas en el colegio o escuela, juzgando mal manejo incapacidad del equipo docente o técnico del colegio con relación a las decisiones tomadas o suponen incomprensión de las autoridades escolares. También suelen realizar atribuciones de incompetencia al equipo tratante, como por ejemplo definir que no han logrado modificaciones y mejorías, juicio o atribuciones realizadas en base a expectativas poco realistas con respecto a las posibilida-

des de funcionamiento del hijo dada la gravedad del cuadro clínico y sus características.

La minimización del alcance de la patología y su impacto en el desarrollo socio emocional y académico, los lleva a esperar demasiado del ambiente, sin poder tomar conciencia de la urgencia de atender a las reales necesidades del hijo. Hay padres que exigen a las escuelas o colegios medidas que están fuera de las competencias o alcances de la intervención escolar, forzando situaciones que resultan incompatibles para un colegio que trabaja en educación general.

Muchas veces tienden a exteriorizar su frustración acusando al colegio de no ayudar o no saber tratar al alumno. Todo esto parece ser la expresión de una dificultad para hacerse cargo de la situación, asumir la realidad dolorosa y compleja y hacerse cargo también del impacto de la patología en la ambiente.

Llegar a la conclusión de que no puede seguirse intentando una solución dentro del sistema escolar regular solo ocurre fruto de un proceso de elaboración de un duelo, en el que se ponen al centro las necesidades del alumno por sobre la imágenes idealizadas de los hijos o los sueños asociados a éstos.

Quiebre

Los esfuerzos por sostener la permanencia del paciente en el sistema escolar van consumiendo energías internas de todo el sistema (paciente, padres y escuela) de manera significativa, aunque en ocasiones de forma imperceptible.

La lógica del “trata más” da cuenta de la

búsqueda angustiosa de frenar o negar un proceso en el cuál cada solución intentada parece sumir más al paciente y a los padres en un problema de difícil salida. En esta búsqueda de soluciones se va dando un proceso de intensificación de las angustias, las frustraciones y el deterioro adaptativo del alumno en lo social y en lo académico, al punto que aparecen diferentes indicadores de alarma generalmente expresados como sintomatología psicopatológica, ya sea a nivel somático con dolores físicos recurrentes o cuadros conversivos, o bien como variada otra sintomatología que puede incluir autoagresiones, ideación suicida, consumo de sustancias, conductas de riesgo, ansiedades catastróficas con contenidos psicóticos, quiebres psicóticos, crisis de pánico, rechazo escolar franco, repliegue social o fobias.

Estas manifestaciones psicopatológicas dan cuenta de un quiebre interno del alumno, una fractura en la continuidad de su proceso formativo y de su experiencia escolar, que afecta su identidad, su autoestima, su sentido de seguridad, de pertenencia, de valor y de capacidad de logro, todo envuelto en intensos sentimientos de malestar, confusión, culpa o sentido de invalidación personal.

Los jóvenes con psicopatología que interfiere de forma significativa su experiencia de escolarización suelen desarrollar rasgos evitativos importantes. Luego de un período de sobre exigencia para adaptarse a una realidad que no es capaz de abordar, se pueden activar respuestas negadoras evitativas o de intolerancia al estrés y la frustración. Se resisten al estrés de ser “el enfermo”, “el incapaz”, el portador de una “enfermedad mental” y vivirse como un caso psiquiátrico especialmente al compararse

con compañeros, por lo cual evitan el espacio escolar. Se va dando un proceso progresivo y generalizado de deterioro con pérdida de confianza y distanciamiento de los demás por sentimientos de daño, de inadecuación, indefensión y desorganización. Aparece un bloqueo, una interferencia o parálisis en la continuidad de su desarrollo que lleva a un colapso expresado sintomatológicamente. Se activan defensas de distinto orden: obsesivas fóbicas, depresivas, o de tipo esquizoide, generando un esfuerzo defensivo que fracasa al estar presionado por ansiedades intensas y actitudes auto destructivas que llevan a una desorganización.

El fracaso de la defensa genera un sentido de quiebre expresado en inestabilidad emocional, conductas auto destructivas, impulsivas, unidas a un repliegue social. Puede aparecer una "parálisis funcional" selectiva que se expresa con bloqueo frente al estudio, evitación del contexto social, actitud regresiva de apego diferenciado con alguno de los padres, mientras que otras áreas de funcionamiento permanecen indemnes a la patología, generando dudas en los adultos acerca de la veracidad de la problemática del hijo.

El impacto del quiebre del paciente puede ser tan significativo que puede generar efectos devastadores en la autoestima e identidad. En un punto de este proceso de intensificación la asistencia escolar es interrumpida, ya sea por el alumno, por decisión de los padres o bien el equipo tratante indica cese de asistencia al Colegio.

Consecuencias: situación de marginalidad social y académica

Al abandonar o salir del sistema esco-

lar, el estudiante si bien se alivia, está viviendo una experiencia muchas veces demoledora de su sentido de capacidad personal social, académica, de su sentido de valor interpersonal. La experiencia escolar aparece como un espacio incompatible con su bienestar, se siente en deuda consigo mismo, con sus padres, profesores o grupo de pares. No quiere pensar en el futuro, está inundado por una sensación de angustia o depresión propia de su cuadro, pero además de la extraña sensación de estar fuera, fuera de los grupos, fuera de los deberes, de un proyecto.

Si bien el primer tiempo suele permitir una sensación de alivio a la tensión precedente, con el pasar de los días o semanas se va imponiendo un sentido de indefinición, de estar en nada, quedarse fuera al modo de una sensación de marginalidad social y académica que genera angustia. Frente a la angustia aparecen intentos de rearmarse, estructurar el tiempo con actividades productivas, pero la voluntad está debilitada y suele ser muy difícil cumplir con los planes.

Alternativas de resolución de la situación de crisis. Opciones de tratamiento

Las alternativas de resolución de esta crisis de continuidad del desarrollo escolar suele ser una intervención psiquiátrica y psicológica que ayude al alumno a repararse, rearmarse, recuperar su funcionalidad social y académica de manera progresiva.

Es fundamental poner la estabilización emocional, social y de la identidad del alumno como eje de la intervención por sobre la búsqueda de retorno inmediato al sistema escolar. La reinserción

a un nuevo colegio debe ser parte de una estrategia de intervención amplia fruto de un análisis exhaustivo del proceso vivido por el alumno, su realidad personal, características del desarrollo, competencias y fortalezas académicas y sociales, etc. Generalmente el tratamiento incluye un abordaje farmacológico para manejar sintomatología ansiosa, del ánimo, de la conducta, bajar niveles de impulsividad o ideación periférica que favorecen pensamientos pesimistas o activación de circuitos de estrés. Además la intervención frecuentemente incluye un proceso psicoterapéutico individual orientado a trabajar la identidad, favorecer la autoeficacia, el desarrollo de respuestas adaptativas a los conflictos y tensiones, desarrollo de habilidades emocionales e interpersonales, entre otros objetivos.

Ocasionalmente debe incluir terapia ocupacional, apoyo pedagógico, estimulación cognitiva, cuidadores terapéuticos, hospitalizaciones psiquiátricas, lo cual se indica según la gravedad y evolución del cuadro. El intento de reinserción a un nuevo colegio no resulta una medida exitosa cuando el alumno aún no está recuperado de la experiencia de quiebre con el impacto en su identidad general y en su sentido de competencia personal, lo cual se expresa en interferencias en los ámbitos de funciones ejecutivas, funciones corticales superiores, voluntad, estabilidad emocional y tolerancia al estrés.

Es frecuente que se den consultas a psicólogos o psiquiatras, en contextos en que el profesional trabaja de manera individual. En estos casos suelen realizarse consultas espaciadas en el tiempo y un abordaje que a menudo no logra contener el problema ni resolverlo, al proponerse como objetivo

fundamental la mantención del alumno en el sistema escolar. Generalmente se aplican intervenciones o esquemas de tipo estándar, bajo un modelo conductual-cognitivo, junto con manejo farmacológico de síntomas ansiosos y psicoeducación, que pueden resultar insuficientes para dar cuenta de la interferencia funcional de la patología y abordarla exitosamente en beneficio del paciente para lograr su regulación, estabilización y fortalecimiento. Suele aplicarse un modelo de ensayo y error en el que se hacen modificaciones en el horario, carga académica o modalidad evaluativa intentando manejar la asistencia del alumno en el Colegio, incorporar a otros especialistas necesarios (psicoterapia, psicopedagogía) y otras medidas de apoyo.

Estas intervenciones pueden resultar exitosas en casos de fobia escolar simple, o cuando la problemática psiquiátrica no es grave: sin embargo, pueden resultar poco exitosas cuando la problemática es más severa que lo que se estima inicialmente o hay un rechazo en los padres a asumir la verdadera dimensión del problema. Los pacientes con dificultad para mantenerse en la escuela o que interrumpen la escolaridad necesitan un abordaje interdisciplinario con intervenciones potentes que pueden resultar muy frustrantes de las expectativas de los padres, que requieren mucha determinación de los tratantes demandando a los padres un cumplimiento cabal de las indicaciones terapéuticas, lo cual puede incluir entre otras medidas, retirar al alumno del Colegio, cierre anticipado de año escolar, esquemas farmacológicos potentes y variados, terapia familiar e individual, terapia ocupacional, escolarización alternativa, hospitalización psiquiátrica, entre otras.

Trabajos Originales

Las medidas de modificación ambiental escolar en alumnos que aún son capaces de sostener asistencia al colegio suelen resultar poco eficaces, ya que representan una “medida tranquilizante” para el alumno y/o sus padres.

Estas modificaciones ambientales incluyen medidas de apoyo especial en cuanto a la cantidad y modalidad de evaluaciones, horas de permanencia en el Colegio, eximición de asignaturas, realización de pruebas en otros espacios, presencia de tutores, cierre anticipado de año escolar, entre otras.

Aunque se busque aliviar la ansiedad disminuyendo la carga académica, evaluaciones y exposición a situaciones de estrés, estas medidas al mismo tiempo generan en el alumno una incómoda sensación de ser distinto frente al resto de los compañeros, un sentido de incompetencia, daño o adecuación al estar sometido a una intervención que lo expone socialmente como una persona con problemas importantes o con beneficios particulares y exclusivos.

Las opciones más frecuentes de intervención se relacionan con modelos cognitivo-conductuales, que ponen el foco en una des-sensibilización sistemática y progresiva, técnicas de exposición y utilizando aproximaciones sucesivas para manejar los síntomas y actitudes fóbicas o ansiosas frente a la asistencia escolar regular.

Se utiliza una metodología paso a paso buscando que el paciente tenga éxito en cada uno de los pasos o metas parciales de auto control y manejo de la

ansiedad. Si bien para un porcentaje de pacientes este modelo logra dar posibilidades de reestructurar sus defensas y controles frente a la ansiedad que le producen los estímulos escolares, en general se mantiene un estrés significativo y un umbral de tolerancia bajo al mismo, con lo cual suele haber recidiva del problema, repitiéndose episodios de aversión al colegio, ausentismo prolongado o alternante, imposibilidad de afrontar sus exigencias o sentirse inhabilitado anímica, social o funcionalmente para cursar la escolaridad y responder a sus demandas.

Centrarse en el tratamiento psiquiátrico y psicológico en busca de fortalecer al paciente es el camino más seguro para la recuperación a largo plazo del paciente, sin forzar el retorno inmediato a la escolaridad regular. La continuidad escolar y los desafíos de aprendizaje pueden solucionarse temporalmente mediante alternativas tales como la validación de estudios, formación en la casa, acuerdos con el colegio para un plan evaluativo alternativo, cierre anticipado de año escolar, entre otras opciones.

Es fundamental lograr la funcionalidad social, afectiva y académica del alumno antes de reinsertarlo en un espacio escolar en el que va a tener que sumarse a un ritmo o alcanzar un nivel de funcionamiento que exige esfuerzos adaptativos significativos. Anticipar una reinsertión cuando el paciente aún no está preparado representa una experiencia que puede dañar de manera importante su identidad si éste no logra sostenerse en el sistema.

Figura N° 1
Factores de riesgo

DIAGNOSTICOS FACILITADORES DE LA EMERGENCIA DEL TRASTORNO	FACTORES PREDISONENTES	FACTORES GATILLADORES O AGRAVANTES:
Trastornos del desarrollo	Dependencia	Separación de los padres
Trastorno de personalidad	Rasgos inhibidos o evitativos de personalidad	Acoso Escolar (Bullying)
Trastorno bipolar	Retraso del desarrollo	Aislamiento o exclusión social
Trastorno del ánimo depresivo	Fragilidad de la estructura de la personalidad, vulnerabilidad al estrés, falta de tolerancia a la frustración o a la angustia, rigidez de los patrones cognitivos, falta de sentido de competencia personal o autoeficacia	Malas notas
Trastorno ansioso	Falta de habilidades sociales	conflictos conyugales de los padres
Trastorno de alimentación	Padres separados	abuso sexual
Crisis de pánico	Rasgos oposicionistas	Consumo de drogas y alcohol
Trastorno de aprendizaje	Excesiva auto exigencia	Conductas desajustadas que son severamente castigadas por autoridades o por pares.
Trastornos psicossomáticos o conversivos	Ansiedades fóbicas o catastróficas	Rupturas sentimentales
	hermanos mayores exitosos	Conflictos con pares
	Padres hiper-críticos, condescendientes o sobreprotectores	Experiencias traumáticas
	Trastornos psiquiátricos de los padres	
	Cambios de ciudad	
	Adopción	

MÉTODO

El método utilizado corresponde a una evaluación del impacto de un programa de Habilitación escolar, realizándose un análisis descriptivo, cuantita-

tivo y cualitativo bajo la metodología de estudio de caso, de una muestra de pacientes que han sido parte de un programa de Habilitación Escolar del Centro de Aprendizaje Cooperativo. La evaluación se realizó analizando el

diagnóstico, proceso y evolución de entre los años 2012 y 2017. La muestra está constituida por 135 pacientes con trastorno psiquiátrico diagnosticado y en tratamiento, des-escolarizados, de ambos sexos, con edades entre los 9 y los 21 años, que cursan entre tercero básico y cuarto año de enseñanza media, dando continuidad a su escolaridad bajo una modalidad de validación de estudios, como parte del programa de habilitación escolar.

La muestra corresponde a la totalidad de los casos tratados en el período que comprende el estudio. Se tomó como elementos de análisis el diagnóstico del paciente realizado por el psiquiatra derivante, la prevalencia de cada trastorno en la muestra y una evaluación de tipo de evolución a lo largo del proceso, a los cuales se les asigna una de las tres categorías definidas: evolución favorable, evolución inestable y evolución complicada, además se analiza la variable etárea y el género.

Definimos **evolución favorable** al proceso en el que el paciente logra una adecuada estabilidad psicológica, emocional y social. Se expresa en mayor apertura y conexión interpersonal, sentido de autoeficacia y una mejor valoración de sí mismo, motivación con la vida, el estudio, las amistades y actividades de su interés. Supone una franca disminución de la sintomatología y una estabilización del cuadro clínico.

Evolución inestable es aquella en la que el paciente logra avanzar hacia una estabilización sintomática, pudiendo permanecer períodos de mejor funcionamiento general, sin embargo hay oscilaciones recurrentes en los niveles de ajuste psicosocial y personal. Estas oscilaciones pueden darse porque el

cuadro es resistente a tratamiento o porque falta compromiso con el cumplimiento del tratamiento.

En el primer caso puede darse que el paciente logre un adecuado funcionamiento académico e interpersonal, pero presente recaídas del cuadro clínico que no tienen que ver con falta de cumplimiento del tratamiento sino con las características y complejidades del trastorno.

Finalmente, **evolución complicada** la definimos como aquella en la que se mantienen desajustes significativos anímicos, interpersonales y cognitivos, que afectan significativamente la funcionalidad del paciente y dan cuenta de una desregulación o falta de estabilización que requiere una revisión de la intervención terapéutica hacia un plan más potente y efectivo para contener la sintomatología.

Descripción de la intervención

Intentaremos describir en qué consiste el programa de habilitación escolar, un modelo de intervención basado en el aprendizaje cooperativo y la psicopedagogía, abordando aspectos teóricos y técnicos.

“Habilitación escolar” es un modelo de intervención de carácter original desarrollada por un equipo profesional del ámbito privado, con formación en psicología clínica, psicopatología, psicopedagogía y aprendizaje cooperativo, como una manera de buscar una solución a la interrupción de la escolaridad de pacientes niños y adolescentes que requerían intervenciones específicas y muy personalizadas. Consiste en un programa de intervención orientado a dar continuidad al paciente en su desa-

rrollo académico y social, buscando reconectarlo positivamente con el aprendizaje, favorecer sentimientos positivos con respecto a sí mismo y a su vida.

Los beneficiarios son alumnos que están fuera del sistema escolar por razones psiquiátricas, que entran al programa de habilitación escolar para fortalecerse y avanzar en su desarrollo académico y social en un contexto interpersonal y de aprendizaje cooperativo, regulado por una permanente supervisión y mediación de procesos personales y relacionales.

El modelo de trabajo busca que los alumnos, una vez fortalecidos psicológica y académicamente, puedan retornar al sistema formal de educación si su condición psicopatológica lo permite. Estos alumnos requieren un espacio de transición en el que se pueda realizar una intervención psico-pedagógica y orientada a la satisfacción de sus necesidades y fortalecimiento de sus recursos psico-emocionales, buscando la recuperación de su estabilidad reparación de los daños psicológicos sufridos y reconexión con un funcionamiento propositivo y eficiente en lo social y académico.

La intervención se basa en un modelo de satisfacción de necesidades buscando conectar al estudiante con una experiencia de reaseguramiento, contención validación y percepción positiva de sí mismo. Se va regulando el proceso buscando potenciar la satisfacción de la necesidad de pertenencia, seguridad, logro, diversión y libertad en el contexto de equipos de aprendizaje de carácter cooperativo, integrado por jóvenes de la misma edad. Se busca activar una experiencia social de interdependencia positiva en un espacio en

el que todos tienen la oportunidad de recuperar su sentido de validez y valor personal.

La intervención consiste en que el alumno se incorpora a un equipo de aprendizaje constituido por seis alumnos, los que mediante la metodología de aprendizaje cooperativo, trabajan en función del programa de aprendizaje correspondiente al nivel académico que le corresponde, de manera que adquieren las competencias académicas que les permite ser promovidos de curso.

La preparación académica responde a las necesidades psicopedagógicas de cada estudiante y al currículum nacional para el nivel académico de éste, validando su escolaridad bajo la modalidad de regularización de estudios según el decreto 2272. La metodología de enseñanza denominada aprendizaje cooperativo fomenta la interdependencia positiva para el logro de objetivos académicos y sociales, el entrenamiento en habilidades de trabajo en equipo, y la evaluación y análisis permanente del funcionamiento personal y grupal (7).

Los alumnos son protagonistas de procesos interactivos de aprendizaje, debiendo entrar en una interrelación colaborativa en la que las habilidades, recursos, competencias personales enriquecen el proceso grupal al tiempo que cada alumno adquiere nuevas competencias, conocimientos y capacidades producto del intercambio de modelos mentales de resolución de problemas y de la interacción de aprendizaje con compañeros en la que se conjugan conocimientos, estilos de aprendizaje, capacidades reflexivas, etc. Numerosas investigaciones muestran

Trabajos Originales

el efecto positivo que tiene el aprendizaje cooperativo en los esfuerzos de logro, ajuste psicológico y relaciones interpersonales (8).

El proceso interaccional de la cooperación se activa cuando se ponen en acción cinco dinámicas: 1. **Interdependencia positiva** expresada en ayuda mutua, metas comunes, apoyo en recursos. 2. **Responsabilidad individual**, expresada en el cumplimiento del propio rol, participación responsable en logro de las metas grupales y búsqueda de alcanzar las metas individuales, 3. **Conductas promotoras** del buen funcionamiento grupal. Se trata de conductas que favorecen el rendimiento del equipo como la interrelación entre sus integrantes. Algunos ejemplos son ayudar a volver al foco de trabajo, controlar el tiempo, animar, aliviar la tensión, organizar, dar reconocimiento, expresar interés. 4. **Apropiado uso de habilidades** sociales, tales como la comunicación empática, desarrollo de confianza, Respeto, resolución constructiva de conflictos. 5. **Evaluación o procesamiento grupal**: el grupo analiza su funcionamiento, aprende de sus errores se da reconocimiento por sus logros.

En la medida que las actividades de aprendizaje de un equipo o grupo cooperativo se rijan por estos cinco factores, se generarán interacciones cooperativas. Al pertenecer a un equipo de aprendizaje, el estudiante se hace partícipe de la dinámica cooperativa en la que se espera de él un aporte a la dinámica grupal desde sus capacidades o posibilidades actuales.

Para que el equipo cooperativo sea realmente un espacio contenedor o promotor del desarrollo de cada in-

tegrante, se modela la convivencia en función de lograr interdependencia positiva y confianza. Interdependencia positiva es el proceso relacional en el cual una persona dentro de un grupo enlaza sus metas e intereses con los de los demás, preocupándose tanto del logro de sus propias metas como de las de los compañeros, habiendo entendido que logrará cumplir a cabalidad sus objetivos o necesidades sí y solo sí los demás compañeros también alcanzan sus metas o satisfacen sus necesidades.

Esta dinámica de cuidar a otros y ser cuidado, beneficiar y ser beneficiado por otros, representa una experiencia muy potente de pertenencia, significado personal y trascendencia interpersonal, lo cual incide directamente en el sentimiento del propio valor y la identidad. En el equipo cada persona es conocida, aceptada tal como es y valorada con sus fortalezas y limitaciones. Es un espacio en el que cada uno se siente seguro, puede ser quien es, al tiempo que puede satisfacer necesidades de pertenencia, logro, seguridad, diversión y seguridad. Es decir el equipo funciona como una instancia reguladora de los equilibrios afectivos personales.

La pedagogía está el servicio de la identidad y de la reparación del sentido positivo de sí mismo, buscando la construcción de un yo funcional dinámico y comprometido con una interacción cooperativa, que establece una relación de interdependencia con pares que han vivido situaciones relativamente parecidas. Supone la reformulación de la identidad personal en el espejo de la aceptación del equipo, donde el aporte individual a la vida del grupo es parte necesaria y valiosa de la construcción de un “nosotros”, de una identidad compartida de la que todos obtienen

sentido y significado, enriqueciendo su vida emocional e identidad desde el grupo lo que ayuda a reparar la propia identidad individual.

Esta fuente de identidad es una especie de pegamento psíquico que permite unir y reparar partes rechazadas o disociadas. Representa una experiencia nutricia que facilita que el alumno pueda curar heridas y recrear positivamente la propia imagen.

El equipo, al funcionar cooperativamente en interdependencia positiva, genera una dinámica afectiva-relacional que carga la vida emocional de todos, como una suerte de fuente de poder de la que todos se energizan y se nutren.

En conclusión, la construcción de la identidad de equipo juega un papel fundamental en el proceso de restablecimiento personal. La construcción de esta identidad de equipo es un proceso deliberado mediado por el docente. El equipo es una escuela de autonomía, compromiso, tolerancia, esfuerzo, empatía, y trabajo, toda vez que el equipo no alcanza sus objetivos si alguno de sus integrantes no cumple su parte, ya sea un rol, responsabilidad o tarea, la cual se interconecta de manera complementaria con la de los demás integrantes. La vinculación colaborativa lleva a desarrollar lazos de respeto y valoración, no necesariamente amistad, volviendo a los demás compañeros figuras significativas del mundo interpersonal de cada alumno. Juntos avanzan apoyándose y compartiendo metas comunes que los involucran, descubriendo en cada actividad, nuevas facetas de los demás, viviendo nuevas emociones o vivencias interpersonales que dan significado a esa pertenencia

común. Cuando se incorpora, el estudiante tiene el desafío de crearse un lugar y una identidad en el equipo, lo cual se genera tanto por la estructura pedagógica cooperativa como por distintas intervenciones y dinámicas de grupo estructuradas para favorecer el conocimiento mutuo y la aceptación. Se trabaja la comprensión del entorno, la lógica y cultura relacional cooperativa de manera que el estudiante se sume a la dinámica de interdependencia positiva y cooperación que existe en el equipo.

El proceso personal supone una negociación interna con las angustias, que le permita ir abandonando las defensas utilizadas para adaptarse al antiguo entorno adverso, también una negociación con su situación actual de debilidad junto con la necesidad de ir dejando atrás la lógica de funcionamiento asociada a modelos pedagógicos previos.

El equipo cooperativo permite reconstruir matrices relacionales más sanas, basadas en la confianza, no en la necesidad de competir, demostrar, protegerse o defenderse. En el equipo todos cargan con sus heridas y debilidades, todos han tenido un quiebre en su historia escolar, todos están en tratamiento psiquiátrico o psicológico. El darse cuenta que todos sus pares han pasado por problemas significativos muchas veces parecidos genera un alivio y una sensación de permiso para ser quien se es. La sensación aliviadora de no ser el único que ha tenido problemas es un factor muy importante como facilitador de autoaceptación. Se busca la comprensión y asunción de formas de interacción propias del modelo cooperativo generando participación en los espacios de convivencia; se generan

Trabajos Originales

progresivamente mayores niveles de confianza en sí y en los demás y nuevos lazos empiezan a enriquecer la vida emocional y social.

En su trabajo diario los alumnos van haciendo una autoevaluación y registro no sólo de su funcionamiento en cuanto al cumplimiento de conductas facilitadoras de la dinámica grupal de aprendizaje, sino también hacen una auto-observación diaria acerca de las necesidades personales que deben intentar satisfacer más o de mejor manera.

El análisis de las puntuaciones del funcionamiento personal y grupal en cuanto a conductas facilitadoras y necesidades percibidas como insatisfechas se realiza al final de cada semana, trabajando en equipo estrategias individuales y grupales para mejorar estos aspectos.

Para lograr un mejor funcionamiento de los equipos se trabaja con un modelo de promoción de la autodisciplina, conocido como la teoría de la Restitución y la teoría del control, de la Ps. Dianne Chelsom Gosen y del Doctor William Glasser (10). Diane Chelsom Gosen trabajó desde los años 70, creando una aplicación de la teoría de Control del Dr. Glasser (11), que hacía énfasis en la búsqueda de la estabilidad personal en función de la satisfacción de cinco necesidades psicosociales básicas: Poder o logro, pertenencia o amor, libertad, diversión y seguridad.

La teoría de la restitución tiene como fundamento la convicción de que cada persona es responsable de su funcionamiento y las personas actúan por convicciones y creencias. Basada en la “no coacción”, permite enseñar a los estu-

diantes a validar y satisfacer sus necesidades y así crecer psicológicamente, pero buscando maneras de satisfacerlas que permitan conciliar sus necesidades con las de los demás, es decir, sin afectar las mismas necesidades en los demás o en los grupos. Más aun, buscando formas en que la satisfacción de las propias necesidades incluya ayudar a que los demás también satisfagan las suyas.

La autora desarrolló un modelo de crear comunidad cooperativa en la sala de clases, mediante un esquema de cuatro pasos, establecer **creencias comunes** como base para establecer reglas validadas por todos, hacer un **contrato social** o acuerdos de convivencia y roles, dar libertad **“ampliando el territorio”**, es decir, dando responsabilidad y espacios de autonomía a los alumnos para que respondan a ella, y finalmente la utilización del **triángulo de la restitución**, procedimiento de mediación empática que tiene tres momentos para trabajar sobre un problema de un alumno con otro o consigo mismo (Figura 2).

El primer momento (base del triángulo) tiene que ver con asegurar la identidad, es decir el mediador genera en el alumno sentimientos de aceptación y seguridad de que su identidad no está en cuestión, diferenciando el problema de la persona. Aseveraciones como “errar es humano” o “todos nos equivocamos” ayudan a que el alumno no se sienta criticado, juzgado ni rechazado por el mediador.

El segundo momento (lado izquierdo del triángulo), consiste en buscar el propósito de la conducta ayudando al alumno a identificar que motivación o necesidad lo movía y evaluar el im-

Figura N° 2.

Triángulo de la restitución.

Autor: Diane Gossen. Traducido y adaptado por Ricardo Musalem.



pacto de la misma en las necesidades del entorno. Preguntas como “¿Qué te movió a alejarte de las creencias que compartimos?”, o “Podrías haberlo hecho peor, pero ¿podrías haberlo hecho mejor?”, “¿Cómo podrías hacerlo mejor?”. De esta manera el alumno reflexiona sobre sus necesidades y se abre a buscar una satisfacción apropiada de las mismas, tomando conciencia del impacto que su comportamiento tuvo sobre los demás sin sentirse juzgado.

El tercer momento (lado derecho del triángulo) tiene que ver con buscar reconectarse con la creencia y la persona que quiere ser. Preguntas como ¿Cómo podrías reparar?, ¿Qué diría de ti hicieras eso por reparar el problema? o, ¿En qué creemos con respecto a esto?, ¿Tú crees eso? o, ¿Qué tipo de persona quieres ser en cuanto a...?

Este proceso permite al alumno mantener el vínculo con el equipo siendo leal al contrato social que los conecta,

además repara su propio sentido personal de dignidad y respeto, sintiendo que tiene la capacidad de cuidar de los vínculos que aprecia y acercarse a la versión de sí mismo que quiere llegar a ser.

Los alumnos van desarrollando su relación en el equipo y su funcionamiento personal al alero de este marco de significados, visiones y compromisos compartidos. Esta construcción de la convivencia tiene un efecto muy significativo en la salud mental de los integrantes, al promover comunicación y trato empático, respetuoso, basado en la confianza y la cooperación. Tiene por lo mismo un impacto positivo en la calidad de los vínculos del equipo mejorando el funcionamiento interpersonal y el académico.

En este contexto los alumnos se sienten seguros, apreciados, respetados, con derecho a equivocarse y con espacio para ser ellos mismo, sacándose mas-

Trabajos Originales

caras o actitudes defensivas.

Para que este proceso se desarrolle de manera apropiada, cada persona y cada equipo es monitoreado de manera permanente, observando su funcionamiento en dimensiones personales, interpersonales y académicas, de manera que se hace un seguimiento estrecho de los procesos que van surgiendo, se hace seguimiento de las ansiedades y conflictos que emergen y se atiende a los cambios en el ajuste o equilibrio psicológico de cada alumno, en consideración al trastorno o psicopatología de base.

Los docentes son supervisados de manera diaria, habilitándolos para la gestión de equipos, y el desarrollo de estrategias pedagógicas y formativas que respondan a las necesidades y patología de cada alumno. Además se mantiene un estrecho contacto con los equipos tratantes, brindando permanente retroalimentación del funcionamiento del alumno, buscando interpretar los cambios que pueden presentarse en sus niveles de ajuste en cualquiera de las áreas significativas de funcionamiento.

Los docentes realizan un registro diario de observaciones clínico-pedagógicas que son interpretadas por un equipo clínico que va gestionando la atención de las necesidades, conflictos, dificultades o ansiedades de alumnos y/o equipos de aprendizajes evidenciados en esas observaciones. Estas observaciones permiten tomar decisiones terapéuticas en conjunto con los equipos tratantes de manera de ajustar la experiencia a las necesidades y posibilidades reales y actuales de los alumnos, de manera de mantener un sentido de coherencia, control, y seguridad en la experiencia del alumno en su partici-

pación en el programa y en su equipo.

El modelo técnico de intervención es clínico y psico-pedagógico, donde la pedagogía está al servicio de la rehabilitación del alumno, y la didáctica permite favorecer una experiencia fortalecedora, basada en el desarrollo de un sentido autoeficacia, de logro, de validación personal y de conexión significativa con otros.

La evolución de los cuadros se asocia a buen pronóstico cuando se presentan factores favorables como precisión del diagnóstico y del tratamiento, aplicación de intervenciones con una potencia acorde a la gravedad de la patología y sus consecuencias, consistencia en la administración del tratamiento farmacológico y la continuidad de los controles psiquiátricos y sesiones psicoterapéuticas y la capacidad de los padres de reconocer y asumir la patología del hijo/a actuando y tomando decisiones congruentes con ésta.

La comorbilidad también juega un papel importante en la evolución. Trastornos de personalidad, déficit cognitivos, trastornos de conducta serán factores que perjudican el pronóstico si el tratamiento no logra reducir la sintomatología. Es frecuente la presencia de déficit atencional como comorbilidad, lo cual impactará la evolución del proceso de habilitación escolar si no es tratado. En los casos en que el cuadro obedece a factores ambientales el pronóstico es mejor, ya que al modificar el entorno de desarrollo social y académico baja el estrés y se activan procesos de recuperación y crecimiento.

El primer período del programa tiene por objetivo lograr la adherencia del paciente y que logre experimentar un

sentimiento de seguridad y confianza, sintiéndose “en casa”. Luego se busca progresos en su funcionamiento social y académico, para lo cual se trabaja coordinadamente con su equipo tratante y los padres. Finalmente se accede al rendimiento académico, la funcionalidad de la participación grupal y la estabilidad personal.

Hay que entender la incorporación del paciente al programa de rehabilitación como una estrategia terapéutica más dentro de un plan de intervención coordinado por el médico tratante. Como tal debe coordinarse con todas las otras acciones terapéuticas y generar un espacio reflexivo compartido para ir sumando y potenciando los esfuerzos por sacar adelante al paciente. Factores que dificultan la evolución tiene que ver con estilos inconsistentes de los padres de crianza y de abordar la patología, en especial en casos de separación, minimizar la gravedad de la patología mediante tendencia a normalizar los funcionamientos o comportamientos del hijo/a, permisividad o falta de límites, falta de supervisión, identificación con los deseos del hijo/a sin atender a las capacidades, condición psicológica o estabilidad de éste, no seguir el tratamiento indicado, no cumplir con la farmacología o los controles, entre otras actitudes, dificultan la evolución del paciente.

La reinserción se va trabajando cuando se ha logrado por un tiempo significativo funcionamientos estables, que dan cuenta del cumplimiento de los objetivos de fortalecimiento de la identidad, de las funciones ejecutivas y sociales. El alumno/a se ve más estructurado, con sus funciones cognitivas funcionando sin interferencia, estableciendo relaciones estables y organizadas con pares

y adultos, pudiendo disfrutar de una vida personal satisfactoria. El alumno recupera la motivación por el estudio desde sus propios intereses y necesidad de logro, disfruta la actividad social y recreativa, se siente más seguro de sí mismo, muestra apertura y confianza hacia los demás, participa, tiene un sentido de responsabilidad con su propio desarrollo, con el bienestar de los demás y con el progreso del grupo. Además aparece propositividad vital orientada a actividades de su interés y hacia elecciones vocacionales a futuro. Es capaz de plantear y procesar conflictos de manera constructiva mostrando interés por los demás, capacidad de escuchar, de ponerse en el lugar del otro, buscar soluciones y perdonar.

Uno de los componentes más importantes del efecto terapéutico de la intervención es que en el proceso interpersonal se va respondiendo a las necesidades más significativas del alumno. La reinserción escolar debe ser preparada y mediada. Es necesario preparar al alumno para la reinserción, apoyándolo y dándole herramientas para el manejo de la ansiedad frente al cambio, y en especial frente a los exámenes de admisión a los colegios o escuelas a los que postula. Es importante disponer del programa que evaluarán en los exámenes de admisión al establecimiento elegido. Generalmente el reingreso al sistema se realiza en escuelas o colegios distintos al de origen.

RESULTADOS

Se realizó una revisión y análisis de los procesos de rehabilitación escolar de 135 casos pertenecientes al programa entre los años 2012 y 2017. Estadísticas en Figura 3.

Figura N° 3.

Una muestra de 135 pacientes participantes en el Programa entre 2012 y 2017

TRASTORNO	NUMERO	EVOLUCIÓN FAVORABLE	EVOLUCIÓN INESTABLE	EVOLUCIÓN COMPLICADA	HOMBRES	MUJERES	7-10	11-14	15-19
BIPOLAR	26	14	10	2	12	14	7	6	13
DEL DESARROLLO	25	14	9	2	19	6	3	9	13
DE PERSONALIDAD	22	13	8	1	12	10	0	8	14
DEPRESIVO	20	11	7	2	6	14	0	5	15
ANSIOSO	20	20	1	0	5	15	0	5	15
DEFICIT COGNITIVO	4	3	1	0	1	3	0	2	2
ANOREXIA	4	3	1	0	0	4	0	1	3
DEFICIT ATENCIONAL COMPLICADO	3	2	1	0	3	0	0	2	1
DEL APRENDIZAJE	3	3	0	0	3	0	0	0	3
OBSESIVO (TOC)	2	2	0	0	1	1	0	1	1
DISOCIATIVO	3	1	2	0	0	3	0	2	1
ADAPTATIVO	2	2	0	0	0	2	0	1	1
TOURETTE	1	0	1	0	1	0	0	0	1

Resultados

Del total de la muestra, un 66% presenta una evolución favorable, el 29% evolución inestable y un 5% evolución complicada. El rango etario entre 15 y 19 años dobla en número de pacientes fuera del sistema escolar al rango entre 11 y 14 años. El rango entre 7 y 10 representa proporcionalmente un cuarto de la muestra de pacientes entre 11 y 14 y un octavo de la muestra entre 15 y diecinueve años.

En cuanto a género de la muestra, predomina el género femenino habiendo 72 mujeres en el programa versus 63 hombres.

Con respecto a la distribución de patología por sexo, destaca la clara prevalencia de trastornos depresivos, an-

siosos y anorexia en mujeres, mientras que en los trastornos del desarrollo prevalecen los pacientes hombres.

Los trastornos bipolares representan el diagnóstico de mayor prevalencia de la muestra, seguidos de cerca por los trastornos del desarrollo, de personalidad, depresivos y ansiosos. Estas son las patologías que tendrían la mayor incidencia en la interrupción de la escolaridad.

Algunos de estos cuadros, como los trastornos disociativos, son cuadros en los que puede darse una situación aguda que interrumpe la continuidad escolar (por ejemplo pérdida de conciencia, amnesia psicógena, etc). Episodios depresivos intensos o desregulaciones de cuadros bipolares también pueden dar pie a una detención abrupta de la

escolaridad. Los cuadros que implicaría una progresión lenta del deterioro adaptativo al medio escolar comprenderían la anorexia, los trastornos obsesivos, los déficit cognitivos con secuelas emocionales, los trastornos del desarrollo, de personalidad, del aprendizaje, algunas formas del trastorno depresivo y bipolar, el trastorno Gilles de Tourette.

El trastorno bipolar es una patología de difícil diagnóstico en la niñez y adolescencia, muchas veces se confunden inicialmente con un cuadro de déficit atencional con impulsividad, o trastorno por desregulación de impulso, pero claramente representa una de las patologías que más interferencias puede causar en el desarrollo de la adaptación escolar de un niño o adolescente, generando múltiples focos de desajuste, ya que su impacto influye en el aprendizaje, en el ánimo, en las relaciones interpersonales y en la regulación emocional.

14 de los 26 pacientes pudieron realizar un proceso de franca recuperación, logrando estabilizarse académica y emocionalmente, logrando mayor funcionalidad interpersonal e integraciones que permiten mayor ajuste, 10 presentaron una evolución inestable pero logrando regularse y alcanzar cierta inestabilidad. En estos casos la bipolaridad se acompañaba de trastorno de desarrollo de la personalidad como factor de co-morbilidad asociado, o bien déficit atencional y 4 de ellos incluyendo intento de suicidio, requiriendo hospitalizaciones repetidas. En estos pacientes puede haber períodos en que funcionen académica y socialmente de manera estable, pero presentan recidivas de agudización sintomatológica o desregulación.

En algunos pacientes con mayor componente psicótico y funcionamientos patológicos crónicos debido al cuadro, se mantiene la disfuncionalidad individual a pesar de las intervenciones terapéuticas y el ambiente protegido y facilitador, predominando elementos paranoides.

Cabe destacar que en la muestra más de la mitad de los casos pertenece a familiar con separación de los padres. En cuanto a los trastornos del desarrollo, aparecen diversos niveles de compromiso adaptativo según el nivel de funcionamiento del trastorno.

En general la habilitación depende de que puedan funcionar con una mínima adecuación interpersonal que les permita ser parte de un grupo. Se producen efectos muy terapéuticos al hacerlos participar de equipos en los que los compañeros comparten este diagnóstico, ya que al generarse la interdependencia positiva y experimentar la cooperación, tienen experiencias emocionales que tal vez nunca habían vivido, como sentirse incluidos, valorados, importantes para los demás y sobre todo aceptados, logrando avanzar tanto en lo académico como en funcionalidad psicosocial.

De la muestra de 24 casos con diagnóstico trastorno del desarrollo, 14 tuvieron una buena evolución, logrando participar de manera funcional en sus equipos de aprendizaje, desarrollando habilidades sociales, mayor conciencia de sí mismos, capacidades vinculares y compromiso con el entorno. Esto siempre estuvo acompañado de funcionalidad parental y cumplimiento de los tratamientos. Evolución inestable o con menores logros de ajuste se verifica en los demás pacientes con un nivel

Trabajos Originales

de compromiso patológico mayor, en especial cuando son muy marcados los rasgos de rigidez estructural y cognitiva e inadecuación social o cuando los padres cambian de equipo tratante sin planificación o cuando no se cumple bien el tratamiento.

En cuanto a los trastornos de personalidad, en 13 de los 22 casos hubo evolución hacia una estabilización y reinserción exitosa. El pronóstico está determinado de manera importante por el tipo de rasgo desadaptativo predominante, por la funcionalidad del sistema parental y de las características del tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico.

Aparece mejor pronóstico en aquellos casos que predominan rasgos dependientes, evitativos, histriónicos e inhibitorios. Cuando predominan rasgos esquizoides, paranoides, opositoristas acompañados de estructura de nivel limítrofe, la evolución es más inestable y se benefician menos del entorno cooperativo, ya sea porque no contribuyen al clima de confianza por sus rasgos impulsivos, hostiles o defensivos, o porque tienden al individualismo y presentan escasa empatía. Si hay inestabilidad anímica asociada el pronóstico también se complica.

Con respecto al trastorno depresivo, cuando el cuadro tiene componentes reactivos tiene mejor pronóstico, ya que la aproximación psicopedagógica y la experiencia de la cooperación funcionan como una experiencia emocional correctiva que permite redefinir la propia identidad, experimentar logros y sentirse incluido socialmente, al tiempo que se desarrolla autonomía y confianza en sí mismo. 11 de los 20 pacientes tienen esta evolución.

Cuando el trastorno depresivo es más grave y hay elementos endógenos marcados, la evolución es inestable, en especial si se acompaña de ansiedad significativa.

Si bien se cumplen objetivos de participación social, continuidad de escolarización y permanencia en el programa, aparecen episodios recurrentes de agravamiento de la sintomatología, debiendo generarse interrupciones temporales de la asistencia u hospitalizaciones.

Peor pronóstico tienen los pacientes con depresiones psicóticas, que en general interfieren mucho la personalidad y generan un deterioro importante del funcionamiento. Cuando el trastorno depresivo está acompañado de trastorno de personalidad también la evolución tiende a ser más bien inestable, en particular si el trastorno de personalidad tiene componentes limítrofes que dan pie a conductas desajustadas o rasgos inhibitorios importantes que llevan a repliegues emocionales. Estos rasgos agravan el trastorno. En los cuadros depresivos más graves son relativamente frecuentes las recaídas, que pueden llevar a hospitalizaciones e incluso aplicación de terapia electroconvulsiva.

Los cuadros ansiosos, tan numerosos como los demás trastornos recién descritos, tuvieron muy buena evolución, con disminución significativa de la sintomatología, alcanzando adaptación social y desarrollo de mejor autoestima académica. Para muchos de los pacientes su colegio específico o el sistema escolar, representaba el elemento central que gatillaba la ansiedad e interfería en todas las áreas de su desarrollo. En estos casos los padres refieren el cambio

experimentado por el hijo con comentarios tales como “floreció” o “volvió a ser él”.

En la anorexia nerviosa, si bien se alcanza funcionalidad y estabilización, observamos que el cuadro tiende a quedar encapsulado pero no definitivamente resuelto, pudiendo aparecer episodios de recurrencia sintomática aunque no muy intensos.

En los trastornos disociativos la evolución es más discreta, requieren de un seguimiento psiquiátrico estrecho y mayores adecuaciones o modificaciones ambientales para su contención.

En cuanto a los demás trastornos podemos mencionar que en general han tenido evoluciones favorables, disminuyendo la ansiedad y mejorando la funcionalidad. Esto puede deberse a que encuentran un ambiente facilitador del desarrollo socio emocional y académico, y a que en ellos se ve menos comprometida la estructura de la personalidad y la patología psiquiátrica no es tan grave.

Muy buen resultado se logra con los déficit cognitivos, trastornos de aprendizaje y déficit atencional complicados, al igual que el trastorno obsesivo compulsivo, que con un enfoque psicopedagógico acompañado de un entorno interpersonal de aceptación, logran recuperar autoestima y estabilidad emocional.

Más complicado resulta el cuadro Giles de Tourette, que si bien disminuye en su expresión neuromuscular, se mantienen aspectos impulsivos, déficits ejecutivos, rasgos sensitivos, hipersensibilidad y dificultades de aprendizaje que generan una difícil inserción gru-

pal y complican la evolución. Resulta relevante mencionar que alrededor de un 10% de los pacientes de la muestra han perpetrado intento de suicidio con diversa gravedad, lo que ha determinado hospitalizaciones psiquiátricas. Esta conducta psicopatológica puede ser recurrente durante el proceso. Se asocia predominantemente a cuadros bipolares y a trastornos depresivos acompañados de trastornos de personalidad más severos.

Discusión

De acuerdo a los resultados presentados, se puede concluir que la hipótesis de este trabajo puede ser confirmada como verdadera, por cuanto en su mayoría, más de dos tercios del total de la muestra, y en las distintas patologías, los pacientes se benefician del modelo de intervención, logrando mayor funcionalidad en los ámbitos académicos, social y emocional, habilitándose para la reinserción a la escolaridad, con el cuidado de considerar contextos educativos más de acuerdo a sus necesidades.

Otro grupo de pacientes, un 29 %, presentan cuadros más resistentes, que están imposibilitados de responder al sistema escolar formal, requiriendo mediación, adecuaciones significativas y apoyo psicosocial personalizado y mantenido.

El último grupo, un 5% presenta una disrregulación crónica e inhabilitante de manera más permanente, a pesar de las intervenciones realizadas en el programa y del tratamiento psiquiátrico y terapéutico en curso. Esto da cuenta que un modelo de habilitación escolar de estas características es una alternativa terapéutica funcional para

Trabajos Originales

los cuadros clínicos que comprometen la escolaridad.

Si bien se han desarrollado políticas educativas ministeriales para apoyar a los alumnos que tienen problemas con el sistema escolar, tales como el programa PIE, las escuelas de segunda oportunidad, ninguna de estas instancias da respuesta a las necesidades de pacientes con patología más compleja. Estos pacientes requieren modelos de intervención especializados que bajo una mirada psicopedagógica y psicopatológica, puedan ir acompañando efectivamente el proceso de recuperación de los alumnos que han sufrido quiebres vitales y escolares debido a su patología, respondiendo a sus necesidades y aportando un contexto facilitador que esté al alcance de lo que el alumno realmente puede abordar o hacer para seguir adelante.

Un modelo de enseñanza aprendizaje psicopedagógico flexible y centrado en las necesidades de los alumnos da la oportunidad para que se desarrollen procesos de reparación psico-emocional, de integración de la personalidad y mayor adaptabilidad funcional.

Ha habido una creciente conciencia de la magnitud del problema de niños y jóvenes que quedan fuera del sistema escolar, lo que ha llevado a evaluar las prácticas pedagógicas de los establecimientos, la necesidad de lograr mayores y mejores coordinaciones con equipos tratantes psiquiátricos, psicopedagógicos.

Existe una progresiva validación de los modelos colaborativos de aprendizaje, ya que responden de mejor manera a las necesidades sociales y cognitivas de los alumnos, favoreciendo el desarrollo

de habilidades sociales, motivación, autoestima y salud mental.

El modelo de habilitación escolar representa una pedagogía terapéutica que contiene a los pacientes y a los padres. Esto favorece la continuidad del trabajo terapéutico, ya que los padres pueden abocarse sin inquietudes al trabajo terapéutico permitiendo continuidad del desarrollo social y académico, sin el temor de que el hijo sea dejado fuera del sistema escolar.

El manejo de variables y dinámicas interpersonales de grupo pequeño permiten construir vínculos de pertenencia, aceptación e interdependencia positiva. Trabajar con un modelo de necesidades psicológicas y formar a los alumnos para su adecuada satisfacción, contribuye a generar ambientes seguros, promotores y validadores. La experiencia de pertenencia a un equipo y la experiencia de la cooperación provee a los alumnos de oportunidades de satisfacción de sus necesidades sociales y emocionales más significativas, lo cual contribuye significativamente a la estabilización, recuperación de la autoestima y desarrollo de una identidad positiva.

Es importante seguir avanzando en el desarrollo de opciones educativas que respondan a niños y jóvenes con patología compleja. El programa de habilitación es una estrategia terapéutica más dentro de un plan de intervención coordinado por el médico tratante. Resulta fundamental el trabajo de equipo multidisciplinario. En la muestra del programa aplicado, los diagnósticos con mayor prevalencia de interrupción escolar fueron los trastornos bipolares, seguido por trastornos del desarrollo, los trastornos de personalidad, depre-

sivos y ansiosos. La evolución de los cuadros depende de manera importante de un diagnóstico acertado, del cumplimiento adecuado del esquema de tratamiento, de la funcionalidad parental, de la comorbilidad con trastorno de personalidad grave y de la oportunidad de tener un ambiente interpersonal y de aprendizaje propicio para su recuperación y desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

1. King N. Ollendick T, Tonge B. School Refusal: assessment and treatment. Allyn & Bacon Press. 1995
2. Berg I. School refusal and truancy. Archive of disease in childhood. BMJ Journals. [www.http://adc.bmj.com/content/76/2/90](http://adc.bmj.com/content/76/2/90).
3. Batlle Vila S, Barris Ruset J. Recha-zo Escolar.. Universidad Autónoma de Barcelona. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_fobia_escolar.pdf.
4. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. "Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias". Rev. méd. Chile vol.140 no.4 Santiago abr. 2012
5. <http://www.eligeeducar.cl/deser-cion-escolar-149-mil-ninos-y-jovenes-no-asisten-la-educacion-formal>.
6. El aprendizaje colaborativo, una forma de construir aprendizajes significativos. Agencia de la calidad de la educación. Documento online. 2016. www.agenciaeducacion.cl. Documento oficial, sin autor que suscriba.
7. Orientaciones técnicas para programas de integración escolar (pie) actualizado 2013. Manual de orientaciones y apoyo a la gestión para directores y sostenedores. Ministerio de educación. Documento oficial, sin autor que suscriba.
8. Johnson D. Johnson R. Johnson Holubec E. Circles of learning. Cooperation in the classroom. Interaction Book Company. Sixth edition. 2009
9. Johnson D. Johnson R. Positive interdependence. The heart of Cooperative Learning. Interaction Book Company. 1992.
10. Gossen D. Is all about we. Rethinking discipline using restitution. Published by Chelsom Consultants. 1992.
11. Gossen D. Control Theory in Action.. Published by Chelsom Consultants. 1992.

Actualización en Trastornos Ansiosos en niños y adolescentes: Ansiedad de Separación-Ansiedad Social-Ansiedad Generalizada.

Update on anxious disorders in children and adolescents: separation anxiety-social anxiety-generalized anxiety.

Dra. Marcela Matamala B.*

Resumen: Los trastornos ansiosos en niños y adolescentes tienen una prevalencia de vida de un 15-20%, con una edad promedio de comienzo de 11 años (1). En Chile la prevalencia en la población general es de 8,3 %. Trastorno por Ansiedad de Separación (TAS) 4,8% Ansiedad social (TA social) 3,7% y Ansiedad Generalizada (TAG) 3,2% (2). Es así como TAS, TA social y TAG están dentro de las enfermedades de salud mental más frecuentes en este grupo etario, tienen una menor edad de comienzo que otros trastornos psiquiátricos internalizantes, están asociados con un gran impacto en la funcionalidad y tienden a persistir hacia la adultez (3). Si estos trastornos ocurren en la infancia y/o adolescencia predicen la ocurrencia de otros trastornos en la adultez, como: trastornos ansiosos, del ánimo, abuso de sustancias y conducta disruptiva. TAS, TASocial y TAG constituyen un grupo heterogéneo de trastornos con síntomas que se superponen (síntomas somáticos, dificultades para dormir, conductas evitativas), están frecuentemente en comorbilidad y tienen una respuesta positiva al tratamiento con terapia cognitivo conductual y fármacos antidepresivos (3). La detección temprana y el tratamiento de los trastornos ansiosos en niños y adolescentes puede prevenir el impacto sustancial en el desarrollo y la funcionalidad; el tratamiento precoz también puede prevenir el posterior desarrollo de trastornos psiquiátricos en el adulto (3).

Palabras Clave: trastornos ansiosos, ansiedad de separación, ansiedad social, ansiedad generalizada, ansiedad infantil

Abstract: Anxiety disorders in children and adolescents have a life prevalence of 15-20%, with an average presentation age of 11 years (1). In Chile the prevalence in the general population is 8.3%; separation anxiety disorder (TAS) 4.8% social anxiety (social TA) 3.7% and generalized anxiety (TAG) 3.2%. (2). TAS, social TA and TAG are within the most common mental health disorders in this age group, have a younger age of onset than other psychiatric disorders, are internalizing disorders, are associated with a major impact on functionality and they tend to persist into adulthood (3). When these disorders appear in childhood or adolescence, they predict the occurrence of other disorders in adulthood, such as: anxiety, mood, substance abuse and disruptive behavior disorders. TAS, social TA and TAG constitute a heterogeneous group of disorders with symptoms that overlap (somatic symptoms, difficulty sleeping and avoidant behavior), they are frequently comorbid and have a positive response

*Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Departamento de Psiquiatría Infantil Clínica Las Condes

to treatment with cognitive behavioral therapy and antidepressant drugs (3). Early detection and treatment of anxious disorders in children and adolescents can prevent the substantial impact on development and functionality; early treatment can also prevent further development of psychiatric disorders in adults (3).

Key Words: anxiety disorders, separation anxiety, social anxiety, generalized anxiety, childhood anxiety.

Desarrollo y Trastornos Ansiosos

Los miedos y la ansiedad son manifestaciones de la infancia y parte normal del desarrollo, en la infancia, preescolares y escolares, teniendo miedos concretos e inmediatos del medio ambiente. A medida que el niño madura cognitivamente, estos temores comienzan a incorporar eventos anticipatorios y estímulos de carácter imaginario o abstracto. En los Trastornos Ansiosos se manifiestan miedos persistentes o exagerados más allá de las tendencias de desarrollo normal. El curso natural de los trastornos de ansiedad se puede caracterizar por ser progresivo, crónico o recurrente (creciendo y menguando), aunque las remisiones espontáneas no son raras, suele ocurrir con frecuencia el cambio de un trastorno ansioso a otro. Los períodos peak de incidencia de estos trastornos de ansiedad son en la infancia tardía y adolescencia (4).

Tríada Pediátrica de los Trastornos Ansiosos

Hasta la fecha, la mayoría de los estudios sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños se han centrado en gran medida en los síntomas de ansiedad. Muchas investigaciones de tratamiento psicofarmacológicos han incluido como entidades homogéneas a los trastornos de la Tríada Pediátrica de los Trastornos Ansiosos, es decir: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), Trastorno de ansiedad social (TASocial) y Trastorno de ansiedad de

separación (TAS). Es importante destacar que la clínica, fenomenología, y los datos epidemiológicos apoyan esta clasificación, los trastornos de la Tríada Pediátrica de los Trastornos Ansiosos co-ocurren con frecuencia, exhiben trayectorias muy similares, comparten la neurofisiología y responden de manera similar a los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos (Inhibidores de la recaptación de serotonina [ISRS]) y la psicoterapia cognitivo conductual) (5).

Factores de riesgo relacionados a los Trastornos Ansiosos

Se han encontrado una serie de variables en estudios epidemiológicos que se asocian con trastornos de ansiedad.

Variables demográficas: La más importante es el sexo femenino en razones de 2:1 en la infancia y 3:1 en la adultez. Otras variables son: la baja educación / desempleo de los padres y pobreza.

Variables de agregación familiar: Los hijos de padres con un trastorno de ansiedad tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar también un trastorno ansioso, en particular cuando ambos padres están afectados, con cuadros de inicio temprano y de más de un trastorno.

Variables genéticas: Los mecanismos exactos por los que la ansiedad se transmite de padres a hijos son complejas y

hasta la fecha aún poco conocidos. La fuerte agregación familiar puede deberse a factores genéticos, el entorno familiar (por ejemplo, la crianza parental, el apego) o ambos. Existen estudios que sugieren una heredabilidad genética moderada (30% a 40%) para el espectro de los trastornos ansiosos.

Variables de personalidad y temperamento: Rasgos de personalidad tales como: neurosis, ansiedad, y afecto negativo; así como estilos de temperamento tales como la inhibición del comportamiento se pueden ver como condiciones precursoras de los trastornos de ansiedad.

Variables relacionadas con ambientes adversos: Infancia adversa: La mayoría de los estudios epidemiológicos encuentran asociaciones entre las experiencias adversas en la infancia, como la pérdida / divorcio de los padres, abuso físico y sexual. Eventos negativos de vida: se han evidenciado consistentemente como factores de riesgo para los trastornos depresivos, pero varios estudios también han encontrado asociaciones con trastornos de ansiedad (eventos de pérdida y de peligro). Estilo de crianza: la sobreprotección parental y rechazo parental se asocian con mayores tasas de fobia social, excesiva disciplina se asocia específicamente con TAG (4).

Neurobiología de los Trastornos Ansiosos.

En general, los estudios muestran disfunción en los circuitos prefrontal-amígdala y disfunción (o anomalías) en las redes y estructuras cerebrales posteriores, incluyendo la corteza cingulada posterior, precuneus y cuneus. Entre las estructuras que están impli-

cados con mayor frecuencia en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad en niños, la amígdala, que se encarga de la iniciación de las respuestas centrales de miedo; está “sobreactivada” en imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI). Además de la amígdala, la corteza prefrontal ventrolateral (CPFVL) se ha examinado en numerosos estudios de los jóvenes con trastornos de ansiedad, esta estructura regula la actividad de la amígdala y juega un papel fundamental en la extinción en el contexto de condicionamiento del miedo. CPFVL no sólo se hiperactiva en jóvenes con trastornos de ansiedad, sino que el grado de activación es proporcional a la gravedad de los síntomas de ansiedad, consistente con la noción de que la CPFVL juega un papel compensatorio en la ansiedad. En consonancia con esta idea, la fluoxetina y terapia cognitivo-conductual (TCC) están asociados con aumentos en la actividad de esta estructura en adolescentes con ansiedad. Por último, la corteza cingulada, que circunda el sistema límbico y subordina la motivación y el control cognitivo se hiperactiva en jóvenes con trastornos de ansiedad. El tono glutamatérgico en la corteza cingulada anterior se correlaciona directamente con la gravedad de la ansiedad (5).

Perspectiva del desarrollo en el DSM-V.

Cambios generales

Se refieren a la aplicación sistemática de una perspectiva de desarrollo en el ciclo vital y cambios consistentes en la formulación de criterios a lo largo del capítulo. La perspectiva del desarrollo en el ciclo vital del DSM-V también condujo a una reorganización cronológica de los trastornos de ansiedad

de acuerdo a su edad de aparición, comenzando con el trastorno de ansiedad por separación y concluyendo con el trastorno de pánico.

Cambios para el TAS

Se ha movido de la categoría “trastornos generalmente se diagnostica por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia” (DSM-IV) a la categoría de los trastornos de ansiedad, y el requisito de la edad de inicio (“antes de los 18 años”) se ha eliminado. Se agrega “trabajo” y cambia a “figuras importantes de apego” para adaptarse mejor a todos los grupos de edad. Además, el especificador de inicio temprano (“antes de los 6 años”) se ha eliminado y la duración se especifica como “suele durar seis meses o más” (en lugar de 4 semanas) para reducir el exceso de diagnóstico por ej. temores transitorios.

Cambios para TASocial (fobia social, anteriormente)

Nuevo título, que fue elegido para destacar la amplia gama de situaciones sociales que son temidas / evitadas. Se señalan tres tipos de situaciones sociales en el criterio A: rendimiento, interacción y observación (los dos últimos nuevos en el DSM-V). El término más amplio “evaluación negativa” se ha introducido para representar el temor nuclear en el trastorno de ansiedad social. Los términos “humillación” y “vergüenza” (DSM-IV) han sido incluidos en este término y ahora se muestran como ejemplos o consecuencia del miedo a la evaluación negativa (criterio B). Además de la gama de situaciones, también la gama de personas con las que el niño / adolescente puede experimentar miedo / ansiedad se ha ampliado del DSM-IV para el DSM-V. La limitación “a la gente desconocida” se ha eliminado. El prefijo

“activamente” se ha añadido al descriptor “evitar” para excluir reacciones típicas por edad. El especificador “generalizada” se ha eliminado, mientras que “sólo rendimiento” y “mutismo selectivo” se han añadido como especificadores. Es decir, la forma generalizada de trastorno de ansiedad social se ve ahora como la norma. Puesto que la evidencia indica que los temores también pueden tomar la forma de perturbaciones transitorias en la edad adulta, la duración criterio de “6 meses o más” se ha unificado en todos los grupos de edad para el trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social y fobia específica, y la restricción de edad (“individuos menores de 18 años”) ha sido removida. El criterio de tener insight acerca de lo inapropiado de los propios miedos se ha eliminado (nuevo para adultos). Los criterios de duración y auto-reconocimiento ahora se han ajustado para los niños, adolescentes y adultos.

Cambios para TAG

En consonancia con los criterios para otros trastornos de ansiedad, se ha introducido un criterio de evitación para el trastorno de ansiedad generalizada (“marcada evitación de actividades o eventos con los posibles resultados negativos”). Bajo el criterio D se especifica ansiedad y conductas asociadas a la preocupación, como: búsqueda de seguridad, procrastinación en el comportamiento o la toma de decisiones, o tiempo y esfuerzo en la preparación para defenderse de los resultados negativos previstos. Otros cambios se refieren a la duración del criterio (reducción de 6 a 3 meses), recuento de síntomas (reducido de 3 criterios a 1), y al criterio de dificultades en el control de las preocupaciones que ha sido omitido (1).

Detección y evaluación

Los parámetros de la práctica actuales de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, recomiendan la evaluación/detección de los síntomas de ansiedad, calificación de la gravedad de la ansiedad y deterioro funcional en niños y jóvenes con trastornos ansiosos. También es importante realizar una cuidadosa evaluación de las condiciones psiquiátricas comórbidas, así como de las enfermedades médicas (por ejemplo, hipertiroidismo) que pueden confundirse con los síntomas de ansiedad. Por otra parte, la evaluación de los pacientes pediátricos con sospecha de ansiedad debe permitir diferenciar las preocupaciones propias del desarrollo, los temores y respuesta al estrés; de los trastornos ansiosos. También considerar los factores de estrés o traumas y determinar su contribución al desarrollo o mantenimiento de los síntomas de ansiedad. Por último, es fundamental tener en cuenta que los síntomas relacionados con la ansiedad, como el llanto, irritabilidad, o rabietas pueden ser mal interpretados por los adultos como oposicionismo o desobediencia; y estos comportamientos representan la angustia y/o esfuerzos para evitar el estímulo que provoca ansiedad del niño (5). Existen varios medios de detección tipo auto-informe estudiados para la ansiedad y se pueden usar en pacientes > 8 años. En primer lugar, la Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños, Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders (SCARED) y Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) fueron desarrollados para ser sensibles y específicos en la evaluación de ansiedad en niños y adolescentes. Pueden también ser útiles en la práctica clínica para monitorear el progreso del tratamiento. La

Escala de Ansiedad para preescolares es un informe de los padres adaptado de la SCAS que fue desarrollada para la detección de la ansiedad en los niños pequeños (de 2,5 a 6,5). El SCARED o y SCAS están disponibles acceso en línea / libre. En segundo lugar, esta la Escala de Ansiedad de Pediatría, que con frecuencia se utiliza como una medida de resultado primaria o secundaria en ensayos psicofarmacológicos, para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad y su cambio en el tiempo. En tercer lugar, existen, en relación a ansiedad social, la Escala de Ansiedad Social, el Cuestionario de Preocupaciones Sociales, y la subescala de fobia social de SCARED, los cuales son breves y útiles en la detección de síntomas de ansiedad / fobia social. Para finalizar existe un conjunto de nuevas escalas de ansiedad dimensionales que se generó recientemente durante el proceso de revisión del DSM para apoyar la toma de decisiones clínicas y el progreso del tratamiento (www.psychiatry.org/dsm5). Estas escalas de autopercepción se pueden utilizar para los niños de 11 años o más. Comprenden los constructos centrales de miedo y ansiedad, junto con los síntomas cognitivos, físicos y de comportamiento en una forma coherente y breve, con el uso de una plantilla común para cada uno de los trastornos de ansiedad (5).

Comorbilidad de los Trastornos Ansiosos

La comorbilidad constituye más la regla que la excepción en los Trastornos Ansiosos. Estudios epidemiológicos y clínicos muestran que cerca del 75% de los casos de jóvenes que son diagnosticados con varios trastornos ansiosos y cerca del 50-60% tiene un trastorno afectivo comórbido. La comorbilidad

con trastornos de conducta también es frecuente, con un 25-33% y la presentación de síntomas somáticos como dolor abdominal en niños más pequeños y cefalea en niños mayores es común. Por lo tanto, el tratamiento de los trastornos ansiosos debe considerar la búsqueda y presencia de comorbilidad. Pese a lo anterior la comorbilidad no predice el curso del tratamiento, y por otro lado la TCC puede ser efectiva para ambas condiciones. (4)

Curso natural y resultados en Trastornos Ansiosos

Estabilidad y remisión (Continuidad Homotípica)

Los estudios prospectivos longitudinales muestran que los niños o adolescentes diagnosticados con un trastorno de ansiedad, en comparación con los que no, están en mayor riesgo estadístico para tener el mismo trastorno o signos y síntomas del mismo posteriormente. También muestran que la proporción de jóvenes diagnosticados de nuevo con el mismo trastorno de ansiedad (tasa de estabilidad) es numéricamente baja a moderada. Last y colaboradores encontraron que los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad remiten en un 80% la ansiedad mostrada inicialmente luego de 3 a 4 años de seguimiento (4).

Estabilidad del diagnóstico

La probabilidad de un resultado negativo aumenta en función de la gravedad de la ansiedad al momento de diagnóstico. Para diagnósticos específicos se puede observar una variabilidad considerable en el resultado. El trastorno de pánico (44%) y la fobia específica (30,1%) han resultado ser más estables, mientras que otros trastornos de ansiedad muestran menor estabilidad

de las tasas, en particular la agorafobia (13,4%) y fobia social (15, 8%). Los trastornos de ansiedad en los grupos de edad temprana tienen una fuerte tendencia a la remisión y disminución en el tiempo (4).

Predictores de la evolución natural de los trastornos de ansiedad

El sexo femenino se asocia con una mayor persistencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad, mientras que otras variables demográficas tales como la raza / origen étnico, ingresos familiares y composición familiar no. "El pasado predice el futuro", por ejemplo, los mejores indicadores de pronóstico para el curso de la ansiedad son: la gravedad de los síntomas y la duración de la enfermedad inicial. Así como las características de vulnerabilidad establecidas para el inicio de los cuadros ansiosos: historia familiar de fobia social/depresión y temperamento tímido-inhibido se relacionan con un peor pronóstico (4).

Continuidad Heterotípica

A pesar de la continuidad Homotípica que se observa en los estudios Prospectivos-longitudinales y que muestra que los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad específicos parecen mejorar, o bien remitir; existe un grupo que presenta psicopatología en el curso posterior de la vida. Por ejemplo, en el estudio de EDPS (Developmental Stages of Psychopathology) sólo el 10% de los niños y adolescentes con fobias específicas (pura o comorbilidad) al inicio del estudio no tenía ningún trastorno mental a los 10 años de seguimiento (remisión completa de diagnóstico), el 41% informó de nueva fobia específica (continuidad homotípica estricta), y un 73% fueron diagnosticados con ansiedad (continuidad homotípica

amplia) y/o trastorno depresivo en las evaluaciones posteriores (continuidad heterotípica). En la infancia, después de la aparición del primer trastorno de ansiedad, a menudo se desarrolla ansiedad en la adolescencia o principios de la adultez un patrón con múltiples trastornos ansiosos. La “carga” de la ansiedad parece contribuir al desarrollo de complicaciones patológicas psicológicas secundarias tales como: otros trastornos de ansiedad, depresión mayor, dependencia de sustancias, y tendencias suicidas. Así como otros resultados adversos del desarrollo como: bajo rendimiento escolar y parentalidad temprana. **Por lo tanto, para muchos casos de ansiedad, incluso si se mantiene una continuidad homotípica la resolución es moderada. Hay un grado sustancial de continuidad de la psicopatología por la presencia posterior de otros trastornos de ansiedad (continuidad homotípica) u otros trastornos (continuidad heterotípica) (4).**

Trastorno por Ansiedad Social

T A Social tiene la segunda mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad después de las fobias específicas. Muestras de adolescentes americanos y alemanes estiman que la prevalencia de vida de 8,6% y el 7,3% respectivamente. En niñas (9,2% a 9,5%) es más prevalente que en varones (4,9% a 7,9%). El subtipo generalizado, caracterizado por temores sociales en el rendimiento y situaciones interpersonales, de inicio más temprano y mayor gravedad, es ligeramente más común que el subtipo no generalizado, particularmente en niñas. En general, los trastornos de ansiedad tienden a ocurrir más temprano que otros trastornos mentales. Según los datos epidemiológicos, TASocial

se inicia entre 8 y 15 años, y los inicios subtipo generalizado son más precoces. Estudios retrospectivos en adultos indican una edad media de aparición a los 13-15 años. Entre los jóvenes con el subtipo generalizado, quienes tienen un padre afectado por TAS tienden a tener una edad más temprana de inicio (6 años) en comparación con los jóvenes sin un padre afectado (11 años) (6). Factores de Temperamento, familiares y ambientales contribuyen a la aparición y el mantenimiento de TASocial. Temperamento con inhibición conductual está (caracterizado por timidez, temor, y retirada) relacionado con TASocial de manera empírica. Los hallazgos genéticos sugieren una heredabilidad moderada para TASocial. Los estudios con gemelos estiman entre un 39% y 65% de heredabilidad. Adolescentes de padres con TASocial tienen tasas más elevadas de TAS (9,6%) en comparación con los hijos de padres sin el trastorno (2,1%). Estudios de genotipificación han encontrado una asociación entre TASocial y la región polimórfica transportador ligado serotonina humana (5-HTTLPR). Muchos estudios han encontrado relaciones entre la ansiedad y la conducta de los padres del niño, tales como la sobreprotección, crítica, modelo ansioso, falta de calidez, falta de autonomía secundaria a la sobreprotección y rechazo (6). Los métodos útiles para el diagnóstico inicial y el seguimiento incluyen entrevistas estandarizadas de diagnóstico, cuestionarios, evaluaciones fisiológicas y medidas conductuales. Tiende a la aparición gradual, a menudo presente desde el principio como la inhibición conductual, con un curso estable. En estudios epidemiológicos, un 8,6% de 13-18 años con diagnóstico de TASocial cumple criterios diagnósticos a través de la vida, el 87% continuó cumpliendo con los criterios actuales

en el momento de la entrevista, a pesar de que más del 60% informó haber recibido tratamiento. Datos epidemiológicos prospectivos muestran que los adolescentes con TAS son de 3,6 a 4,9 veces más propensos a tener TASocial en la adultez temprana en comparación con los adolescentes sin el trastorno. Por otra parte, se asocia con la posterior aparición de depresión, suicidalidad, y abuso de sustancias. En el curso de la vida se asocia con el deterioro funcional, inestabilidad conyugal y menor nivel educativo y de ingresos (6). La comorbilidad más frecuente es: Agorafobia 32,4%, Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 32%, Trastorno de ansiedad de separación (TAS) 27,4%, Trastorno de pánico 27,2%, Trastorno de estrés postraumático 24,4%, Fobia específica 21,5%. Del 97% al 100% de los niños con Mutismo Selectivo también tienen diagnosticado TASocial (6).

Trastorno por Ansiedad Generalizada

Como hemos visto en los diagnósticos de ansiedad pediátrica, trastorno de ansiedad social es el más común, seguido por el TAG con una prevalencia estimada de hasta el 15%. Los niños y niñas de todas las edades con TAG tienen números y tipos de síntomas similares. A pesar de la alta prevalencia y deterioro que sufren los niños afectados, son sorprendentemente poco reconocidos y tratados. La etiología del trastorno de ansiedad no se entiende claramente, pero se cree que está implicado un proceso complejo que incluye tanto los factores genéticos y ambientales. TAG, al igual que otros trastornos de ansiedad de la niñez, está asociado con deterioro en actividades educativas, sociales, familiares y emocionales. Aunque no se han identificado diferencias en

las tasas y patrones de condiciones concurrentes a través de la edad y el género, los niños con síntomas de TAG son más propensos que otros niños a desarrollar problemas con el alcohol, así como el abuso de cannabis. Se suele diagnosticar con poca frecuencia en su forma pura; a menudo está en comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad de separación (TAS), depresión, y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Co-ocurrencia de TAG, TASocial, y TAS es más la regla que la excepción; hasta el 60% de los niños ansiosos cumple los criterios para dos de los tres trastornos y 30% cumple los criterios para los tres trastornos. A pesar de la evidencia de la fisiopatología única de la ansiedad, estos tres trastornos tienen un importante solapamiento de los síntomas, considerándose distintos de los trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático (TEPT), y fobia simple; y tienden a responder efectivamente a terapia cognitivo-conductual (TCC) e inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (7). Su evaluación y el diagnóstico sigue el modelo de multi-informante, multi-método. La evaluación debe incluir historia psiquiátrica, antecedentes familiares de salud mental, historia médica, preguntas sobre el funcionamiento académico, social y emocional del niño, incluida la evaluación de posibles afecciones concurrentes. Esta información indica al diagnóstico diferencial, gravedad del problema, y el deterioro funcional. Si es posible, observar al niño en un entorno natural y que provoca ansiedad, tales como la escuela. Los síntomas físicos son frecuentes entre los niños con trastornos de ansiedad, incluyen: cefalea, síntomas gastrointestinales (por ejemplo, dolores de estómago, náuseas,

arcadas al tragar o preocupaciones por esto), inquietud y mareos. Muchos niños ya han visitado a un médico o especialista médico (por ejemplo, gastroenterólogo) para descartar problemas médicos antes de ser referidos para la evaluación y el tratamiento con un profesional de salud mental (7).

Trastorno por Ansiedad de Separación

Los estudios epidemiológicos indican una prevalencia del 3% al 5% para el TAS en niños y adolescentes. Las investigaciones sugieren que la prevalencia de este trastorno es mayor en la infancia que en la adolescencia. En los adolescentes, los estudios sugieren tasas de prevalencia de 2% a 4%, con algunos indicios de que las tasas de prevalencia son más altas en los más jóvenes que en los adolescentes mayores. El peak de edad de inicio para el TAS parece estar entre las edades de 7 y 9 años. Francis et al, encontraron que el TAS parece tener diferente expresión de los síntomas en los niños pequeños, niños mayores y adolescentes. En este estudio, los niños pequeños reportaron más síntomas de tristeza y pesadillas que involucran temas de separación en comparación con los niños mayores y adolescentes. Los niños pequeños y niños mayores presentan a menudo angustia de separación extrema, mientras que este síntoma es poco frecuente en los adolescentes. Varios estudios han indicado que el TAS es más común en las niñas que en los niños, mientras que otros estudios han encontrado tasas de prevalencia de la igualdad por género. Un número de estudios también han demostrado una asociación entre la desventaja socioeconómica y TAS (8). Nuevamente factores biológicos, la genética y el temperamento

han sido investigados como posibles contribuyentes a la etiología de este trastorno. La contribución genética se ha estudiado principalmente a través de la investigación sobre la agregación familiar de los trastornos de ansiedad, incluyendo top-down y bottom-up, estudios de gemelos en adultos y niños. Las conclusiones extraídas con respecto a los papeles relativos de las influencias genéticas y ambientales son mixtas. De esta manera pareciera ser que la ansiedad en general se hereda, en lugar de una vulnerabilidad a un trastorno de ansiedad específico. Por otra parte, la variabilidad de los resultados puede reflejar diferentes aportes genéticos y ambientales de acuerdo a la edad, sexo y tipo de ansiedad (9). La evidencia acumulada apoya el papel integral de la familia y la conducta de los padres en la ansiedad de los jóvenes. Aunque por lo general limitada a las influencias maternas, los hallazgos en funcionamiento familiar se han estudiado de la siguiente forma:

1. Los padres de los jóvenes ansiosos tienden a ser excesivamente controladores e intrusivos, sobre protectores, y menos favorecedores de la autonomía psicológica.
2. Los niveles más altos de rechazo de los padres y la crítica están asociados con niveles más altos de ansiedad en jóvenes, pero los estudios centrados en la negatividad de los padres y el grado de calidez emocional han sido mixtos.
3. Los padres de jóvenes ansiosos modelan y refuerzan el comportamiento ansioso o por evitación.
4. Familias de jóvenes ansiosos son más conflictivas, menos cohesionadas, tienen pobre resolución de problemas y habilidades de comunicación (9).

En relación al curso de este trastorno, Klein propuso que el TAS en la infancia estaba asociada con el trastorno de pánico en la edad adulta. La evidencia positiva en favor de la hipótesis se basaba en varios estudios retrospectivos, encontrando que los pacientes con trastorno de pánico presentaban historias de TAS con más frecuencia que los pacientes con otros trastornos. Por otro lado, una serie de estudios retrospectivos y estudios de agregación familiar han descubierto que los patrones de los trastornos de ansiedad no apoyan una asociación específica entre el TAS y trastorno de pánico. Un seguimiento de 7,4 años se llevó a cabo en jóvenes que había recibido tratamiento para un trastorno de ansiedad en la infancia. Los que fueron identificados inicialmente como TAS se compararon con los identificados inicialmente con otros trastornos de ansiedad (TAG y TASocial), y se examinó la frecuencia del trastorno de pánico. TAS fue predictivo de los trastornos de ansiedad, pero no predictivo específico del trastorno de pánico. Este patrón se mantuvo para los casos cuyo tratamiento se consideró eficaz y para los cuales el tratamiento fue menos eficaz (9). Aunque el trastorno de ansiedad por separación, tradicionalmente ha sido un diagnóstico asignado a los niños y adolescentes, el DSM-V ha eliminado los 18 años de restricción de la edad de inicio en el diagnóstico. En este sentido, es importante tener presente que en algunos estudios entre un 20%- 40% de los pacientes adultos con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad se han diagnosticado con trastorno de ansiedad de separación del adulto; y entre un tercio y la mitad de estos pacientes informó de inicios después de 18 años de edad. Los pacientes adultos con trastorno de ansiedad de separación

experimentan altos niveles de deterioro funcional y muestran una pobre respuesta a los tratamientos convencionales que se utilizan para los otros tipos de ansiedad (10).

Comentarios

Por su alta prevalencia y posibilidad de continuidad hacia la adultez con trastorno del mismo espectro o de otro tipo, los Trastornos Ansiosos deben ser de especial interés para los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. Colocando énfasis en su detección precoz y tratamiento oportuno. Existe evidencia y literatura consistente que apoya el uso de tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos que permiten su manejo efectivo y recuperación. Los cambios en las clasificaciones de estos trastornos contribuyen de manera consistente a la visión acerca del impacto en el desarrollo del individuo y la ocurrencia de los mismos en cualquier etapa del ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohr C, Schneider S. Anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013 Feb; 22 Suppl 1:S17-22.
2. Vicente B., De la Barra F. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Oct;53(10):1026-35.
3. Mohatt J, Bennett SM Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *Am J Psychiatry* 2014 Jul;171(7):741-8.
4. Beesdo-Baum K, Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2012 Jul;21(3):457-78.
5. Wehry A, Beesdo-Baum K. As-

- assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Jul; 17(7): 591.
6. Keeton CP, Crosby Budinger M. Social phobia and selective mutism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 Jul;21(3):621-41.
 7. Keeton CP, Kolos AC. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. *Paediatr Drugs.* 2009; 11(3): 171-83.
 8. Suveg C. , Aschenbrand SG. Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 14 (2005) 773–795.
 9. Battaglia M, Touchette É. Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Apr 22.
 10. Alonso J, Bromet E. Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry.* 2015 Jul; 172(7):647-56

Episodios Ictales: Descripción de un Caso Clínico.

Ictal events: a case report.

Dr. Tomás Mesa(1), Dra. Paola León(2)

Resumen: Caso clínico de una paciente de once años que debuta con episodios de pérdida de tono y luego hipersomnolencia. Consulta en reiteradas ocasiones con el diagnóstico de epilepsia, con estudios electroencefalográficos y resonancia magnética cerebral, normales. Tratada durante un año con ac. valproico. Posteriormente se indica realización de Polisomnograma y Test de latencias múltiples de Sueño, confirmándose diagnóstico de narcolepsia y un trastorno del ánimo. Se inicia tratamiento con psicoestimulantes y antidepresivos. Evoluciona, con una mejoría de su cataplejía, hipersomnolia y aspecto anímico.

Se analiza caso, como diagnóstico diferencial de niños con episodios de pérdida de tono muscular e hipersomnolencia diurna, con conservación de conciencia y además se discute el manejo y las comorbilidades asociadas.

Palabras claves: Episodios ictales, hipersomnolencia, narcolepsia, cataplejía, síncope.

Summary: Case report of an eleven year old patient who debuts with hypersomnolence and episodes of muscle tone loss. She repeatedly receives a diagnosis of epilepsy, with normal EEG studies and brain MRI. She received a 12 month course of valproic acid treatment. A polysomnogram and multiple sleep latency test were subsequently performed, confirming a diagnosis of narcolepsy and a mood disorder. She begins treatment with antidepressants and psychostimulants. At follow up, she shows an improvement of her cataplexy, hypersomnia and mood disorder.

We analyze this case to consider this pathology in the differential diagnosis of children with daytime hypersomnolence and episodes of muscle tone loss, with conserved awareness, as well as to discuss management and associated comorbidities.

Key words: Ictal hypersomnolence, narcolepsy, cataplexy, syncopal episodes.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenina, de once años de edad, consulta en reiteradas ocasiones durante el año 2013, por presentar episodios de caídas al suelo y sueño. Se diagnostica cuadro comicial con sueño post-ictal. Estudio electroencefalográfico, incluyendo monitoreo video EEG

y neuroimagen, los cuales son normales.

Con una anamnesis más precisa, se constata que la paciente evoluciona con una creciente hipersomnolia y que las caídas se asocian a pérdida de tono muscular, frente a estímulos de alegría o placer (ejemplo: cuando en el zooló-

1. Neurólogo Pediatra. Profesor Asociado. Pontificia Universidad Católica de Chile

2. Neuróloga Pediatra. Residente programa de Sueño. Pontificia Universidad Católica de Chile

Caso Clínico

gico, la jirafa le recibe un alimento), sin alteración de conciencia, ni otros movimientos asociados, de segundos de duración y que ocurren varias veces en el día. (Padres logran filmar el episodio del zoológico, por lo que se evidencia el evento).

Entre sus antecedentes personales destacan que es la primera hija de padres no consanguíneos sanos, embarazo de término, sin patología asociada ni consumo de drogas o medicamentos. Parto normal. Apgar al minuto 9 y a los tres minutos 9. Periodo neonatal normal. Lactancia materna durante los seis primeros meses. Desarrollo psicomotor adecuado. Inicia escolaridad a los tres años con excelente nivel de aprendizaje y sociable. Cursa estudios preescolares y básicos sin problemas, con muy buena integración a grupo de curso y calificaciones sobresalientes.

En Marzo del 2014, debido a persistencia y aumento de sintomatología es derivada a Neurólogo infanto-Juvenil para evaluación. La exploración física muestra una paciente con examen neurológico normal, estado de conciencia normal, con buen nivel cognitivo y de lenguaje. Además se agrega un rechazo persistente a ir a las consultas médicas, mostrándose muy molesta a los interrogatorios del especialista. Hay relato de sueño durante las horas escolares. Se indica estudio polisomnográfico al sospecharse narcolepsia que muestra sueño fraccionado, con aumento de microdespertares y de movimientos periódico de extremidades junto con aumento de eventos respiratorios en sueño REM. (Figura 1a y Figura 1b).

Se realiza además un Test de latencias múltiples de sueño, que también resulta anormal por presentar una latencia

de sueño REM acortada. (Fig 2a y Figura 2b).

Estudios metabólicos, ferremia, ferritina y hemograma con valores normales. Se indica iniciar tratamiento con psicoestimulantes junto con siestas a mitad de mañana en el colegio, para evitar que se duerma durante horario de clases. Al interrogar a la niña, refiere que ha notado que los episodios descritos se generan en relación a alegría, risa o tristeza, por lo que cuando presenta dichas emociones se acomoda al lado de la pared o de alguna compañera para evitar caerse al suelo, reiterando que en ningún momento pierde la conciencia. Por persistir los episodios de cataplexia, se agrega antidepressivo, con lo que mejoran las caídas.

La paciente continúa con un excelente nivel cognitivo, asiste a colegio de alto rendimiento académico y no tiene problemas en el área social, además hace deportes y talleres extra programáticos.

Evoluciona con regular control de caídas por lo que se debe ir ajustando dosis de medicamentos antidepressivos, hasta dosis máxima, así como programar hasta tres siestas de diez minutos durante jornada escolar, para aminorar la hipersomnolencia.

A fines del año 2015 y posterior a la menarquia presenta una baja notable del ánimo por lo que se indica evaluación por psiquiatría infantil.

En los últimos controles, recibiendo metilfenidato de acción prolongada y antidepressivos, ha evolucionado favorablemente. Se agrega hierro por MPE y control broncopulmonar por eventos respiratorios.

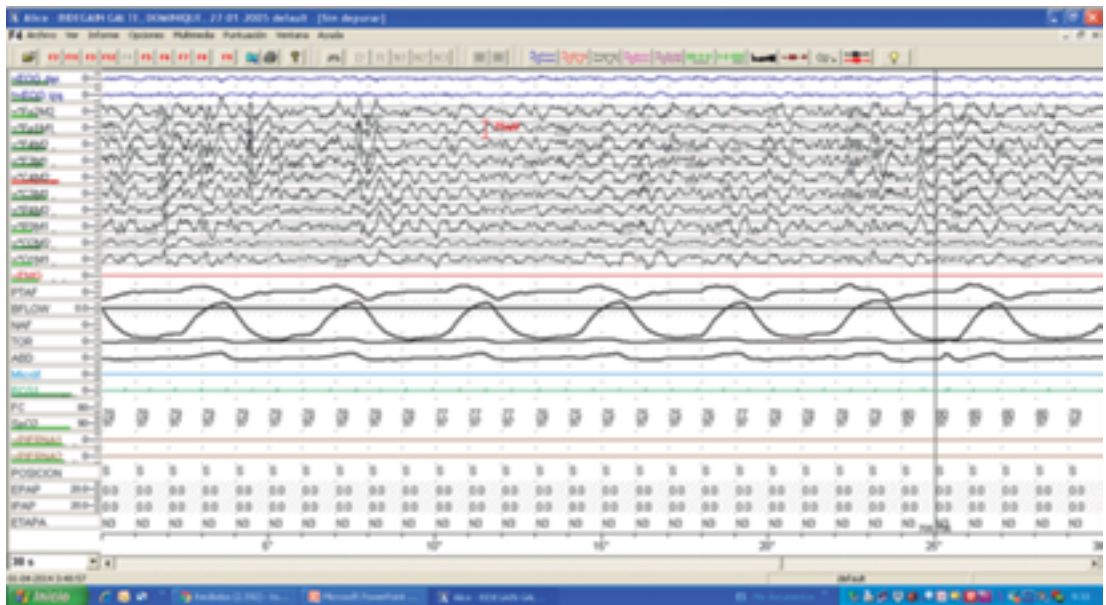


Figura 1a. Muestra del Polisomnograma.

POLISOMNOGRAMA NOCTURNO:

CONCLUSIÓN:

Estudio PSG digital extendido nocturno ANORMAL, por presentar:

1. Un índice levemente elevado de eventos respiratorios en sueño REM.
2. Índice aumentado de movimientos periódicos de extremidades (MPE).
3. Sueño fraccionado, con aumento de microdespertares.

Figura 1b. Resultado de Polisomnograma

Caso Clínico

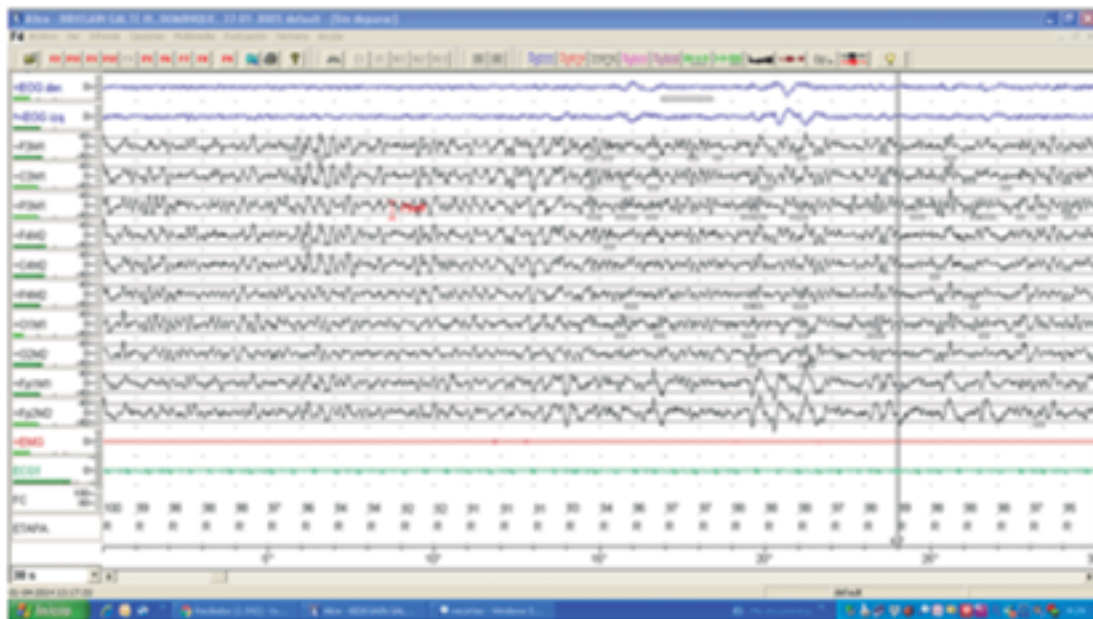


Figura 2a. Muestra Trazado de Test Latencia Múltiples de Sueño

TEST LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO

SIESTAS	LATENCIAS DE SUEÑO	ETAPAS DE SUEÑO
I	30 seg	I-II-III-REM
II	30 seg	I-II-III-REM
III	1 min	I-II-III-REM
IV	1 min	I-II-III-REM
V	1 min	I-II-III

Latencia promedio: 48 segundos

Figura 2b. Resultado del TLMS

CONCLUSIÓN

TLMS anormal, por presentar una latencia de sueño (48 segundos) y latencia de sueño REM acortada (3 minutos y 7 segundos). Además, etapa REM en 4 de las 5 siestas.

Revisión cuadro clínico:

La narcolepsia es una enfermedad relativamente rara, pero muy invalidante y el diagnóstico puede no ser fácil al comienzo dado que puede confundirse con otras entidades. La tasa de incidencia de la narcolepsia en niños entre 5-19 años de seis países europeos sería de 0,83 por cada 100.000 personas. La prevalencia de la narcolepsia en niños es desconocida, sin embargo, los síntomas comienzan mucho antes de que se haya realizado el diagnóstico. La tasa de incidencia de la narcolepsia en niños entre 5-19 años en países europeos sería de 0,83 por cada 100.000 personas (1)(4).

El cuadro se caracteriza por una tétada: a) Hipersomnolencia diurna, con "ataques de sueño" que pueden estar acompañados de b) Cataplejía (pérdida brusca del tono muscular y caída al suelo) frecuentemente desencadenada por risa o emociones fuertes, pero con

conservación total de conciencia. c) Además en ocasiones, parálisis de sueño y d) Alucinaciones visuales.

Los cuadros de narcolepsia, se dividen en: **Narcolepsia tipo 1** (con deficiencia de hipocretina); ambos de los siguientes criterios deben cumplirse:

Periodos diarios de necesidad imperiosa de dormir o lapsos durante el día de sueño, que se producen durante al menos 3 meses.

La presencia de uno o ambos de los siguientes:

- Cataplexia y una latencia media de sueño de hasta 8 minutos y dos o más SOREM (inicio sueño REM) en un MSLT realizado de acuerdo con técnicas estándar.
- Valor de hipocretina en LCR, medida por inmunoreactividad, menor ó igual a 110 pg/ml.

Narcolepsia tipo 2 (sin deficiencia de hipocretina), los cinco de los siguientes

Caso Clínico

criterios deben cumplirse:

- Periodos diarios de necesidad irrefrenable de dormir o lapsos durante el día de sueño que ocurre durante al menos por 3 meses.
- Latencia de sueño media de hasta 8 minutos y dos o más SOREM en un MSLT.
- La cataplejía está ausente.
- La concentración de hipocretina ó su concentración es mayor a 110 pg/ml.
- La hipersomnolencia y / o hallazgos MSLT no se explican por otras causas como la falta de sueño, la apnea obstructiva del sueño, trastorno del sueño en fase retardada, o el efecto de medicamentos.

La Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño reconoce un subtipo de narcolepsia tipo 2, como resultado de una condición médica.

Junto con la evaluación clínica, el diagnóstico puede establecerse con la polisomnografía y el test de latencia múltiple del sueño (MSLT). Estos por lo general muestran una Latencia de sueño acortada de menos de 8 minutos y más de dos REM.

La medición de Antígeno HLA -DQB1 *0602 puede también ser realizada, pero no aporta mucho, ya que su sensibilidad es mayor en los niños con narcolepsia y cataplexia, en los que las pruebas de diagnóstico adicionales por lo general no son necesarias.

El nivel de hipocretina-1 en LCR tiene valor diagnóstico limitado.

La etiología es multifactorial, existen datos que apoyan la hipótesis de un trastorno neurodegenerativo con un componente autoinmunitario que se

desencadena en los sujetos predispuestos (2). La vinculan a la vacuna monovalente contra la gripe pandémica H1N1 con una mayor incidencia de narcolepsia (4-8).

El tratamiento de la narcolepsia es multifactorial, incluyendo fármacos de tipo estimulantes, antidepresivos y en ocasiones oxibato sódico. Se debe indicar apoyo de diferentes especialistas y también pequeñas siestas durante la jornada escolar junto con psicoterapia.

Este cuadro es infra diagnosticado y pueden pasar varios años antes de precisar el diagnóstico.

Como diagnósticos diferenciales es necesario tener en cuenta: caídas precedidas por situaciones emotivas, traumatismos craneoencefálicos, síndromes epilépticos, síncope cardiogénicos o neurológicamente mediados, trastornos psiquiátricos (conversivos, depresión grave, psicosis) o ingesta de tóxicos.

El diagnóstico de la narcolepsia con cataplexia es clínico pero la polisomnografía nocturna (PSG) seguida de un test de latencias múltiples de sueño (TLMS) permiten confirmar el diagnóstico.

Hay que tener un alto grado de sospecha cuando tenemos un paciente con episodios de hipersomnolencia y cataplexia. (3,7)

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of sleep Disorders. 2nd ed. Diagnostic and coding manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

2. Narcolepsia con y sin cataplejia: una enfermedad rara, limitante e infradiagnosticada M. Merino-Andreu A, Martínez-Bermejo A. *Pediatr (Barc)*. 2009;71(6):524-534.
3. Morgenthaler TI, Kapur VK, Brown T, Swick TJ, Alessi C, Aurora RN, et al. Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*. 2007;30:1705-11.
4. Jinqun Zhou⁺, Xi Zhang, Zaiwen Dong. Case report of narcolepsy in a six-year-old child initially misdiagnosed as atypical epilepsy. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2014; 26(4): 232-235.
5. Riffo C., Ortíz V., Rosso K., Mesa T. Reporte de 3 casos de Narcolepsia tipo 1 subdiagnosticada, con diagnóstico erróneo inicial de epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia* 2016;16(2):16-19
6. Chokroverty S, Avidan AY. Sleep and its disorders. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 102.
7. Krahn LE, Hershner S, Loeding LD, et al; American Academy of Sleep Medicine. Quality measures for the care of patients with narcolepsy. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(3):335. PMID: 25700880 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25700880.
8. Mignot E. Narcolepsy: genetics, immunology, and pathophysiology. In: Kryger M, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 89.

SITIOS DE INTERÉS A TRAVÉS DE
PÁGINA WEB

Sociedades

Sociedad de Psiquiatría y Neurología
de la Infancia y Adolescencia
www.sopnia.com

Sociedad Chilena de Pediatría
www.sochipe.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
[www.sociedadchilenadepsicologiacli-
nica.cl](http://www.sociedadchilenadepsicologiacli-
nica.cl)

Sociedad Chilena de Psiquiatría, Neu-
rología y Neurocirugía
www.sonepsyn.cl

Sociedad Chilena de Salud Mental
www.schilesaludmental.cl

Escuela de Postgrado de la Facultad de
Medicina de la Universidad de Chile
www.postgradomedicina.uchile.cl

Sociedad Chilena de Trastornos Bipo-
lares
www.sochitab.cl

Academia Americana de Psiquiatría
del Niño y del Adolescente
www.aacap.org

Academia Americana de Neurología
(sección Pediátrica)
[http://www.aan.com/go/about/sec-
tions/child](http://www.aan.com/go/about/sec-
tions/child)

Sociedad Europea de Psiquiatría del
Niño y del Adolescente
www.escap-net.org

Sociedad Europea de Neurología Pe-
diátrica
www.epns.info

Revistas

Revista Chilena de Psiquiatría y Neu-
rología de la Infancia y la Adolescencia:
www.sopnia.com/boletin.php

Revista Chilena de Neuropsiquiatría:
www.sonepsyn.cl/index.php?id=365
[www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-
9227-&script=sci_serial](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-
9227-&script=sci_serial)

Revista Pediatría Electrónica:
www.revistapediatria.cl

Child and Adolescent Psychiatry (in-
glés): www.jaacap.com

Child and Adolescent Clinics of North
America (inglés): [www.childpsych.the-
clinics.com](http://www.childpsych.the-
clinics.com)

European Child & Adolescent Psychia-
try (inglés): [www.springerlink.com/
content/101490/](http://www.springerlink.com/
content/101490/)

Development and Psychopathology
(inglés):
[http://journals.cambridge.org/action/
displayJournal?jid=DPP](http://journals.cambridge.org/action/
displayJournal?jid=DPP)

Seminars in Pediatric Neurology (in-
glés):
[http://www.sciencedirect.com/science/
journal/10719091](http://www.sciencedirect.com/science/
journal/10719091)

Pediatric Neurology (inglés):
www.elsevier.com/locate/pedneu

Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com

Revista Europea de Epilepsia (inglés):
www.seizure-journal.com

Sitios recomendados en Psiquiatría

Parámetros prácticos www.aacap.org/
page.wv?section=Practice+Parameter
s&name=Practice+Parameters

Conflictos de interés (inglés):
www.aacap.org/cs/root/physicians_
and_allied_professionals/guidelines_
on_conflict_of_interest_for_child_
and_adolescent_psy-chiatrists

Autismo (inglés):
www.autismresearchcentre.com

Suicidalidad (inglés): www.afsp.org

Déficit atencional:
www.tdahlatinoamerica.org
(inglés) www.chadd.org

Sitios recomendados en Neurología

Neurología Infantil Hospital Roberto
del Río: www.neuropedhrrio.org

**Otros sitios recomendados para re-
sidentes**

Temas y clases de neurología:
http://sites.google.com/a/neuropedh-
rrio.org/docencia-pregrado-medicina/

Artículos seleccionados del BMJ:www.
bmj.com/cgi/collection/child_and_
adolescent_psy-chiatry

Sitios recomendados para pacientes

Recursos generales (inglés):www.aa-
cap.org/cs/root/facts_for_families/
informacion_para_la_familia www.aa-
cap.org/cs/resource.centers

Trastorno afectivo bipolar (inglés):
http://www.bpkids.org/learn/resources

Epilepsia
Liga Chilena contra la Epilepsia.
www.ligaepilepsia.cl

Salud Mental

Programa Habilidades para la Vida:
http://www.junaeb.cl/pron-
tus_junaeb/site/artic/20100112/
pags/20100112114344.html

Chile Crece Contigo: www.crececonti-
go.cl

CONACE: www.conace.cl

Octavo estudio nacional de consumo
de drogas en población general de Chi-
le 2008:
http://www.conace.cl/portal/index.
php?option=com_content&view=ar-
ticle&id=384:descarga-el-octavo-es-
tudio-nacional-de-consumo-de-dro-
gas-en-poblacion-general-de-chile-
2008&catid=74:noticias&Itemid=559

OMS

Atlas de recursos en Salud Mental del
Niño y del Adolescente: http://www.
who.int/mental_health/resources/
Child_ado_atlas.pdf

REUNIONES Y CONGRESOS

- 31st International Congress of Clinical Neurophysiology (ICCN) of the International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN). Washington, DC.USA. 1-6 de Mayo, 2018. [Http://iccn2018.acns.org](http://iccn2018.acns.org)
- Reunión Anual INSAR 2018 (anteriormente IMFAR) 9 - 12 de mayo, Doelen ICC Rotterdam, Rotterdam, Países Bajos.
- 30 Reunión Anual de la European Academy of Childhood Disability (EACD). 28-31 Mayo 2018. Tbilisi. Georgia. Web: www.ilae.org/congresses/30th-annual-meeting-of-the-european-academy-of-childhood-disability-eacd
- 12th Congreso Asiático-Oceánico de Epilepsia. 21-24 Junio 2018. Bali. Indonesia. www.epilepsybali2018.org
- 23° Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesionales Afines. IACAPAP 2018 Praga, República Checa del 23 al 27 de julio de 2018
- 18° Congreso Internacional de ESCAP 2019 Viena 30 de junio - 2 de julio de 2019 Hofburg, Viena
- 13th European Congress on Epileptology. Viena. Austria. 26-30 de Agosto 2018. www.epilepsyvienna2018.org
- X Congreso Latino-Americano de Epilepsia. San José. Costa Rica. 22 al 25 de Septiembre 2018 www.epilepsycongress.org
- 6th Global Symposium on Ketogenic Therapies for Neurological Disorders: Embracing Diversity, Global Implementation and Individualized Care. 5-8 Octubre 2018. International Convention Center Jeju, Jeju. Corea. www.ketoconnect.org
- 65ª Reunión anual Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. 22-27 de octubre del 2018, Centro de convenciones del estado de Washington y Sheraton Seattle, Seattle, WA, Estados Unidos.
- XXXVI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA). Santa Cruz. 15-17 Noviembre, 2018. Chile. <http://www.sopnia.com>
- ICNA (Internacional Child Neurology Asociación. Congreso Mundial, noviembre-15 18th, En 2018 Mumbai, India. Tema del congreso se centrará en “La protección del cerebro en desarrollo y la prevención de la discapacidad
- American Epilepsy Annual Meeting.. USA. 1-5 de Diciembre 2018. www.aesnet.org/annual_meeting
- 33 Congreso Internacional de Epilepsia. 22-26 de Junio, 2019. Bangkok. Tailandia. www.epilepsybangkok2019.org

(Actualizado en Octubre de 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revista Biomédicas”, establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, actualizado en noviembre de 2003 en el sitio web [www: icmje.org](http://www.icmje.org).

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados.

Se enviará el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Tomás Mesa Latorre, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, al e-mail: sopnia@tie.cl. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico.

El trabajo se enviará a doble espacio, con letra arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

El envío del trabajo se considerará evidencia de que ni el artículo ni sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citadas, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los trabajos originales serán sometidos

a revisión por pares. Los trabajos rechazados no serán devueltos al autor.

ESTILO

Los trabajos deben escribirse en castellano correcto, sin usar modismos locales o términos en otros idiomas, a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo o al pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos.

El texto se redactará siguiendo la estructura usual sugerida para artículos científicos, denominada “MIRAD” (introducción, método, resultados y discusión). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones, editoriales y contribuciones podrán utilizarse otros formatos.

1. Página de título

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y lugar de trabajo.

Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quién se dirigirá la correspondencia.

Instrucciones a los Autores

2. Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

3. Palabras Claves

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras.

Contarán con la siguiente estructura:

a. Introducción

Se aportará el contexto del estudio, se plantearán y fundamentarán las preguntas que motiven el estudio, los objetivos y las hipótesis propuestas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

b. Método

Se incluirá exclusivamente información disponible al momento en que el estudio o protocolo fue escrito. Toda información obtenida durante el estudio pertenece a la sección Resultados.

Selección y Descripción de Participantes

Se describirá claramente los criterios de selección de pacientes, controles o animales experimentales incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y

una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y por qué el estudio fue formulado de un modo particular.

Información técnica

Se identificará métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se entregará referencias y/o breves descripciones cuando se trate de métodos bien establecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se identificará con precisión todas las drogas o químicos utilizados, incluyendo nombre genérico, dosis y vía de administración.

c. Estadísticas

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación de los resultados reportados.

Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

d. Resultados

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, es-

pecificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: “al azar”, “normal”, “significativo”, “correlación” y “muestra”.

e. Discusión

Siguiendo la secuencia de los resultados se discutirán en función del conocimiento vigente se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan relacionándolos con los objetivos iniciales. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicaciones de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

f. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por número pequeño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts

como referencias. Cuando se haga referencia a artículos no publicados, deberán designarse como “en prensa”, “en revisión” o “en preparación” y deberán tener autorización para ser citados. Se evitará citar “comunicaciones personales” a menos que se trate de información esencial no disponible en forma pública.

Estilo y formato de referencias

Las referencias se numerarán consecutivamente, según su orden de aparición en el texto. Las referencias se identificarán con números árabes entre paréntesis. Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al estilo usado en el Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov>)

Artículo de revista científica

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., título del artículo en su idioma original, el nombre de la revista. Usando las abreviaturas del index medicus abbreviations, separados por comas, el año separado por coma, volumen poner dos puntos: y las páginas comprendidas separadas por guión. Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S. Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.1998,36:28-34.

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en una clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(2):25-32.

Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, mención los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los

Instrucciones a los Autores

editores, el país, el año de publicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del síndrome de Déficit Atencional (SDA). Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Editorial Universitaria; Santiago, Chile, 1998:96-106.

Para otro tipo de publicaciones, atégase a los ejemplos dados en los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas”.

g. Tablas

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto. Las tablas se presentarán en formato word a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisoras internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Se identificará medidas estadísticas de variación (desviaciones estándar o errores estándar de medida).

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127 x 173 mm. Las

figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir, contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres, y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto. Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

i. Abreviaciones y Símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicitará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

5. Revisión de Temas

Extensión del tema y elementos de apoyo: hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 tablas o figuras.

Revisión bibliográfica actualizada de temas de interés, según las instrucciones ya descritas.

6. Casos Clínicos

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 tablas o figuras.

De interés práctico, con una revisión del tema y comentarios al respecto, en lo demás esquema semejante al anterior.

7. Contribuciones

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras.

Pueden incluir experiencias de trabajo, temas en relación a nuestras especialidades como aspectos éticos, gestión asistencial, salud pública, aspectos legales, epidemiológicos y sociológicos u otros que se consideren de interés.

8. Cartas al Director

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 1.500 palabras incluyendo hasta 6 referencias y una tabla o figura. Espacio abierto, en que los socios pueden plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. Deben anexarse los archivos de las figuras en JPEG (300 DPI). Cada figura debe tener su pie correspondiente.

10. Publicaciones duplicadas

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas. Las publicaciones

duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

- Aprobación de los editores de ambas revistas.
- En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
- La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
- Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera referencia Ej.: Este artículo está basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).

11. En relación al cumplimiento de la Ley de deberes y derechos de los pacientes, vigente a contar de octubre de 2012: toda investigación Clínica prospectiva intervencional y casos clínicos, debe realizarse con CONSENTIMIENTO INFORMADO, requisito que deberá quedar expresado en el método.

ILUSTRACIÓN DE LA PORTADA

Autora: Francisca Bustamante, Diseñadora e Ilustradora UC.

Título de la Obra: Diseño hecho para el programa Educación Médica Continua de SOPNIA.

Técnica: Mixta.