



ISSN-0718-3798

**REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Publicación Oficial de la
**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Volumen 19, N°2, Diciembre 2008



SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PERIODO 2008 - 2009

DRA. MARCELA LARRAGUIBEL QUIROZ
Presidenta

DRA. MARITZA CARVAJAL GAME
Vice-Presidenta

DRA. PATRICIA URRUTIA GONZALEZ
Secretaria General

DRA. MARTA HERNANDEZ CHAVEZ
Tesorera

Directores

DRA. CAROLA ALVAREZ QUIÑONEZ
DR. JUAN FRANCISCO CABELLO ANDRADE
DRA. CECILIA RUIZ COGGIOLA
DRA. VIVIANA VENEGAS SILVA

DRA. ISABEL LOPEZ SAFFIE
Past-President

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo
Presidenta
Dra. Claudia Herrera

Grupo de Estudios Psicopatológicos
Coordinador
Dr. Juan Enrique Sepúlveda

Grupo de Estudios Trastornos del Sueño en Pediatría
Dra. Francesca Solari
Dr. Tomás Mesa
Dr. Pedro Menéndez

Grupo de Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de La Infancia y Adolescencia
Presidenta
Dra. Claudia Castiglioni

Grupo de Adicciones y Adolescencia
Presidente
Dr. Alejandro Maturana

REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DRA. FREYA FERNANDEZ K.
Editora Revista
Práctica Privada

DR. RICARDO GARCIA S.
Editor Asociado Psiquiatría
Universidad de Chile

DRA. ISABEL LOPEZ S.
Editora Asociada Neurología
Clínica Las Condes

DRA. M. ANGELES AVARIA B.
Asesora Resúmenes en Inglés
Hospital Roberto del Río

DRA. VIVIANA HERSCOVIC
Asesora Resúmenes en Inglés
Clínica Psiquiátrica Universitaria

Comité Editorial	Dr. Carlos Almonte V. Dra. Claudia Amarales O. Dr. Cristian Amézquita G. Dra. María Eliana Birke L. Dra. Verónica Burón K. Dr. Manuel Campos P. Dra. Marta Colombo C. Dra. Perla David G. Dra. Flora De La Barra M. Flgo. Marcelo Díaz M. Dra. Alicia Espinoza A. Dra. Marcela Larraguibel Q. Dr. Pedro Menéndez G. Dr. Tomás Mesa L. Dr. Hernán Montenegro A. Dr. Fernando Novoa S. Dr. Fernando Pinto L. Dra. Begoña Sagasti A. Ps. Gabriela Sepúlveda R. Dra. Ledía Troncoso A. Dr. Mario Valdivia P. Dr. Julio Volenski B.	Universidad de Chile - Santiago Hosp. Regional Punta Arenas Práctica Privada - Concepción Hospital Militar de Antofagasta Hospital Luis Calvo Mackenna - Santiago Universidad Católica de Chile - Santiago Hospital Carlos Van Buren - Valparaíso Clínica Dávila - Santiago Universidad de Chile - Santiago Hospital Sótero del Río - Santiago Hospital Félix Bulnes - Santiago Clínica Psiquiátrica Universitaria - Santiago Hospital San Juan de Dios - Santiago Universidad Católica de Chile - Santiago Universidad de Santiago USACH - Santiago Hospital Carlos Van Buren - Valparaíso Hospital Coyhaique Instituto Neuropsiquiatría IPSI Viña del Mar PhD. Universidad de Chile - Santiago Hosp. Clínico San Borja Arriarán - Santiago Hospital Regional de Concepción Hospital de Iquique
-------------------------	---	---

Comité Editorial Internacional

Neurología	Dr. Jaime Campos Dra. Patricia Campos Dra. Lilian Czornyj Dr. Philip Evrard Dr. Agustin Leguido Dr. Jorge Malagón Dr. Joaquín Peña	Hosp. Clínico de San Carlos Madrid España Universidad Cayetano Heredia - Perú Hospital de Niños Garrahan, Argentina Clinique Saint-Joseph - Francia Universidad de Philadelphia, Estados Unidos Academia Mexicana de Neurología, México Hosp. Clínico La Trinidad - Venezuela
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 - Estados Unidos Hospital Niño Jesús - España Universidad Nacional Autónoma de México Universidad de Columbia - Estados Unidos

INFORMACIÓN GENERAL

Origen y Gestión:

La Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, es el órgano oficial de expresión científica de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) 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 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, señalados al final de cada número.

Resúmenes e Indexación:

La revista está indexada con Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. <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 / F. 635.2053

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dra. Freya Fernández Kaempffer, Editora Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2° piso interior, Fonos: 632.9719 / 632.0884 Fax: 632.0884. e.mail sopnia@terra.cl Sitio. Web : www.sopnia.com Santiago. Chile.

REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DICIEMBRE 2008

CONTENIDOS

EDITORIAL

Dr. Juan Francisco Cabello 6

TRABAJOS ORIGINALES

La observación de la autorregulación de la atención visual y de la variabilidad mímica como método para la determinación de la dosis de metilfenidato en niños con TDAH.

Hans J. Kühle, Fritz Jansen, Paula-Ludwig 9

Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de comorbilidad

Armando Nader, Ana María Morales 21

Factores de riesgo asociados al diagnóstico de esquizofrenia en pacientes menores de 18 años, Hospital Hernán Álvarez Henríquez Aravena - Temuco

Carolina Berríos, Lilian Brand 30

Tratamiento de adolescentes en unidad de corta estadía de farmacodependencia

Marcela Matamala, Alejandro Maturana, Pablo Olgún 41

CONTRIBUCIONES

Un matrimonio que impulsó la Neurología en Chile

Annita Gaete 50

Índice bibliográfico trabajos publicados Revista SOPNIA Junio 1993 – Octubre 2008

Carolina Martínez 53

REVISION DE LIBROS

Problemas de Familia. Dr. Hernán Montenegro

Hernán Álvarez 69

CARTAS AL DIRECTOR

70

REUNIONES Y CONGRESOS

70

GRUPOS DE ESTUDIOS

71

NOTICIAS

71

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

73

Editorial

Juan Francisco Cabello A.¹

Estimados Socios:

Acabamos de asistir a la XXVI edición de nuestro Congreso Anual y como cada año, cada uno de nosotros realiza una evaluación de los aspectos destacados.

Me permito felicitar en primer término al Comité Organizador, que encabezado por la Presidenta, la Dra. Patricia González Mons, logró llevar adelante una empresa titánica en beneficio de todos los Socios de SOPNIA. Más que lo bueno que pudo ser el programa científico, destacar su entrega desinteresada que constituye un ejemplo para todos quienes nos disponemos a empezar el trabajo de este año.

Hace un par de meses se me encargó ser Presidente del Congreso 2009. Desde entonces, la primera pregunta que me he planteado es cual es el objetivo de organizar un Congreso Nacional. Si bien la Educación Médica Continua y la promoción de la Investigación Científica en todas sus formas y a lo largo de todo nuestro territorio han sido los objetivos más tradicionalmente perseguidos, otros tales como la relación con la comunidad en la cual desarrollamos nuestro trabajo como Psiquiatras y Neurólogos, o nuestra participación en el desarrollo de Políticas Públicas de Salud están siendo crecientemente tomados en cuenta. Los cursos precongreso orientados a médicos generales, pediatras o a profesionales que se relacionan con nuestro quehacer diario, tales como profesores o psicólogos, son un buen ejemplo de cómo buscar que nuestra Sociedad logre un impacto real en la comunidad.

La representatividad de una Sociedad Científica y en particular de quienes la dirigen, de

fine en si misma la necesidad (o no) de que estas Sociedades existan. La militancia en grupos de índole no sólo científica es hoy un concepto muy menospreciado, en particular por los médicos más jóvenes. Este hecho se transforma en una barrera para integrar gente nueva que nos permita avanzar como un grupo numeroso y organizado, privilegiando aspectos individualistas de cada persona o pequeños grupos en diversas instituciones. La creación de los Socios Junior y la existencia de instancias en que los becados de Psiquiatría y Neurología participan protagónicamente en nuestro Congreso Nacional han demostrado ser estrategias efectivas en el proceso de reactivar la participación de nuestros socios más jóvenes.

Un aspecto nunca olvidado pero poco discutido es el aspecto social de nuestras reuniones anuales. Para muchos es la oportunidad de encontrarse con antiguos alumnos, profesores o solamente amigos. Quienes estamos a cargo de la organización debemos por tanto cuidar de que se encuentren las instancias necesarias para facilitar y promover una interacción entre los socios, que sin sobreponerse con los objetivos científicos, pueda transformarse en un elemento prioritario.

Tener conciencia de donde estamos, es decir, mirar hacia los médicos que trabajan en regiones, y al mismo tiempo no olvidar que estamos insertos en un vecindario de países con características especiales, pensamos que definen también en parte a nuestro Congreso. La participación activa, no meramente como espectadores de Psiquiatras y Neurólogos que atienden a dos tercios de la población de Chile, así como el interés por aprender de quienes realizan un trabajo como el nuestro en otros países latinoamericanos, esperamos

¹ Neurólogo Infantil, Presidente Congreso SOPNIA 2009

sean aspectos destacados con especial énfasis en este próximo Congreso.

Nuestra intención como equipo de trabajo, junto a la Dra. María de los Angeles Avaria y la Dra. Cecilia Ruiz, Presidentas de los Comités Científicos de Neurología y Psiquiatría respectivamente, es ser lo suficientemente perceptivos para recoger las inquietudes de los socios

y de poder proponer un Programa que permita cumplir los objetivos que cada uno se ha planteado luego de realizar su personal ejercicio de evaluación post congreso 2008.

Viña del Mar nos espera del 7 al 10 de Octubre del año 2009. El desafío es seguir mejorando y pensar que no basta con repetir lo bueno que hasta ahora hemos hecho.

La observación de la autoregulación de la atención visual y de la variabilidad mímica como método para la determinación de la dosis de metilfenidato en niños con TDAH

Hans J. Kühle¹, Fritz Jansen²

RESUMEN

Los niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) según estudios previos, muestran significativamente más interrupciones del foco visual e invariabilidad de la expresión facial de emociones. En un grupo clínico de 25 niños con TDAH de una edad promedio de 10 años y cuatro meses, examinamos en qué forma este estado de desregulación fue modificado a través de administración de metilfenidato (MF), aumentando las dosis en pequeñas etapas de 2,5 mg por dosis. Grabaciones de un juego de naipes con la madre con dosis diferentes fueron revisadas por cuatro observadores, quienes no conocían ni a los pacientes ni las dosis. Se cuantificaron las interrupciones del foco visual y se determinó la variabilidad de la sonrisa en una escala de 5 puntos. Se observó una relación en forma de U entre dosis de MF y atención visual. La variabilidad mímica y los resultados correctos de ejercicios matemáticos que además debían ejecutar, mostraron una función U inversa. La mejor regulación coincidió con el mejor rendimiento. Los niños tratados con dosis de MF determinadas por este método mostraron resultados clínicos buenos y un mejoramiento altamente significativo de los síntomas del TDAH según DSM-IV en escalas de evaluación de los padres. El método puede ser aplicado en la consulta del pediatra, psi-

quiata o neurólogo.

Palabras claves: TDAH, autorregulación, expresión facial de emociones, metilfenidato, dosis única

ABSTRACT

According to previous reports, the children with Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) show significantly more interruptions of the visual focus and invariability of emotional facial expression. In a clinical group of 25 children with ADHD with an average age of 10 years and four months, we examine in which way this state of deregulation was modified through the administration of methylphenidate (MF), increasing the doses in short steps of 2,5 mg per dose. Recordings of a card game with their mother with different doses were checked by four observers, who were blind to dose status and hadn't previously met the patients. We quantified the visual focus interruptions and the smile variability with a five-point scale. We observed a U-shaped relationship between the MF dose and visual attention. The facial expression variability and the correct execution of mathematical exercises, showed an inverse U-shaped function. The best regulation was related with a better achievement. The children treated with doses of MF, determined by this method showed good clinical results and improvement of the ADHD symptoms in the scales of evaluation of the parents. This method can be used in the neurologist's, psychiatrist's or pediatrician's office.

Key Words: ADHD, autoregulation, facial expression of emotions, methylphenidate, only doses.

1 Neuropediatra, M.D.

2 Psicólogo, PhD. Instructor Terapia de Conducta. Paula-Ludwig-Weg 6, 80993 München, www.dr-jansen. Partes de los resultados fueron publicados en J Atten Disord. 2007,10(4):350-8. El trabajo fue realizado por una red de cooperación de pediatras, psicólogos y psiquiatras residentes para la investigación sobre el TDAH en la medicina ambulatoria (QualiNet Nord ADHS).

Trabajo recibido 2 Agosto 2007. Enviado para revisión 21 Agosto 2007. Enviado a segunda revisión 23 Noviembre 2007. Aceptado para publicación 20 Julio 2008.

INTRODUCCION

El trastorno por déficit atencional con/sin hiperactividad (TDAH) no se caracteriza sólo por patrones conductuales, como está descrito en los criterios para desatención, hiperactividad e impulsividad en el DSM-IV. Bajo terapia con metilfenidato (MF) en niños con TDAH se puede observar mejoramientos significativos tanto en los correlatos neurofisiológicos del procesamiento de información (1-4), así como también en las tareas en las cuales se mide la velocidad de las reacciones (5,6). Los niños con TDAH en relación a niños no afectados muestran también diferencias significativas en cuanto a patrones de conducta involuntaria (7,8). Los déficits y sus mejoramientos con MF no están limitados a funciones perceptivas o ejecutivas (9). Los procesos de autoregulación de emociones y motivación también están afectados en TDAH y existe evidencia para el mejoramiento de estas funciones con una terapia con MF (10).

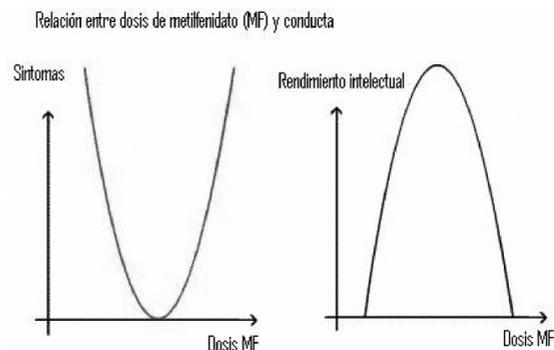
Fritz Jansen (11) observó en niños afectados por el TDAH movimientos de los ojos fuera del punto de fijación en situaciones de comunicación y mientras se llevaban a cabo tareas intelectuales, así como también alteraciones en la expresión facial de emociones. En un estudio anterior (12), utilizando la observación de la conducta con ayuda de video, determinamos 22 ítemes de atención visual, expresión facial y conducta motora típicos en niños con TDAH dentro de un marco de tiempo de milisegundos a segundos. Con el fin de estudiar su relación con el TDAH, comparamos la frecuencia de estos ítemes en niños con TDAH con aquéllos niños de un grupo control de la misma edad y sexo no seleccionado por TDAH sino que padecían sólo de un resfrío común. Se tomaron videos de éstos jugando cartas y solucionando tareas aritméticas en forma oral con sus madres por dos minutos. Las secuencias fueron mezcladas al azar y enviadas a dos evaluadores quienes no conocían a los pacientes. Hubo una alta correlación ($r > .75$) entre los evaluadores y casi todos los ítemes fueron altamente significativos en niños afectados por TDAH que en el grupo control.

Las principales características por las cua-

les se distinguen los niños con TDAH de los no afectados fueron la interrupción del foco visual, una sonrisa abrupta, brusca y sobredimensionada, con una duración mayor que la situación social por la cual fue evocada y una calidad alterada de la motricidad voluntaria: los movimientos eran bruscos, demasiado rápidos y con demasiado esfuerzo, sobrepasando el objetivo y, por lo tanto, necesitando muchas correcciones. Aunque se pudo observar en todos los pacientes la interrupción del foco visual y las alteraciones mímicas, hubo muchas características del movimiento típicas del TDAH y cada paciente mostró características particulares.

En nuestras experiencias clínicas, observamos que las interrupciones del foco visual y las alteraciones en la mímica se redujeron bajo terapia con MF. Parece existir una “dosis óptima” con la cual estas características casi desaparecerían. Con dosis más bajas o más altas de MF, aumenta la frecuencia de estas alteraciones. Figura 1 muestra nuestra hipótesis sobre la relación entre la dosis de MF y la autoregulación:

Figura 1: Hipótesis sobre la relación entre la dosis de metilfenidato y la autoregulación.



En este estudio, tratamos de probar nuestras observaciones clínicas en un diseño ciego para probar las siguientes hipótesis: el foco visual y la expresión mímica como características de auto-regulación muestran una relación curvilínea a aumentos de dosis de MF. Pequeños aumentos o disminuciones de dosis de 2,5mg MF causan cambios significativos en la conducta de niños con TDAH. Al definir la dosis al punto de flexión de la función U como la mejor

dosis individual y utilizando esta dosis para la terapia, el rendimiento intelectual también es bueno y coincide con un mejoramiento significativo de las observaciones por los padres y un buen desarrollo clínico.

METODO

Se filmaron 25 niños de un grupo clínico de muestra conveniente jugando cartas con sus madres y solucionando tareas orales aritméticas apropiadas para su nivel escolar sin medicación y 75 minutos después de ingerir un preparado de efecto inmediato de MF. Las dosis fueron aumentadas en etapas de 2,5 mg para cada grabación hasta llegar a reconocer señales de una sobredosis. Se hicieron copias de cortes de dos minutos de la situación de juego de cartas y estas copias fueron seleccionadas en una secuencia al azar y enviadas a cuatro evaluadores diferentes, quienes no conocían ni a los niños ni las dosis del medicamento. Estos evaluadores contabilizaron el número de pérdidas del foco visual y evaluaron la variabilidad de la sonrisa de los pacientes en una escala de cinco puntos. Para revelar las tendencias principales y variables de interferencia se utilizó ANCOVA; las diferencias pareadas fueron probadas en cuanto a significancia a través del t de Student. Se analizaron los datos de resultados en los ejercicios aritméticos, resultados clínicos y evaluaciones de los padres antes y después de más de cinco meses de terapia con la dosis de MF determinada.

MUESTRA

25 pacientes de nuestra clínica, 19 niños y 6 niñas, con una edad promedio de 10 años y cuatro meses, quienes vinieron a la clínica en busca de ayuda debido a problemas de aprendizaje y de conducta en el colegio y en la casa. Todos los padres, así como también los pacientes mayores de 12 años, dieron su consentimiento para este estudio.

DIAGNÓSTICOS

Los niños fueron diagnosticados con TDAH por su historia clínica y por la observación de la conducta. Ambos criterios fueron evalua-

dos especialmente para descartar trastornos psiquiátricos y neurológicos severos. Las evaluaciones de los padres fueron obtenidas en el momento del diagnóstico y por lo menos cinco meses después bajo el tratamiento con la dosis individual determinada por el proceso mencionado. La evaluación de los padres contuvo afirmaciones sobre los 18 síntomas del DSM-IV para inatención, impulsividad e hiperactividad en una traducción alemana del cuestionario de TDAH de Dupaul, Power & Anastopoulos (1998, (13)). Los tests neuropsicológicos fueron llevados a cabo en una segunda cita utilizando en su mayoría Catell's Culture Fair Test (CFT), el cual contiene procedimientos lógicos adecuados a la edad pero no contiene una sección verbal.

Selección de pacientes para la muestra. Revisamos los archivos de nuestros pacientes seleccionando todos aquellos que hubieron completado preferentemente seis, pero por lo menos cinco grabaciones con diferentes dosis de MF de diciembre de 2003 a diciembre de 2004 hasta tener el número de 25 pacientes. En la mayoría de los casos en nuestra clínica tenemos que hacer sólo cuatro a cinco grabaciones hasta obtener la dosis individual óptima y observar discretas señales de sobredosis. Es por esto que nuestro criterio de selección fue el número de grabaciones completadas.

Definición de la dosis "óptima"

Los niños fueron filmados con dosis crecientes de MF. Hubo un mejoramiento en el foco visual y en la variabilidad de la sonrisa, que se empeoró con dosis más altas. El punto de flexión de esta relación curvilínea fue definido como la dosis individual óptima. Entre los individuos pudimos observar un rango entre 5 y 20 mg de MF con un promedio de 12,5mg (vea figura 5). Incluimos en una cinta para los evaluadores grabaciones de la "dosis individual óptima" y con 2,5 y 5mg de MF bajo y sobre esta dosis y una grabación sin medicamento en una secuencia al azar.

Medidas dependientes y criterios de evaluación

Nuestros evaluadores tuvieron que contar

todas las interrupciones en el foco y la evaluación de la variabilidad de la sonrisa en una escala de cinco puntos oscilando de (uno): una sonrisa sobredimensionada y tensa con comienzo y final abrupto, a (cinco): una sonrisa fina y variable con comienzo y final suave. Con el fin de evaluar el rendimiento intelectual, contamos el número de soluciones correctas obtenidas en los ejercicios aritméticos bajo todas las condiciones de dosis.

Entrenamiento de los evaluadores

Los evaluadores eran miembros de una red cooperativa de profesionales que trabajan con niños con TDAH. El evaluador Nr.1 (femenino, educadora) y evaluador Nr.2 (masculino, pediatra) habían completado un fin de semana de entrenamiento en reconocimiento de las 22 señales involuntarias de TDAH mencionadas, un año antes de que empezara el estudio. El evaluador Nr.1 trabaja a diario en la observación de niños con TDAH por medio de video; el evaluador Nr.2 ha usado la observación por medio de video no frecuentemente. El evaluador Nr.3 (masculino, psiquiatra) y el Nr.4 (femenino, psicólogo), ambos participaron en un fin de semana de entrenamiento en el reconocimiento de la variabilidad de las emociones de la expresión facial y de la sonrisa, justo antes que comenzaron a evaluar los videos. El evaluador Nr.3 no había tenido experiencia previa en observación por medio de videos; el evaluador Nr.4 utilizó la observación por medio de video en su trabajo diario. Por lo tanto, los evaluadores tenían diferentes niveles de experiencia y tuvieron diferentes condiciones de entrenamiento. Todos los entrenamientos fueron llevados a cabo en pacientes que no participaron en este estudio.

Estadísticas

Los análisis estadísticos fueron aplicados a 25 pacientes, con 5 a 6 etapas de dosis y a cuatro evaluadores. Se utilizó análisis de covarianza (ANCOVA) para analizar las diferencias entre el promedio de las evaluaciones de la variabi-

lidad de la mímica (N=568) y las evaluaciones de las interrupciones del foco visual (N=567) para todas las etapas de las dosis. Para controlar posibles variables de interferencia, utilizamos las variables sexo, edad y evaluador como covariables. Se calcularon las T de Student para muestras pareadas para probar la significancia de las diferentes etapas de las dosis. La confiabilidad inter-evaluador fue valorada con la correlación intra-class.

RESULTADOS

El análisis de covarianza ANCOVA confirmó una relación altamente significativa entre el promedio de las frecuencias de las interrupciones del foco visual ($F [5/558] = 11.79$; $p < .001$) y la dosis de MF, así como también una relación altamente significativa entre los promedios de evaluación de la variabilidad de la mímica ($F [5/559] = 55.67$; $p < .001$) y la dosis de MF.

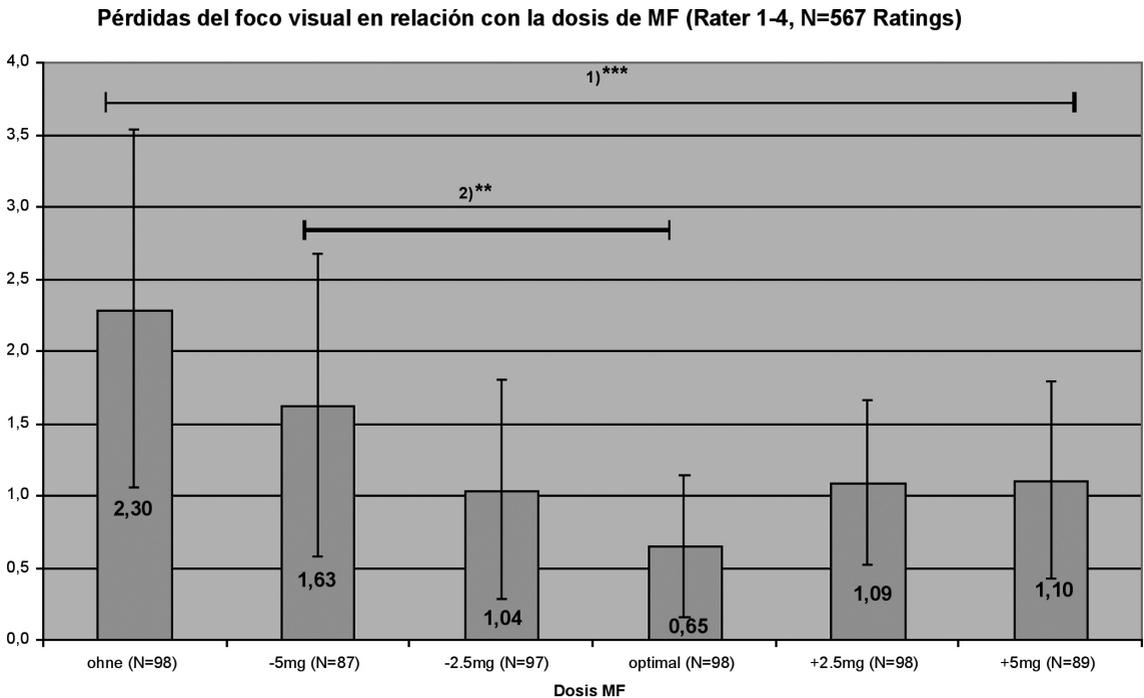
Interrupciones del foco visual

Utilizando el Test de Student para muestras pareadas, se examinó entre cuáles etapas de dosis, las diferencias en los promedios de las frecuencias de las interrupciones del foco visual eran estadísticamente significativas. En una dosis óptima y con -2.5mg y $+2.5\text{mg}$ con relación a la dosis óptima, el número de interrupciones fue el más bajo; las diferencias entre dosis óptima y -2.5mg y $+2.5\text{mg}$ no fueron significativas.

Hubo una diferencia significativa entre -5mg y la dosis óptima ($p < .05$). En condiciones sin medicación se contaron significativamente más interrupciones del foco visual que en todas las otras dosis ($p < .001$). Hubo influencias bajas pero significativas de las variables "sexo" ($p < .01$) y "evaluador" ($p < .05$) en el promedio de las frecuencias de interrupción del foco visual. El gráfico del promedio de las frecuencias de interrupciones del foco visual en relación a la dosis de MF tiene la forma de una función U (Figura 2).

Figura 2. Cambios en relación a la dosis de metilfenidato en interrupciones del foco visual (N=567 evaluaciones):

- 1) 0mg > -2.5mg optimal; +2.5mg and +5mg;
- 2) -5mg > optimum; *** p < .001; ** p < .01



1) ohne MPH < -2.5mg; optim.; +2.5mg und +5mg (p < .001); 2) -5mg < optim. (p < .01);

Variabilidad de la expresión facial

Nuevamente se usó T de Student para muestras pareadas con el fin de examinar entre cuáles etapas de las dosis los promedios de estimaciones de la variabilidad de la mímica diferían significativamente. Con la dosis óptima y con - 2.5mg y +2.5mg los evaluadores consideraron que la sonrisa era la más fina y variable, las diferencias entre dosis óptima y -2.5mg y +2.5mg no fueron significantes. Hubo una diferencia significativa entre -5mg y la dosis óptima (p<.01) y entre +5 mg y la dosis óptima (p<.05). Además la condición sin medicación difirió significativamente de la dosis óptima (p<.001). No se observaron influencias significantes de las variables sexo, edad y evaluador en relación a las evaluaciones de variabilidad en la mímica. El gráfico del promedio de la variabilidad de la expresión facial en relación a las dosis de metilfenidato muestra una función U invertida (Figura 3).

Cambios en el rendimiento matemático relacionados a las dosis de metilfenidato

Revisamos el número de soluciones correctas obtenidas en dos minutos de ejercicios orales en relación a las dosis de metilfenidato en los 25 niños. El Test de Student para muestras pareadas reveló que todas las etapas bajo y sobre la dosis óptima mostraron un rendimiento más bajo que el de la dosis óptima y todas las etapas mostraron diferencias estadísticamente significativas. Las pruebas matemáticas sirven como un buen indicador para el rendimiento académico (14,15). La mejor autorregulación de la expresión emocional coincide con el mejor rendimiento intelectual como se muestra en ejercicios matemáticos orales. Incluso estas pequeñas etapas en la dosis de metilfenidato, tales como 2.5mg de dosis única de MF, causan efectos significativos en el rendimiento (Figura 4).

Figura 3: Cambios en la expresión facial relacionados a las dosis de Metilfenidato (N=568 evaluaciones): 1) 0mg < -5mg; -2.5mg; optimum; +2.5mg and +5mg; 2) -5mg < optimum; 3) +5mg < optimum *** p < .001; ** p < .01; * p < .05

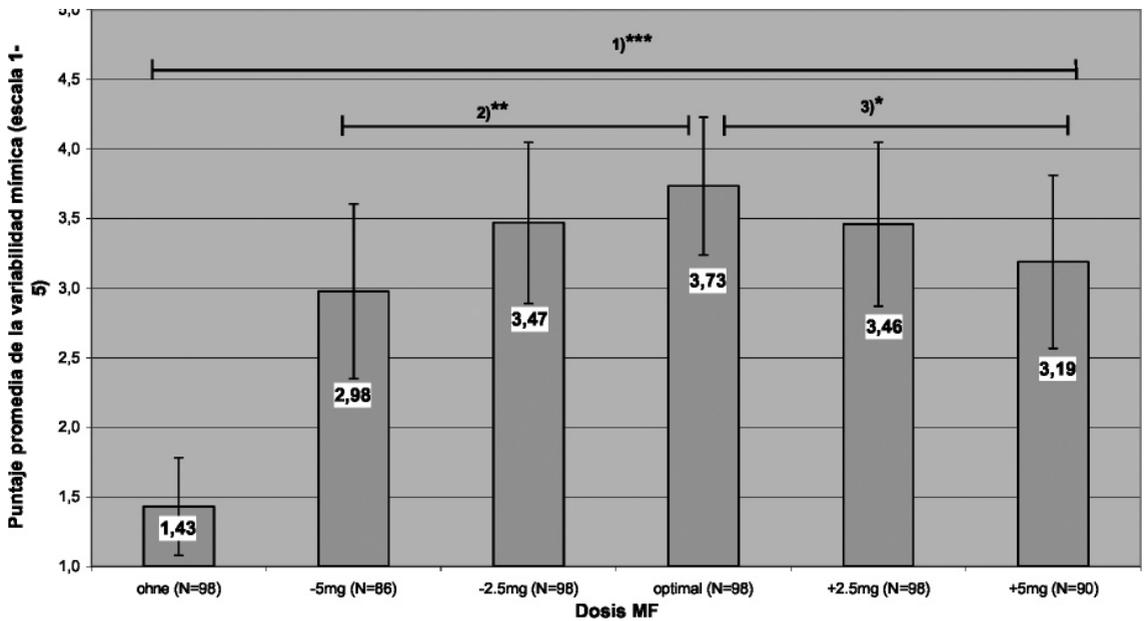
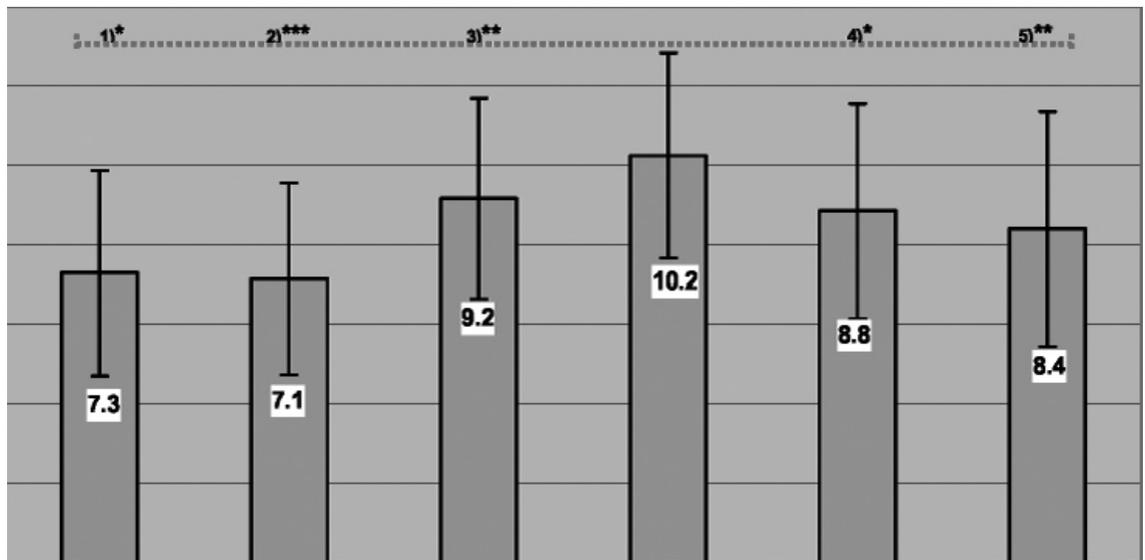


Figura 4: Cambios en el rendimiento en pruebas de cálculo matemático en relación con dosis crecientes de metilfenidato optimum > 0mg (t[24]=-5.39); optimum > -5mg (t[21]=-5.31); 3) optimum > -2.5mg (t[24]=-2.92); 4) optimum > +2.5mg (t[24]=-2.45); 5) optimum > +5mg (t[22]=-2.98); *** p < .001; ** p < .01; * p < .05



Entrenamiento de los evaluadores

Existió una correlación media intra-clase entre todos los evaluadores que contabilizaron las interrupciones del foco visual de mayormente $r=.5$, $p<.01$. Los evaluadores 1-3 mostraron más alta correlación en sus evaluaciones para la mayor parte de las dosis con $r<.8$, $p<.001$, mientras que el evaluador 4 no mostró una correlación alta en las comparaciones pareadas con los otros evaluadores.

Aunque la evaluación de la variabilidad de la mímica en todos los cuatro evaluadores en conjunto mostró la concordancia significativa mencionada con nuestras determinaciones, no hubo una correlación alta entre los cuatro evaluadores. El evaluador 2 distinguió sólo entre la condición sin o con medicación, el evaluador 4 consideró la variabilidad mímica optimal más frecuentemente a un nivel más alto de metilfenidato. Sólo los evaluadores 1 y 3 mostraron correlaciones medias de $r=.5$, $p<.05$ en la mayoría de las condiciones de medicación.

Relación entre evaluación de los padres y los resultados clínicos

Los resultados clínicos fueron buenos a excepción del paciente número 25. El paciente 19 abandonó el estudio después de un mes, dos otros sólo completaron un par de meses, 22 de 25 pacientes tomaron MF en dosis determinadas por nuestro procedimiento por un año y hasta más de cinco años. Permanecieron con la misma dosis excepto uno de aquellos pacientes, quien cambió a un preparado de larga duración de MF y un paciente que aumentó la dosis única en 2.5mg.

Se observó un cambio significativo en el promedio de las frecuencias de los síntomas de desatención del DMS-IV durante la terapia (de un promedio de 7.75; SD01,44 al comienzo vs. 2.81; SD 2.40 a los > 5 meses de terapia; $t(15)=7.01$; $p<.001$). Además, se observó un cambio significativo en el promedio de frecuencias de los síntomas de impulsividad e hiperactividad del DSM-IV durante la terapia (promedio 5.68; SD=3.65 al comienzo vs. 1.63; SD=1.89 a los > 5 meses de terapia;

$t(15)=5.19$; $p>.001$).

DISCUSIÓN

Los resultados confirmaron nuestras hipótesis. Existe una relación curvilínea entre la dosis de MF, interrupciones del foco visual y variabilidad de la expresión facial de emociones. Además, existe una relación curvilínea inversa entre las dosis de MF y el rendimiento en ejercicios aritméticos orales. Ambas curvas tienen su punto de flexión en la misma dosis. La mejor auto-regulación coincide con el mejor acceso a las capacidades intelectuales.

Por lo tanto, a partir de nuestras observaciones prácticas, desarrollamos un procedimiento que pudo ser confirmado por medio de un diseño de estudio ciego. Esperamos poder mejorar la confiabilidad inter-evaluador a través de un mejor entrenamiento. El evaluador número 3 nos hizo pensar que esto fuera posible. El tamaño del grupo fue pequeño y éste no ha sido un estudio doble ciego prospectivo. Las influencias de la persona tratante pueden haber sido una tendencia, pero siempre fue el mismo pediatra que trató a los pacientes. Todos ellos recibieron consejería de padres y consejería individual. Ninguno de los pacientes recibió una terapia de la conducta más intensiva durante el período de tiempo que duró el estudio.

Hay algunos aspectos observados en nuestra práctica clínica en relación con el mencionado procedimiento que vale la pena mencionar: Los padres cambian su conducta hacia el niño cuando su niño muestra variabilidad mímica fina. Ya que nosotros también grabamos siempre la cara de la madre, pudimos observar que el mejor ánimo no sólo se muestra en la cara, sino que también en la voz y así notamos cómo la interacción mejoró como resultado de la dosis de MF. Con frecuencia los padres se relajaron y se pusieron contentos. En dosis demasiado bajas o altas, notamos la reaparición de la irritación en el estado de ánimo de la madre. Esto puede ser también importante para la situación del niño en casa y en el grupo paritario.

También observamos la sonrisa que los niños

expresaron en el momento mismo cuando dieron respuestas correctas durante los ejercicios aritméticos orales con la dosis “óptima” de MF. Esta sonrisa está evocada no por el refuerzo de la madre sino que antes, cuando ellos sentían que el camino a la solución de la tarea era correcto. Al parecer los niños tenían un acceso más fácil a sus habilidades. Este fácil acceso fomenta la motivación de los logros, la cual está amenazada por el fracaso que niños con TDAH sin terapia a menudo experimentan, a pesar de todos sus esfuerzos.

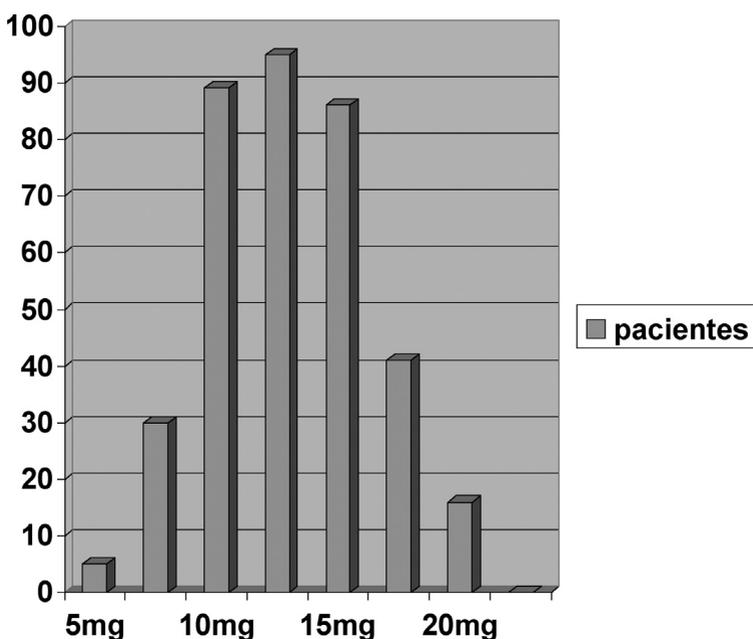
Consecuencias prácticas para la terapia con metilfenidato

Hemos aplicado el método mencionado durante ocho años. Iniciamos la terapia con MF administrando 5 mg por la mañana y al mediodía. Tres días más tarde, aumentamos a 5 mg cada tres horas, tres a cuatro veces al día, ya que el efecto clínico de MF dura sólo tres horas en la gran mayoría de los niños. Tres días más tarde, aumentamos a 7.5mg por 3 a 4 veces. Continuamos aumentando la dosis única en 2.5mg cada tres días hasta obtener una mejoría de los síntomas percibidos por los padres.

Después de que los padres pudieron percibir un mejoramiento en la conducta, los motivamos para que siguieran aumentando la dosis en otros 2.5 mg hasta que observaron nuevamente un empeoramiento. No excedimos dosis únicas de 20mg. Es importante que los padres lleguen a conocer también los síntomas de una dosis demasiado alta en sus niños. Antes de aplicar este procedimiento, con frecuencia había problemas en la terapia ya que el metilfenidato quedó descartado como terapia eficaz sólo por no haberse intentado una terapia con una dosis suficientemente alta.

Al llegar al punto en que los padres han encontrado la dosis que según sus observaciones les parece eficaz, grabamos al niño jugando naipes con la madre y solucionando tareas aritméticas orales 75 minutos después del desayuno, el primer día sin MF, los días siguientes aumentado la dosis en 2.5mg MF, partiendo de una dosis inferior a la que fue considerada eficaz por los padres. Entonces hay que revisar 4-6 grabaciones y determinar la dosis relativamente óptima. Las dosis únicas que hemos determinado por este método muestran una distribución normal. Figura 5 muestra las dosis únicas de MF en nuestros pacientes determinadas por este procedimiento:

Figura 5: Dosis únicas de MF determinadas por observación video en 362 pacientes de 6 a 16 años entre diciembre 1998 y diciembre 2006 en nuestra consulta



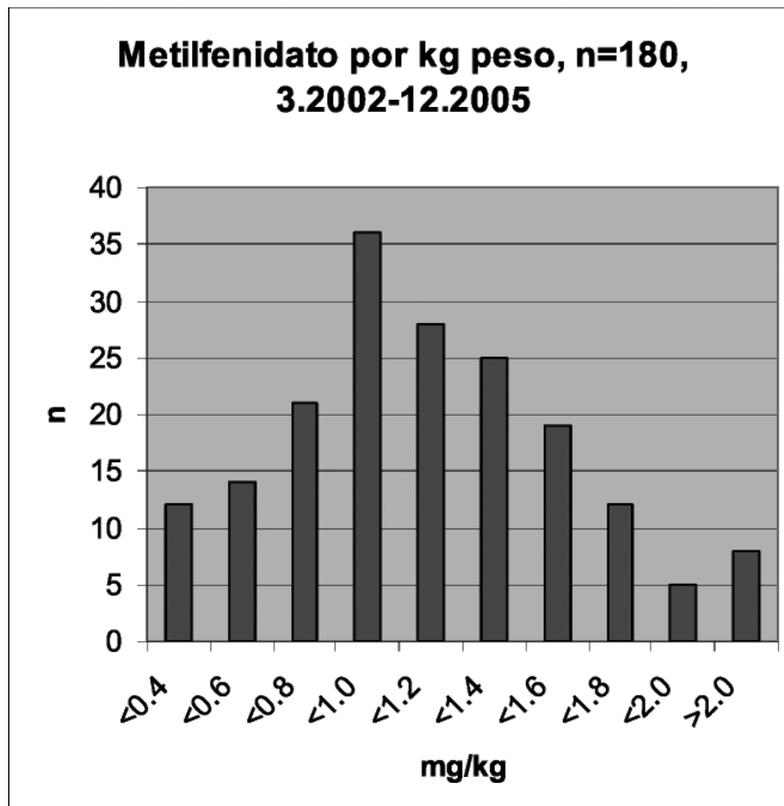
Ya que el efecto de MF comienza a desaparecer tres horas después de la ingestión, se repite la dosis óptima cada tres horas. En algunos niños, el efecto incluso ya termina después de dos horas y media; en otros casos, recién después de tres horas y media o cuatro horas. En casos que resulta difícil determinar la duración del efecto de MF, se puede recurrir al mismo procedimiento de observación por video para determinar el momento exacto de la extinción del efecto. En la mayoría de los casos, empleamos la misma dosis tres a cuatro veces al día. En casos en los cuales una de las dosis únicas no parece adecuada, se puede utilizar también este procedimiento para determinar la dosis necesaria para tal hora.

En la gran mayoría de los casos, es suficiente determinar la dosis óptima en la mañana y utilizar la misma dosis en las dos a tres repeticiones por el día. Además, en la mayoría de los niños la dosis óptima permanece igual por

años; revisamos casos seleccionados cada año y observamos que siempre llegamos al mismo resultado, aún cuando el observador no conocía la dosis de la grabación.

Según Swanson (17), el nivel sanguíneo de MF tiene que aumentar continuamente durante el día para conseguir un efecto clínico estable por todo el día, observación que más tarde fue el fundamento para la construcción de fórmulas retardadas de MF como Concerta®, MetadateCD® o Aradix Retard® y Ritalin LA®. El primer estudio en el cual la dosis diaria de MF fue asignada solamente por observación doble ciega y sin limitaciones de la dosis por suposiciones de posibles efectos no deseados fue el “multimodal treatment assay” (MTA, (18)). Jensen (19) publicó las dosis por kg peso corporal para el grupo con “medication management” y el grupo que recibió además terapia de la conducta.

Figura 6: Distribución de las dosis diarias por peso de MF en 180 de nuestros pacientes de marzo 2002 a diciembre 2005



El valor mediano de la dosis diaria de MF (1.0mg MF) en nuestros pacientes coincide con el valor promedio en el estudio MTA. Con el propuesto procedimiento llegamos a resultados comparables a la titulación de MF hecha en el estudio MTA.

Revisando nuestros últimos 70 pacientes en los cuales aplicamos este procedimiento, notamos que en 2/3 de los pacientes tuvimos que variar la dosis que los padres habían considerado como eficaz, ya que en la observación por video no nos pareció óptima. En 1/3 concordamos con la opinión de los padres. El cambio más frecuente consistió en aumentar la dosis única por 2.5mg; en segundo lugar, había reducciones por 2.5mg, menos frecuente eran aumentos o reducciones por 5 mg y más. Estas correcciones fueron luego confirmadas al lograr una mejor adaptación en la vida cotidiana de los pacientes y se mantuvieron estables por años, hecho que comprobamos en algunos casos por la repetición de grabaciones anuales. Sólo en un 10% de los casos hubo la necesidad de pequeñas correcciones al cambiar a una fórmula retardada de MF. Las observaciones de los padres confirmaron una remisión de las alteraciones por TDAH según los criterios del DSMIV. Según Steele y cols. (20), entendemos la remisión como la reducción a inferior a uno del cociente de los puntos en la escala de cero a tres dividido por el número de los ítems.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados indican que una autoregulación óptima permite a niños con TDAH una conducta adecuada durante el día, tanto con respecto a la comunicación con los pares y adultos como con respecto al rendimiento académico: Nos parece que a través de la observación de grabaciones cortas por video podemos determinar la dosis exacta de MF que permite el acceso directo a las capacidades de los niños. El próximo estudio contendrá una revisión de los resultados de conducta a largo plazo en la vida cotidiana de niños con TDAH tratados por este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Coons, H. W., Peloquin, L. J., Klorman, R., Bauer, L. O., Ryan, R. M., Perlmutter, R.A., Salzman, L. F. Effect of methylphenidate on young adult's vigilance and event-related potentials. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1981,51(4), 373-87.
2. Halliday, R., Callaway, E., & Naylor, H. Visual evoked potential changes induced by methylphenidate in hyperactive children: dose/response effects. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1983, 55(3), 258-67.
3. Van Leeuwen, T. H., Steinhausen, H. C., Overtoom, C. C., Pascual-Marqui, R. D., van't Klooster, B., Rothenberger, A., Sergeant, J. A., Brandeis, D. The continuous performance test revisited with neuroelectric mapping: impaired orienting in children with attention deficits. *Behavioural Brain Research*. 1998, 94(1), 97-110.
4. Jonkman, L. M., Kemner, C., Verbaten, M. N., Van Engeland, H., Camfferman, G., Buitelaar, J. K., Koelega, H. S. Attentional capacity, a probe ERP study: differences between children with attention-deficit hyperactivity disorder and normal control children and effects of methylphenidate. *Psychophysiology*. 2000, 37(3): 334-46.
5. Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia L. Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001, 29(6), 541-56.
6. Kenemans, J. L., Bekker, E. M., Lijffijt, M., Overtoom, C. C., Jonkman, L. M., Verbaten, M. N. Attention deficit and impulsivity: selecting, shifting, and stopping. *International Journal of Psychophysiology*. 2005, 58(1), 59-70.
7. Flintoff, M. M., Barron, R. W., Swanson, J. M., Ledlow, A., Kinsbourne, M. Methylphenidate increases selectivity of visual scanning in children referred for hyperactivity.

- Journal of Abnormal Child Psychology. 1982, 10, 145-61.
8. Borger N., & van der Meere, J. Visual behaviour of ADHD children during an attention test: an almost forgotten variable in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000, 41(4), 525-32.
 9. Rhodes, S.M., Coghill, D. R, Matthews, K. Neuropsychological functioning in stimulant-naïve boys with hyperkinetic disorder. *Psychological Medicine*. 2005, 35(8), 1109-20.
 10. Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L., Janols, L. O. How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*. 2004, 10(1), 1-13.
 11. Jansen, F., & Streit, U. Eltern als Therapeuten. Springer-Verlag BerlinHeidelberg-New York. En Español: Los padres como terapeutas. Editorial Herder; Barcelona. 1992, 1995: 45-53
 12. Kühle, H. J., Hoch, C., Rautzenberg, P., Jansen, F. Brief video-assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2001, 50(8), 607-21. (Artículo en Alemán).
 13. Dupaul, G. J., Power, T. J., & Anastopoulos, A. A. Checklists, Norms and Clinical Interpretations, New York: Guilford Press. 1998.
 14. Fischer, M., u. Newby, R.F. Use of restricted academic task in ADHD dose-response relationships. *Journal of Learning Disabilities*. 1998, 31, 608-612.
 15. Volkow N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Telang, F., Maynard, L., Logan, J., Gattley, S. J., Pappas, N., Wong, C., Vaska, P., Zhu, W., Swanson, J. M. Evidence that methylphenidate enhances the saliency of a mathematical task by increasing dopamine in the human brain. *American Journal of Psychiatry*. 2004, 161(7), 1173-80.
 16. Kühle, H.J., Kinkelbur, J., Andes, K., Heidorn, F.M., Zeyer, S., Rautzenberg, P., Jansen, F. Self-regulation of visual attention and facial expression of emotions in ADHD children. *Journal of Attention Disorders*. 2007, 10(4), 350-9.
 17. Swanson, J., Gupta, S., Guinta, D., Flynn, D., Agler, D., Lerner, M., Williams, L., Shoulson, I., Wigal, S. Acute tolerance to methylphenidate in the treatment of ADHD in children. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 1999, 66(3), 295-305
 18. No authors listed. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*. 1999, 56(12):1073-86.
 19. Jensen, P. S. Longer term effects of stimulant treatments for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*. 2002, 6, Supplement 1, 4556.
 20. Steele, M., Weiss, M., Swanson, J., Wang, J., Prinzo, R.S., Binder, C.E. A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in ADHD *Can J Clin Pharmacol*. 2006, 13(1) 50-62.
- La correspondencia referida a este artículo debe ser enviada a:**
Dr. Hans Kühle
Ostanlage 2, 35390 Giessen, Alemania
e.mail: hans.kuehle@t-online.de
Pag. Web: www.dr-kuehle.de

Síndrome de automutilación en adolescentes: Análisis comparativo de comorbilidad

Armando Nader¹, Ana María Morales²

RESUMEN

Objetivos. Estudiar en un grupo de pacientes adolescentes que presentan un Síndrome de Automutilación (SAM) su comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos, ideación e intento de suicidio, y comparar ésta con otro grupo que no presenta dicho síndrome.

Pacientes y método. Se tomó una muestra intencionada, pareada por rangos etarios, sexo y diagnóstico, de 47 pacientes con SAM, entre 13 y 21 años de edad y como grupo control, 47 pacientes sin SAM. Ambos grupos de nivel socio-económico alto y medio-alto. Se diagnosticaron según criterios DSM-IV, realizando análisis comparativo de dos proporciones y prueba de Chi cuadrado.

Resultados. Los pacientes que se automutilan presentan una mayor frecuencia significativa de: Trastornos del Animo 85.1%; Psicosis 36,2% y Trastornos del Desarrollo de la Personalidad 74.7%. Además, se observa una comorbilidad con la terna diagnóstica compuesta por: Trastornos del Animo, de Personalidad y Abuso de Sustancias: 29.8%. Si bien la Ideación Suicida es significativamente mayor en el grupo en estudio (61.7%), no hay diferencia significativa en cuanto al número de intentos de suicidio.

Conclusiones. En el diagnóstico y tratamiento del SAM se debe tener presente la comorbilidad y no tratar solamente la conducta de auto daño, por otro lado, frente a Trastornos Psiquiátricos como los aquí mencionados, se

debe considerar, en los adolescentes, la posibilidad de estar frente a un SAM, lo que requerirá de un especial tratamiento.

Palabras Claves: Automutilación, Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad Borderline, Suicidio, Adolescencia.

SELF-MUTILATION SYNDROME IN ADOLESCENTS: COMPARATIVE ANALYSIS OF COMORBIDITY

Summary

Objectives: To study a group of adolescent patients who present self-mutilation syndrome (SAM), their comorbidity with Psychiatric Disorders, suicidal behaviors (thoughts and attempts) and to compare it with a control group without SAM.

Subjects and Methods: Two groups were chosen and paired by age, sex and diagnosis, with 47 patients with SAM ages 13 to 21 and as a control group, 47 patients without SAM. They were diagnosed according to DSM-IV criteria, making a comparative analysis and Chi-squared test.

Results. Patients with SAM present a higher and significant frequency of: Mood Disorder 85.1%; Psychosis 36.2% and Developmental Disorders of Personality 74.4%. They also present a higher and significant frequency of co-existing disorders such as: Mood, Personality and Abuse of Substances: 29.8%. Although suicidal thoughts are significantly more common in the study group (61, 7%), there is no major difference regarding the number of suicide attempts.

Conclusions: When diagnosing and treating

1 Psiquiatra
2 Psicóloga

SAM, one must not only treat the self harm disorder but also keep in mind comorbidity. On the other hand, when it comes to Psychiatric Disorders like the ones mentioned above, one must consider, in adolescents, the possibility of the presence SAM, which will require a specific treatment.

Key Words: Self-mutilation, Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder, Suicide, Adolescence.

INTRODUCCION

Dañar el propio cuerpo con el fin de liberar tensiones o contactar con la realidad (Síndrome de Automutilación Catártico-Reintegrativo), en nuestra experiencia clínica, es un síndrome que aumenta entre los adolescentes: interactúa negativamente con la patología de base, ensombrece el pronóstico, complica el tratamiento y no se relata espontáneamente. Así, para saber por qué se automutilan, cuando sospecharlo y cómo tratarlo, un primer paso puede ser conocer su comorbilidad.

En general, el Síndrome de Automutilación (SAM) se define como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida (1), siendo los métodos más frecuentes los golpes, cortes y quemaduras.

EPIDEMIOLOGIA

En cuanto a la epidemiología, algunos estudios internacionales (2, 3, 4, 5), encuentran el SAM entre un 1% y un 4% de la población general; de éstos, son adolescentes entre un 40% y un 61%. En la población escolar se reporta 12% de adolescentes. En el medio hospitalario, en sala de emergencia de un hospital general, entre 2 y 3% son atendidos por un SAM. Entre pacientes psiquiátricos ambulatorios la cifra va de un 3 a un 33% y en hospitalizados de psiquiatría se reporta desde un 4 a un 77%. En general, la proporción mujeres/ hombres varía desde 3/1 hasta 1.5/1.

En Chile (6), de un estudio en escolares entre 13 y 15 años, se puede deducir que aproximadamente el 2% se infiere una autolesión grave

(se entiende por grave aquella lesión que le impide asistir a clases, por lo que la frecuencia debería ser mayor si contamos aquellas lesiones menos graves).

Las diferencias entre un estudio y otro se deben a las distintas definiciones de SAM, a la dificultad en detectarla, a la población estudiada y al lugar de estudio.

CLASIFICACION

De acuerdo a la forma de automutilación, Favazza (7) los clasifica en 4 tipos:

1. Mayor (por ej. enucleación de los ojos o amputaciones), la cual es rara y está asociada a psicosis, transexualismo e intoxicaciones.
2. Estereotípica (por ej. darse golpes en la cabeza o morderse) la cual no es infrecuente en el retardo mental y en el síndrome de Tourette.
3. Compulsiva (por ej. Excoriación severa de la piel o arrancarse las uñas)
4. Impulsiva (por ej. Cortarse o quemarse la piel), es la más común y está asociada a depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastornos de personalidad, especialmente límite, histriónica y antisocial.

Desde un punto de vista Clínico, este Síndrome se puede clasificar del siguiente modo (8, 9, 10, 11, 12):

1. CATARTICA: alivio de sentimientos intolerables, y sensación de bienestar a través de cortes golpes y quemaduras.
2. REINTEGRATIVA: reintegración del sí mismo, es decir, un contacto consigo mismo y con la realidad.
3. DISOCIATIVA: gratificación exhibiendo las heridas, hay una ganancia afectiva.
4. DISOCIAL: evitar sanciones sociales o penales.
5. NARCISISTA: mostrar lesiones para destacarse, a través de tatuajes y piercing cuando son extensos, de gran número y de riesgo para la persona.
6. PSICOTICA: daño secundario a una alucinación o delirio.
7. FACTICIA: el autodaño tiene como objetivo asumir el rol de enfermo.

Nuestra investigación se centra en el tipo Catártico-Reintegrativo cuya característica central es una conducta deliberada y repetitiva que a través del daño del propio cuerpo busca aliviar sentimientos intolerables y/o reconectarse con la realidad, sin intención suicida.

FENOMENOLOGIA

Nos parece importante describir fenomenológicamente la conducta de automutilación del tipo de paciente de nuestro estudio (13, 14).

Estos eventos son repetitivos, siendo más frecuentes los cortes, golpes y quemaduras, los cuales no se relatan espontáneamente ni son motivo de consulta, hay que preguntarlos atinadamente y sospecharlos frente a determinados indicadores, como son por ejemplo: impulsividad, intensa rabia o angustia y comorbilidad con Trastornos Psiquiátricos.

La conducta se desencadena frente a un conflicto externo (generalmente familiar) o interno, precipitándose emociones intensas, siendo las más frecuentes, angustia, rabia, vacío; también sentimientos de culpa, impotencia y soledad. En el momento no pueden discriminarlas ni expresarlas (alexitimia), las viven como un malestar intolerable y solo pueden relatarlas como tales en entrevistas posteriores.

En otras ocasiones debido a la intensa emoción, pierden contacto con la realidad externa y/o interna llegando a la despersonalización. A veces, se presenta Oscuridad de Conciencia leve y un Estado Crepuscular leve y transitorio.

Si la conducta es impulsiva, no da tiempo a la reflexión y se realiza el daño; si es una conducta compulsiva, hay una breve lucha interna y pueden ceder dañándose en el momento o en ocasiones, postergarlo. Por ello algunos autores engloban dicha conducta en el Espectro Impulsivo-Compulsivo.

Iniciado el daño está conciente que se corta pero no puede detenerse. En la automutilación catártica, hay alivio con la sensación de corte o ver fluir la sangre y entonces puede detenerse. En la reintegrativa se produce un contacto

firme consigo mismo y lo externo; diferencian el sí mismo del entorno y adquieren mejor juicio de realidad.

El dolor, si lo hay, es posterior, luego del acto pueden aparecer sentimientos de culpa y vergüenza, por lo que esconden las lesiones y no refieren lo ocurrido.

Cuando tienen recuerdo de actos anteriores, refieren la condición de inevitabilidad por el alivio que sienten y buscan repetirlo, presentándose fenómenos de tolerancia, abstinencia y adicción.

COMORBILIDAD

No hemos encontrado en la literatura actualmente disponible, estudios epidemiológicos de comorbilidad que relacionen el SAM Catártico Reintegrativo con Trastornos Psiquiátricos del Eje I según DSM IV. Sin embargo, se marca una tendencia (2, 4, 15, 16, 17) al asociar el SAM con un mayor número de síntomas depresivos y ansiosos, abuso de sustancias y trastornos alimentarios, medidos a través de escalas de evaluación de síntomas. Por otro lado, estudios que asocian SAM con Trastornos Psiquiátricos, engloban en un mismo universo los pacientes con automutilación (especialmente cortes), con intento de suicidio (por envenenamiento) y pacientes con ambos a la vez, en todo caso, aquí también la tendencia es a encontrar una mayor frecuencia de los síntomas ya mencionados.

En cuanto a la comorbilidad con Trastornos de Personalidad, se reporta que el 60 a 70% e incluso 91% de los pacientes Borderline, ha presentado conductas automutiladoras (2, 18). Por otro lado, ya que la automutilación habitualmente, se la identifica con el Trastorno de Personalidad Borderline, todos los pacientes con un SAM tendrían dicho trastorno, de esta manera se cae en un razonamiento tautológico, por lo que no tendría sentido realizar estudios en este sentido. Debiera entonces aislarse esta variable y diagnosticar si hay o no un Trastorno de Personalidad de acuerdo a otros rasgos, sin embargo, no encontramos estudios con este diseño metodológico.

Es importante hacer el Diagnóstico diferencial entre la conducta de automutilación y la conducta suicida, lo cual debe efectuarse especialmente cuando el método es una herida y teniendo presente que un paciente que se automutila, en otros momentos puede tener ideas e intentos de suicidio (19, 20, 21).

En la ideación suicida hay un deseo de morir, dormir o hacer una "pausa". En el intento de suicidio el objetivo es quitarse la vida. En la automutilación, la idea es provocarse daño con el objetivo de liberarse de sentimientos intolerables y reintegrar el sí mismo justamente para seguir vivos. Los sentimientos que predominan en la ideación o intento de suicidio son de desesperanza, mientras que en la automutilación, son de rabia, angustia y vacío, entre otros.

OBJETIVOS

Averiguar la comorbilidad psiquiátrica en un grupo de pacientes adolescentes que presentan un SAM catártico-reintegrativo realizando un análisis comparativo con un grupo control, compuesto por pacientes que no presentan dicho síndrome.

Los Trastornos a estudiar son:

1. Trastorno Psiquiátrico (Eje I),
2. Ideación e Intento de suicidio,
3. Trastorno del Desarrollo de la Personalidad (TDP) (Eje II) y
4. Coexistencia de dos o más de dichos diagnósticos.

PACIENTES Y METODO

Se tomó una muestra intencionada, pareada por rangos etarios, sexo y diagnóstico, de 47 pacientes con SAM, entre 13 y 21 años de edad, tratados entre Octubre 2005 y Marzo 2007 y como grupo control, 47 pacientes sin SAM., ambos grupos de un centro de atención privada de Santiago, siendo homogéneos en su nivel cultural y socio-económico (alto y medio-alto)

El diagnóstico del Trastorno Psiquiátrico (Eje I) y del TDP (Eje II), se realizó de acuerdo a los criterios del DSM-IV (22), a través de una

entrevista psiquiátrica semiestructurada. Para el Diagnóstico de TDP, se excluyó el ítem "comportamiento de automutilación" del DSM IV, así evitamos un razonamiento tautológico que, de lo contrario, nos llevaría a diagnosticarles dicho trastorno a todos los pacientes con S.A.M.

El análisis estadístico se llevó a cabo a través de dos pruebas:

Análisis Comparativo de dos Proporciones y prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS

El grupo en estudio está constituido por 9 hombres y 38 mujeres con un promedio de edad de 17.2 años y la media en 17 años.

Todos se efectuaban cortes repetidamente (más de 5 veces por lo menos), quemaduras tres pacientes, golpes tres, mordedura de uñas y /o cutículas 2, piercing 1, picotearse con objeto punzante 1.

El grupo control, al igual que el grupo en estudio, está formado por 9 hombres y 38 mujeres, elegidos al azar de un universo de 15 hombres y de 55 mujeres. Este grupo tiene un promedio de edad de 17.8 años y la media se encuentra en los 18 años.

Para entender la descripción de los resultados, hay que tener presente que un paciente puede tener más de un diagnóstico psiquiátrico.

1. Trastorno Psiquiátrico, Eje I (Tabla 1):

Entre los pacientes que se automutilan 40 de ellos presentan un Trastorno del Animo (85.1%), dentro de los cuales son más frecuente los Trastornos Bipolares (55.3% del total), y en segundo lugar está la Depresión Mayor (29.8% del total).

Luego de los T. del Animo, le siguen en frecuencia: Abuso de Sustancias (38.3%), T. de Ansiedad (38.3%), T. Alimentarios (23.4%) y Déficit Atencional (25.5%) principalmente.

Cabe destacar que de los 47 pacientes con SAM, 17 de ellos (36.2%), en algún momento

Tabla 1
TOTAL DIAGNOSTICOS EJE I POR PACIENTES

<i>Diagnóstico</i>	<i>SAM n =47</i>		<i>CONTROL n =47</i>		<i>P*</i>
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
T. DEL ANIMO	40	85,1	21	44,7	0,000
ABUSO SUST.	18	38,3	10	21,3	0,115
T. DE ANSIEDAD	18	38,3	32	68,1	0,007
PSICOSIS	17	36,2	6	12,8	0,016
DEF. ATENCIONAL	12	25,5	14	29,8	0,814
T. ALIMENTARIO	11	23,4	9	19,2	0,806
DEF. ATENCIONAL	12	25,5	14	29,8	0,814
T. ORIENT. SEXUAL	6	12,8	1	2,1	0,114
DOC	3	6,4	6	12,8	0,482
OTROS	4	8,5	5	10,6	0,996
ID SUICIDA	29	61,7	11	23,4	0,000
INTENTO	11	23,4	4	8,5	0,091

* Análisis Comparativo de dos Proporciones.

o en forma permanente, presentan un cuadro Psicótico (Trastorno Bipolar Mixto: 6; T. Bipolar Ciclos rápidos: 2; T. Bipolar en fases: 1; Micropsicosis: 5; Trastorno Esquizo-afectivo: 2; Depresión Mayor: 1).

En contraste con el grupo en estudio, el grupo control presenta, con mayor frecuencia significativa, un T. de Ansiedad (68.1%, $p < 0.007$) y en segundo lugar, con menor frecuencia que en el grupo estudio, un T. del Animo (44.7% $p < 0.000$), siendo más frecuente la Depresión Mayor (25.5%) que el T. Bipolar (19.1%). No muestran diferencia estadística significativa: Déficit Atencional (29.8%), Abuso de Sustancias (21.3%) y Trastorno Alimentario (19.2%).

En el grupo control, los pacientes con Psicosis son solamente 6 de los 47 (12.8% $p < 0.016$).

La significación estadística se realizó en base al Análisis Comparativo de dos Proporciones.

2. Ideación e intento de suicidio (Tabla 1).

En el grupo en estudio, la ideación suicida se presenta en el 61.7%, en cambio, en el grupo control en el 23.4%, siendo la diferencia sig-

nificativa ($p < 0.000$). El intento de suicidio lo realizan el 23.4% de los pacientes que se automutilan y del grupo control, el 8.5%, siendo esta diferencia no significativa.

La significación estadística se realizó en base al Análisis Comparativo de dos Proporciones.

3. Trastorno del Desarrollo de la Personalidad, Eje II (Tabla 2).

Entre los pacientes que se automutilan: 74.7% tiene TDP; 25.3% muestran Rasgos Anormales y ninguno tiene una Personalidad Normal.

En el grupo control: 44.7% muestra TDP, Rasgos Anormales: 40.4% y Personalidad Normal: 14.9%.

Las diferencias, mediante la prueba de χ^2 , entre el grupo estudio y control son estadísticamente significativas con un $p < 0.002$.

4. Coexistencia de dos o más diagnósticos (Tabla 3).

Tanto los pacientes que se automutilan como los del grupo control presentan entre uno y

Tabla 2
DIAGNOSTICO EJE II

<i>Diagnóstico</i>	SAM		CONTROL	
	Nº	%	N	%
T DE PERSONALIDAD RASGOS ANORMALES	35	74,7	21	44,7
PERSONALIDAD NORMAL	12	25,3	19	40,4
TOTAL	0	0	7	14,9
	47	100,0	47	100,0

X² = 12.081 p<0.002

Tabla 3
COEXISTENCIA DE DIAGNOSTICOS POR PACIENTE

	SAM N= 47		CONTROL N=47		P*
	N	%	N	%	
PAR DG. EJE I					
T DEL ANIMO Y ABUSO SUST	16	34,0	6	12,8	0,029
T DEL ANIMO Y T DE ANSIEDAD	14	29,8	14	29,8	0,822
T DEL ANIMO Y T ALIMENTARIO	11	23,4	4	8,5	0,091
PAR DG. EJE II EJE I					
TDP Y T DEL ANIMO	31	66,0	11	23,4	0,000
TDP Y AB DE SUST	16	34,0	9	19,2	0,164
TDP Y T DE ANSIEDAD	9	19,2	12	25,5	0,627
TERNA DG. EJE I (2) EJE II					
T ANIMO Y AB SUST Y TDP	14	29,8	5	10,6	0,039
T ANIMO Y T ALIMEN Y TDP	9	19,2	3	6,4	0,121
T ANIMO Y T ANSIED Y TDP	6	12,8	7	14,9	0,997

* Análisis Comparativo de dos Proporciones.

siete diagnósticos, por ello, es importante averiguar que pares o ternas de Trastornos son los más frecuentes.

En primer lugar, hemos estudiado los pares diagnósticos del Eje I que más se repiten. En el grupo de pacientes que se automutilan, el par constituido por Trastorno del Animo y Abuso de Sustancias es el más frecuente, 16 de los 47 (34%); mientras que solo 6 (12.8%) del grupo control lo presentan, con un p< 0.029. Ningún otro par diagnóstico es significativamente diferente.

En segundo lugar relacionamos el diagnóstico del Eje II, o sea un TDP, con el Trastorno del Eje I: en el grupo que se automutila el TDP coexiste con mayor frecuencia con un Trastorno del Animo: 31 (66%), en el grupo control sólo son 11 (23.4%) con un p< 0.000. Ningún otro par es significativamente diferente.

Finalmente vinculamos tres diagnósticos: TDP con dos diagnósticos del Eje I, siendo más frecuente en el grupo que se automutila la terna constituida por: TDP con Trastorno del Animo y Abuso de Sustancias: 14 (29.8%), mientras

que sólo 5 (10,6%) en el grupo control lo presenta, ($p < 0.039$). Ninguna otra terna diagnóstica es significativamente diferente.

El estudio estadístico se realizó basado en el Análisis Comparativo de dos Proporciones.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En base a la investigación realizada, observamos que los pacientes que se automutilan presentan una mayor frecuencia significativa de Trastornos del Animo, TDP y cuadros Psicóticos. Además, se observa con mayor frecuencia los pares diagnósticos de: T. del Animo con Abuso de Sustancias y en segundo lugar, T. del Animo con TDP. Finalmente, es más frecuente la terna diagnóstica de: T. del Animo, Abuso de Sustancias y TDP. Así, postulamos que de encontrar estos diagnósticos en pacientes adolescentes, es decir, pacientes con mayor patología psiquiátrica, nos debe hacer sospechar que hay una mayor probabilidad que presenten un SAM.

Estos hallazgos coinciden, en parte, con lo encontrado en la literatura. En una revisión acerca del tema (23), se enumeran un mayor número de diagnósticos comórbidos que los observados en la presente investigación esto puede deberse a que la definición de automutilación en los otros estudios, es más amplia y en ella caben otros tipos de automutilación, no solo cortes, golpes y quemaduras, ni únicamente de tipo catártico-reintegrativo.

Nos llama la atención el gran número de pacientes con SAM y Trastorno Bipolar, asociación que hemos estudiado a propósito de una investigación en la que reportamos los hallazgos a partir de Neuro-SPECT (24), sin embargo, no hemos encontrado otras publicaciones al respecto en la literatura actualmente disponible.

En el grupo control, encontramos una mayor frecuencia de T. de Ansiedad, lo que podría postularse como un factor protector, en el sentido que los pacientes, al sentir y expresar la angustia, no necesitan de la conducta de automutilación como una forma de catarsis.

Por otro lado, la Ideación Suicida es más frecuente en el grupo que se automutila, que en el grupo control. Sin embargo, no hay diferencia significativa en cuanto al número de intentos de suicidio en ambos grupos. Así, el hecho de diagnosticar un SAM pudiera no significar un mayor riesgo de intento de suicidio, lo que también se discute en la literatura (20. Rodham).

Finalmente queremos señalar que al diagnosticar y especialmente al tratar el SAM, se debe considerar su comorbilidad y no intervenir solamente la conducta de autodaño. Por otro lado, al diagnosticar y tratar los Trastornos Psiquiátricos aquí mencionados, debe considerarse, en los adolescentes, la posibilidad de estar frente a un SAM, lo que requerirá además una intervención especial de éste.

Este estudio tiene limitaciones debido a que la muestra proviene de un ámbito de atención privada, con pacientes solo ambulatorios. Por ello sería importante realizar investigaciones con muestras más amplias, heterogéneas, que abarquen además, pacientes de mayor gravedad.

AGRADECIMIENTOS. Los autores desean agradecer la colaboración de la Sra. Elisabeth Wenk (Psicóloga, Metodóloga. Vicedecano de la Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile), por su ayuda en la evaluación estadística de nuestra investigación.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989, 79:283-289.
- 2) Andover M, Peeper C, Ryabchenko K, Orrico E, Gibb B: Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior.* Oct 2005, 35 (5): 581-591.
- 3) Yaryura-Tobias J, Mancebo M, Neziroglu A: Clinical and theoretical issues in self-injurious behavior. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 1999, 21(3): 178-183. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>

- 4) Evren C, Evren B: Self-mutilation in substance-dependent and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005, 80: 15-22.
- 5) Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D: National Trends in Hospitalization of Youth . With Intentional Self-Inflicted Injuries. *Am J Psychiatry*. 2005, 162: 1328-1335.
- 6) Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2004. Informe Preliminar 2005.
- 7) Favazza AR: Self-injurious Behavior in College Students. *Pediatrics*. 2006, 117(6): 2283-2284.
- 8) Pipher M: Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls. New York. Ballantine Books, 1994.
- 9) Ross RR, Mc Kay HB: Self-mutilation. Lexington MA: DC Heath and Company, 1979.
- 10) Simpson M: The Many Faces of Suicide. McGraw-Hill, New York, 1980.
- 11) Braverman P: Body Art: Piercing, Tattooing, and Scarification. *Adolesc Med*. 2006, 17: 505-519.
- 12) Quint E, Breech L: Tattoos: Beautification or Something Else?. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005, 18: 129-131.
- 13) Mac Aniff L, Kiselica M: Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling and Development*. 2001: 79 (1): 46-52.
- 14) Sar V, Ross C: Dissociative Disorders as a Confounding Factor in Psychiatric Research. *Psychiatr Clin Am*. 2006, 29: 129-144.
- 15) Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Grenber T, Shaffer D: Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005, 62:1122-1128.
- 16) Doshi A, Boudreaux E, Wang N, Peltier A, Camargo C: National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*. 2005, 46: 369-375.
- 17) Manley R, Leichner P: Anguish and Despair in Adolescents with Eating Disorders. *Crisis*. 2003, 24(1):32-36.
- 18) Zanarini M, Frankenburg F, Ridolfi M, Jager_Hyman S, Hennen J, Gunderson J: Reported Childhood Onset of Self-Mutilation Among Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*. 2006, 20(1):9-15.
- 19) Penn J, Esposito C, Schaeffer L, Fritz G, Spirito A: Suicide Attempts and Self-Mutilative Behavior in a Juvenile Correctional Facility. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003, 42(7): 762-769.
- 20) Rodham K, Hawton K, Evans E: Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004, 43(1): 80-87.
- 21) Hayes VM: Self-inflicted harm is not an indication of suicidal behavior. *American Family Physician (Letter)*. 2005, 72(7) 1172.
- 22) DSM IV-TR. Editorial Masson S.A. Barcelona 2005.
- 23) Nader A, Boehme V: Automutilación: Síntoma o Síndrome. *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*. 2003, año 14 (1): 32-37.
- 24) Mena I, Correa R, Nader A: Alteraciones neuro-funcionales en trastornos del ánimo que cursan con conductas auto-mutilatorias: Estudio de perfusión regional cerebral a partir de la técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc*. 2007, año 18 (2): 57-70.

La correspondencia referida a este artículo debe ser enviada a:

Dr. Armando Nader N.
Fono consulta: 2433406
e.mail: docnader@manquehue.net

Factores de riesgo asociados al diagnóstico de esquizofrenia en pacientes menores de 18 años, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco

Carolina Berríos Q.¹, Lilian Brand L.²

RESUMEN

La detección precoz y la identificación de los mecanismos que subyacen al desarrollo de Esquizofrenia (5), constituyen áreas de relevancia clínica en el curso y pronóstico de la enfermedad (7,8).

Los resultados de múltiples investigaciones proporcionan evidencia, sobre alteraciones del neurodesarrollo en etapas precoces de la infancia y su asociación con Esquizofrenia y síntomas psicóticos en la niñez y la edad adulta (1).

Los sujetos con este riesgo comparten características similares con pacientes que ya tienen la enfermedad, incluyendo alteraciones cognitivas, síntomas afectivos, aislamiento y déficit en la función social(2,3,4).

En este estudio se identificaron algunos de los factores de riesgo, descritos en la literatura, en aparición de Esquizofrenia, en nuestra población de consultantes en el Hospital Dr. H. Henríquez Aravena, Temuco.

Los pacientes esquizofrénicos incorporados en este estudio tienen mayor frecuencia de marcadores del desarrollo y factores de riesgo antes que se manifieste la psicosis, en comparación con grupo control.

Palabras Clave: (3-5) Esquizofrenia, neurodesarrollo, psicosis, detección precoz.

1 Psiquiatra Infanto-Juvenil, Servicio de Psiquiatría Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Docente Departamento de Salud Mental y Psiquiatría Universidad de la Frontera.

2 Becada Psiquiatría Infanto-Juvenil USACH.

Trabajo recibido 11 Agosto 2008. Enviado para revisión 18 Agosto 2008. Aceptado para publicación 25 Agosto 2008.

ABSTRACT

The early detection and the identification of the mechanisms that underlie the development of Schizophrenia (5), constitute areas of clinical relevancy in the course and prognosis of this disease (7,8).

The results of many investigations provide evidence on early-childhood developmental impairment that is specifically associated with schizophrenia and that predicts psychotic symptoms both in childhood and adulthood (1).

The subjects with this impairment share similar characteristics with patients who already have the disease, including cognitive alterations, affective symptoms, social isolation and decline in social functioning. (2,3,4).

In this study some of the risk factors for the appearance of schizophrenia described in the literature were identified in our patients of the Dr H. Henríquez Aravena Hospital, Temuco.

The schizophrenic patients of this study have a higher frequency of the developmental risk factors prior to the manifestation of the psychosis compared with the control group.

Key words: Schizophrenia, Neurodevelopmental, Psychosis, early detection.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia (EQZ) es una enfermedad mental crónica, que se presenta principalmente en sujetos jóvenes, en la transición desde la adolescencia a la adultez, y se manifiestan en distintas áreas del desarrollo: neuromotor(34), lenguaje, pensamiento (28), afectividad, y conducta.(20, 22, 25).

Es una enfermedad mental que constituye un problema de salud pública en la medida que representa una causa importante de morbi-mortalidad (6) y de invalidez a nivel mundial. Lo anterior no sólo por las manifestaciones derivadas de ella, sino porque implica un mayor riesgo de padecer ansiedad, depresión, suicidio, accidentes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades derivadas del tabaquismo crónico, etc. (5)

Por otra parte existe una asociación entre esta enfermedad y una serie de consecuencias adversas (7), con gran impacto en la opinión pública. Cabe destacar altos niveles de violencia en estos pacientes, suicidio y autoagresiones, victimización (descuido y abandono). El consumo de sustancias, la cesantía y la falta de residencia, son también eventos frecuentes adversos asociados a la enfermedad. (8)

La esquizofrenia se presenta en aproximadamente el 1% de la población general, con una incidencia anual de 0,2 a 0,4 por 1000. Estas cifras se mantienen relativamente estables en distintos países del mundo (2). La esquizofrenia y otras psicosis son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. (3)

DETECCIÓN PRECOZ Y CURSO EVOLUTIVO DE LA ENFERMEDAD

Numerosas publicaciones han orientado la investigación hacia la búsqueda y pesquisa de factores predictivos o de vulnerabilidad en niños que, potencialmente desarrollarán una Esquizofrenia(4, 9). La identificación de individuos en el alto riesgo de desarrollar Esquizofrenia, constituye un desafío para los clínicos en la medida que es posible con un tratamiento temprano de este grupos, prevenir el inicio de la enfermedad (18).

Los estudios consistentemente muestran intervalos de uno a dos años entre el inicio de síntomas psicóticos y el inicio de tratamiento.(12)

A mayor tiempo de duración de psicosis no tratada (DUP)- el tiempo que transcurre entre

la manifestación del primer síntoma psicótico y la iniciación de tratamiento adecuado- se relaciona con un peor pronóstico(13, 14); entonces el curso evolutivo podría ser mejorado por la detección más temprana y el tratamiento precoz(15).

Una mayor duración del episodio no tratado, se relaciona con un peor curso y pronóstico y una declinación de las funciones cognitivas (14, 16).

Reviste gran interés el evitar la conversión hacia una forma totalmente psicótica de la enfermedad mental. El poder diseñar intervenciones preventivas, depende de la identificación precoz de estos "grupos de riesgo".

HIPOTESIS DEL MODELO DE ALTERACIÓN EN EL NEURODESARROLLO

Existe un importante número de publicaciones que sugiere la existencia de anomalías en el modo de funcionamiento o desempeño en diversas áreas que preceden el primer episodio de la enfermedad por muchos años (19, 21, 22, 23).

El conceptualizar la enfermedad como un modelo del neurodesarrollo, puede explicarnos estas tempranas manifestaciones de disfunción, así como también el período post - mórbido. En esta misma línea, se propone que eventos maduracionales normales en el SNC, modulan la expresión de una conducta con una base neuropatológica congénita (1).

Si somos capaces de identificar los períodos críticos en el desarrollo cerebral durante los cuales los factores causales pueden afectar el curso normal del desarrollo y si podemos identificar los procesos moleculares y celulares que dañan el desarrollo cerebral y la conectividad neural(33,38), entonces podemos comenzar a identificar las técnicas preventivas que podrían ser puestas en práctica antes de que la enfermedad aparezca. (17).

La conceptualización de la Esquizofrenia como un Trastorno del Neurodesarrollo, es un modelo que ha tomado gran vigencia en la actualidad. Esta disfunción o perturbación en el

desarrollo del SNC, donde eventos del medio ambiente o genéticamente programados en el útero o más bien a una interacción entre estos factores genéticos y ambientales (especialmente complicaciones Perinatales) alteran el establecimiento de aspectos fundamentales de la estructura y función del cerebro y que se traduce en una serie de compromisos en distintas áreas funcionales:

Cognitiva

Función de atención, memoria explícita (evocación de material almacenado conscientemente) Función Ejecutiva (utilizar información ya recogida en la ejecución de una tarea)(33).

Socioemocional (Dificultades para la integración a grupos de pares, déficit en la medición de ajuste social pobre afecto)(36)(45).

Neuromotora (Hipotonía, hipoactividad Trastorno de coordinación, torpeza motora, atraso en algunos hitos de maduración)(34).

Las alteraciones cognitivas en Esquizofrenia presentan daño en muchos sistemas cognoscitivos diferentes: Memoria Declarativa Verbal y Memoria de Trabajo, Atención Sostenida, y la Función Ejecutiva (16). Esto a menudo es mencionado como un déficit generalizado, y su existencia proporciona el apoyo adicional a la probabilidad que el trastorno sea el resultado de un proceso básico como un daño general en la coordinación del procesamiento de la información, o “dismetría cognitiva”(19).

La hipótesis de trabajo compartida por la mayor parte de los investigadores es aquella en que se considera a la Esquizofrenia como una enfermedad de la conectividad neural, causada por múltiples factores que afectan el desarrollo cerebral(6).

Cuando la conectividad y la comunicación dentro del trazado de circuito neural son interrumpidas, los pacientes tienen una variedad de síntomas y daños en la cognición. Detrás de esta diversidad, sin embargo, hay un sendero final común que define la enfermedad. Para la esquizofrenia, esto es una “dismetría cognitiva”(7) que se expresaría como una dificultad para coordinar el procesamiento, la

jerarquización, la recuperación y la expresión de la información.

La esquizofrenia probablemente ocurre como una consecuencia de múltiples “gatillantes”, que incluyen alguna combinación de factores heredados genéticos y los factores externos no genéticos, que afectan la regulación y la expresión de genes, la función ejecutiva cerebral o un daño directo al cerebro.

Factores Genéticos:

Hoy día parece haber consenso en que el factor de riesgo más importante es la presencia de un familiar esquizofrénico, y al mismo tiempo que este factor genético aislado no es suficiente, se requiere de otras variables intervinientes: estresores psicosociales, alguna forma de daño adquirido del SNC, etc. (36).

Existe mayor frecuencia de Esquizofrenia en parientes de pacientes Esquizofrénicos que en la población general. El riesgo aumenta hasta cerca de un 50% en los hijos de ambos padres esquizofrénicos, y hasta 60-84% en gemelos monocigotos de pacientes esquizofrénicos(40)

Investigaciones genéticas epidemiológicas, incluyendo la familia, gemelos, y estudios de adopción han contribuido a determinar los factores genéticos y ambientales para esquizofrenia(39). Por ejemplo, los gemelos idénticos muestran cifras de concordancia medias de sólo el 50 % (38,40).

Lo que se hereda es la vulnerabilidad o predisposición genética, que requiere de la convergencia de una serie de factores adicionales para producir la expresión del trastorno. Esta convergencia causa anomalías en el desarrollo y la maduración cerebral, proceso que está en curso durante las dos primeras décadas de vida (38).

Los factores genéticos pueden causar errores en el desarrollo cerebral y las conexiones sinápticas (41).

Factores Ambientales:

Incluyen factores biológicos y psicosociales. Se

sabe que existe un riesgo aumentado de aparición de esquizofrenia en población que presenta antecedentes de noxas prenatales y perinatales, enfermedades maternas (infecciones) y complicaciones obstétricas que determinan hipoxia neonatal(42). Esto último podría estar mediado por efectos citotóxicos de la hipoxia sobre el cerebro del RN; sin embargo, debido a que la mayoría de los casos de hipoxia no cursa luego con Esquizofrenia, existiría una interacción de este factor con una vulnerabilidad genética, incrementando el riesgo de padecer la enfermedad.

Otros factores posibles no genéticos que contribuyen al aumento de riesgo incluyen los efectos de la desnutrición fetal en el desarrollo del cerebro del niño, la exposición a toxinas que dañan neuronas o afectan los sistemas de neurotransmisión (p.ej., el alcohol, anfetaminas, y retinoides), y la exposición a la radiación que podría inducir mutaciones.(44)

Los factores no genéticos son múltiples también, como ha sido demostrado por el estudio por Mortensen et Al (44). Ellos encontraron que tanto una historia familiar con antecedentes de Esquizofrenia, como factores no genéticos, como el nacimiento durante el invierno y el nacimiento en un área urbana, aumentó el riesgo relativo de esquizofrenia(45).

Los estresores psicosociales agudos parecen jugar un papel importante como factores precipitantes del primer brote y también como gatillantes de las recaídas. Por su parte los estresores psicosociales sostenidos como condiciones de vida crónicamente desventajosas o ciertos “tipos” de familia también actúan como factores de riesgo (Expresividad Emocional, Estilo de Comunicación, etc.)(43).

MATERIAL (SUJETOS) Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, analizando las fichas clínicas de la totalidad de pacientes menores de 18 años incluidos en el Programa.

Primer Episodio de Esquizofrenia desde Marzo de 2004 hasta octubre de 2005 (n=25).

Todas las entrevistas de los pacientes ingresados al Programa fueron realizadas por un Psiquiatra Infante Juvenil. El diagnóstico se realizó en base a criterios CIE 10, por medio de entrevistas semiestructuradas de pacientes e información entregada por los padres.

Para los controles (n=50), se realizaron entrevistas a los padres de jóvenes hospitalizados en los Servicios de Pediatría, Cirugía infantil y Medicina Interna del Hospital Hernán Henríquez de Temuco, y a funcionarios de los mismos servicios que tenían hijos de edades similares a los pacientes incluidos en el Programa de Esquizofrenia Primer Episodio.

Los controles fueron similares a los casos en cuanto a domicilio, edad y sexo, diferenciándose de éstos únicamente en que no padecían de la enfermedad.

Se excluyeron dentro de los casos los pacientes que ingresaron como sospecha y en los cuales se descartó posteriormente la presencia de Esquizofrenia (patologías orgánicas o psicosis de otra etiología). Se excluyeron dentro de los controles a jóvenes que presentaban síntomas psicóticos. No se excluyeron pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Pediatría que tenían antecedentes o estaban cursando durante su hospitalización con otra patología psiquiátrica fuera de la esfera de las psicosis (por ejemplo, trastornos depresivos no bipolares, trastornos de ansiedad, etcétera).

Dentro de las variables analizadas destacaban: edad de inicio de los síntomas y de diagnóstico, diagnósticos previos, antecedentes del desarrollo psicomotor, relaciones interpersonales, ajuste social, presencia de comorbilidades, antecedentes mórbidos familiares y personales, presencia de distorsiones significativas al interior de la dinámica familiar.

DISCUSION

La edad promedio de los casos fue de 15,25 y en el grupo control fue de 14.2 años. Se observa un claro predominio en los casos de población masculina, correspondiendo al 68% del total de la muestra, el porcentaje restante lo

constituyen mujeres. Esta proporción se mantiene en rangos similares en los controles.

En relación a la etnia no destaca un predominio en alguno de los grupos, estando constituida la muestra en los casos por un 32% de población mapuche y por un 26% en los controles.

La distribución de casos en cuanto a los meses de nacimiento se muestra homogénea, no destacando un predominio de nacimiento en los casos en los meses de invierno (Tabla N° 1).

El desfase entre la realización del diagnóstico de Esquizofrenia y la edad de inicio de los síntomas fue en promedio de aproximadamente 7 meses. No existe diferencia significativa según sexo (Tabla N° 2).

Los antecedentes familiares de patología psiquiátrica aparecen en un 44% de los casos en comparación con un 8,5% en controles. Dentro de estas patologías destaca la Esquizofrenia con un 20% y Trastorno Afectivo Bipolar también con un 20% (Tabla N° 3).

Tabla N°1
Características generales de la muestra: casos y controles

<i>Variable</i>	<i>Casos</i>	<i>Controles</i>
N	25	50
Sexo	17 M 8 F	32 M 18 F
Domicilio	17 urbano 8 rural	38 urbano 12 rural
Etnia	17 no mapuche 8 mapuche	37 no mapuche 13 mapuche
Media Edad	15,52 años	14,2 años
Rango Edad	10-17 años	10-17 años

El 56% de los casos tiene antecedente de Retraso en el Desarrollo Psicomotor, comparado con un 20% de los controles. El mayor porcentaje en ambos grupos se concentra en el RDSM Global (Tabla N° 4).

En el 32% de los casos existía el antecedente de noxa perinatal, en comparación con un 6% de los controles. La distosia del parto se asume como una condición de riesgo de asfixia perinatal.

Tabla N°2
Edad de diagnóstico y edad de inicio de síntomas por sexo en pacientes esquizofrénicos

	<i>Edad diagnóstico (A)</i>	<i>Edad inicio síntomas (B)</i>	<i>Desfase (A-B)</i>
Hombres	15,0 años	14,35 años	0.65 años
Mujeres	14,37 años	13,87 años	0.5 años

Tabla N° 3
Antecedentes familiares de patologías psiquiátricas

	<i>EQZ</i>	<i>TB</i>	<i>Depresión</i>
Casos	5	5	1
Controles	3	1	13

Tabla 4
Antecedentes Retraso Desarrollo Psicomotor Estudio Hosp. Hernán H. Aravena, 2005

	<i>RDSM Global</i>	<i>RDSM Motor</i>	<i>RDSM Lenguaje</i>
Casos	9	3	2
Controles	5	1	4

Las dificultades en el proceso de aprendizaje se midieron en indicadores como repitencia, presencia de dificultades específicas en el proceso de aprendizaje y abandono escolar. En el grupo de los casos, el 32 % de la muestra presentaba antecedentes de Trastorno de Aprendizaje versus un 6% de los controles. Destaca una alta tasa de abandono escolar en el grupo de casos que llega al 40% en los controles esta es muy baja. El antecedente de repitencia es de un 8%, tanto en los casos como en el grupo control.

En el 52% de los casos, se encontraron distorsiones significativas en la dinámica familiar; si se compara con el grupo control este antecedente es ostensiblemente más importante, 16%.

En relación a diagnósticos previos realizados en los casos, destaca un 24% de Trastorno de Conducta, un 20% de Trastorno Ansioso, un 12% Trastorno Depresivo. En el 20% no se realizaron diagnósticos previos y en un 20% de los casos se asociaba el Consumo de Sustancias.

Respecto a la suicidalidad el 16% de los casos presentaba el antecedente de un Intento de Suicidio, versus el 8% en el grupo control.

Los datos de Ajuste Social y Relaciones interpersonales obtenidos de los casos, muestran patrones de comportamiento descritos en la literatura como predictores: tendencia al aislamiento, escasas relaciones interpersonales, fugas del hogar, deserción escolar, problemas con la ley Servicios Sociales y uso de drogas. (24, 25, 45) (Tablas N° 5 y 6).

Tabla N° 5
AJUSTE SOCIAL (Casos)

Variables Medición de Ajuste Social	%
Fuga de Hogar	25
Uso de Drogas	35
Malas Relaciones Familiares	55
Problemas con Ley /SS	8
Deserción Escolar	73
Abandono de Tareas	52

Tabla N° 6
RELACIONES INTERPERSONALES (Casos)

Variables Medición Relaciones Interpersonales	%
Menos de 2 amigos	56
Vinculación a grupos chicos	60
Sentimientos de sentirse más sensible	48
Nunca ha pololeado	57
Aislamiento	74

Si bien los datos muestran una tendencia de hallazgos similares a los descritos en la literatura, éstos no son concluyentes si se considera el tamaño de la muestra.

Estos factores de vulnerabilidad pueden ser detectados en un nivel primario de atención, que podría definir un grupo de riesgo para ser derivado a un segundo nivel de complejidad.

Se hace necesario realizar futuras investigaciones con una muestra más importante, que incorporen instrumentos estandarizados de mayor sensibilidad y confiabilidad, para detectar y monitorear esta población de riesgo(17). Este constituye el primer paso para garantizar el éxito terapéutico de esta enfermedad, que si se trata en etapas precoces, define un curso y pronóstico más favorable (13,14).

ANEXOS

Gráfico N° 1 AJUSTE SOCIAL Y RELACIONES INTERPERSONALES

Ajuste Social (N=25)

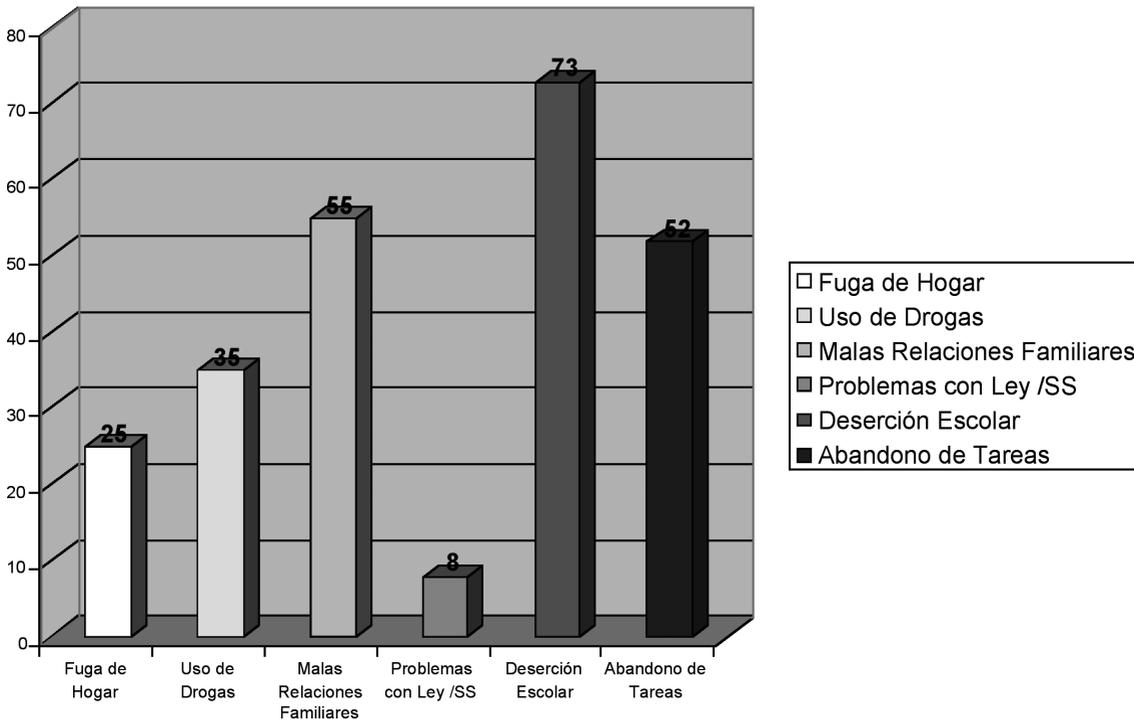
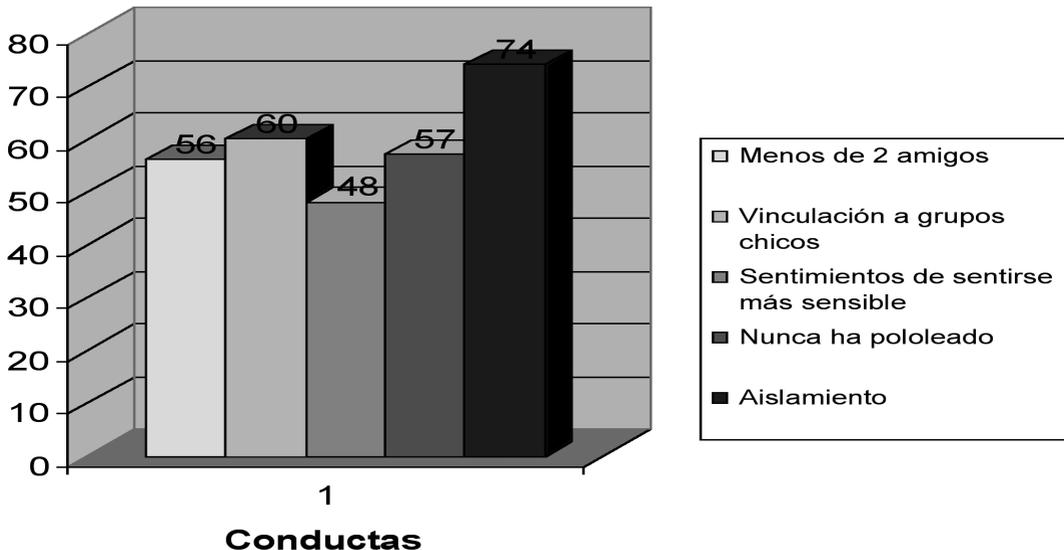


Gráfico N° 2 RELACIONES INTERPERSONALES

Relaciones Interpersonales (N=25)



BIBLIOGRAFIA

1. Mary Cannon, MD, PhD; Avshalom Caspi, PhD; Terrie E. Moffitt, PhD; HonaLee Harrington, BS; Alan Taylor, MSc; Robin M. Murray, MD, DSc; Richie Poulton, PhD: Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder. Results From a Longitudinal Birth Cohort . Arch Gen Psychiatry. 2002;59:449-456.
2. Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J, "Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature", Canadian Journal of Psychiatry, 2002; 47: 833 – 843.
3. Ministerio de Salud, Guía Clínica Primer Episodio de Esquizofrenia, 1st Ed. Santiago: Minsal,2005.
4. Ingrid Melle, Jan Olav Johannesen, Svein Friis, Ulrik Haahr, Inge Joa, Tor K. Larsen, Stein Opjordsmoen, Bjørn R. Rund, Erik Simonsen, Per Vaglum, and Thomas McGlashan. Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior, Am J Psychiatry 2006 163: 800-804.
5. J. H. Thakor, Metabolic disturbance in first-episode schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, April 1, 2004; 184(47): s76 - s79.
6. Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177:212–217.
7. Kooyman, K. Dean, S. Harvey, and E. Walsh: Outcomes of public concern in schizophrenia, The British Journal of Psychiatry, August 1, 2007; 191(50): s29-s36
8. Ashok Malla, Jennifer Payne, First-Episode Psychosis: Psychopathology, Quality of Life, and Functional Outcome. Schizophrenia Bulletin 2005, 31(3):650-671
9. Coronas R, Arrufat Fj, Domènech Cm Cobo JV: Factores de riesgo de aparición de esquizofrenia. Psiq Biol. 2002;9(3):116-25.
10. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M-B, Øhrenschaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005;331:602.
11. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: Marker or determinant of course. *Biological Psychiatry* 1999;46: 899-907
12. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis, the critical period hypothesis. Br J Psychiatry 1998;172(suppl 33): S53-9.
13. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannesen JO, Opjordsmoen S, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. Arch Gen Psychiatry 2004;61:143-50.
14. Max Marshall, MD; Shon Lewis, MD; Austin Lockwood, RMN; Richard Drake, PhD; Peter Jones, PhD; Tim Croudace, PhD, Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients A Systematic Review, Arch Gen Psychiatry. 2005;62:975-983.
15. Ingrid Melle, MD, PhD; Tor K. Larsen, MD, PhD; Ulrik Haahr, MD; Svein Friis, MD, PhD; Jan O. Johannesen, MD, PhD; Stein Opjordsmoen, MD, PhD. Prevention of Negative Symptom Psychopathologies in First-Episode Schizophrenia. Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis. Arch Gen Psychiatry. 2008;65(6):634-640.
16. Joyce E, Hutton S, Mutsatsa S, Gibbins H, Webb E, Paul S, Robbins T, Barnes T. Executive dysfunction in first-episode schizophrenia and relationship to duration of untreated psychosis: the West London Study. Br J Psychiatry Suppl. 2002, Sep;43: s38-44.
17. Klosterkotter J, Hellmich M, Steinmeyer E, Schultze-Lutter F: Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. Arch Gen Psychiatry. 2001, vol 58, feb.
18. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, McGorry PD. Risk factors for psychosis in an ultra high risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res. 2004, 67:131-42.
19. Wyatt RJ, Early intervention for schizophrenia: Can the course of the illness be altered? Biological psychiatry. 1995, (38):1-3
20. Norman RM, Malla AK, Manchanda R, Townsend L, Premorbid adjustment in first

- episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(1):30-9
21. Castro - Fornieles, J. Parellada M., González-Pinto A., Moreno D., Graell M., Baeza I. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): design and baseline results, 31 January 2007. *Schizophrenia Research* March 2007 (Vol. 91, Issue 1, 226-237).
 22. McClellan J, McCurry C, Speltz ML, Jones K. Jon Mc Clellan, M.D., Chris Mc Curry, P. Symptom factors in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002, Jul; 41(7):791-8.
 23. Asarnow J. R. ; Tompson M. C. ; Goldstein M.J. Childhood-onset schizophrenia: a followup study: Childhood-onset schizophrenia *Schizophrenia bulletin.* 1994, vol. 20, nº4, 599-617.
 24. Jon McClellan, M.D., Chris Mc Curry, Ph D., Matthew L. Speltz, Ph. D. and Karen Jones, Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(6):666-72.
 25. Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P, Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1998;172:289-90.
 26. Woods BT. Is schizophrenia a progressive neurodevelopmental disorder? Toward a unitary pathogenetic mechanism. *Am J Psychiatry* 1998;155:1661-1670.
 27. Andreasen NC, Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *Lancet* 1995; 346: 477-481.
 28. Rochelle Caplan, Sondra Perdue, Peter E. Tanguay , Barbara Fish Formal Thought Disorder in Childhood Onset Schizophrenia and Schizotypal Personality Disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1990;31(7):1103-1114.
 29. McClellan J, McCurry C, Early onset psychotic disorders: diagnostic stability and clinical characteristics. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1999;8 Suppl 1:113-9.
 30. Barrera P, Alvaro; Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* 2006; 44(3): 215-221.
 31. Orellana V, Gricel, Slachevsky Ch, Andrea y Silva, Jaime R. Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2006, 44;1: 39-47.
 32. Andreasen NC. Understanding the causes of schizophrenia. *N England J Med.* 1999; 340:645-647
 33. Andreasen NC, Paradiso S, O'Leary DS. "Cognitive dysmetria" as an integrative theory of schizophrenia: a dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? *Schizophr Bull* 1998; 24:203-218.
 34. Walker E, Savoie T, Davis D. Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994;20:441-451.
 35. Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., et al Child Development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 1994; 344:1398 -1402.
 36. Murray RM, Jones P, O'Callaghan E, Takei N, Sham P. Genes, viruses and neurodevelopmental schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 1992; 26(4):225-35.
 37. Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. *Biological Psychiatry.* 47, 3:210 - 220
 38. Jones P, Murray RM. The genetics of schizophrenia is the genetics of neurodevelopment. *Br J Psychiatry* 1991;158:615-623.
 39. Franzek E., Beckmann H., Different Genetic Background of Schizophrenia Spectrum Psychoses: A Twin Study, *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 76 - 83.
 40. Patrick F. Sullivan, Kenneth S. Kendler, and Michael C. Neale, Schizophrenia as a Complex Trait: Evidence from a Meta-analysis of Twin Studies *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60: 1187 - 1192.
 41. Mimics K, Middleton FA, Lewis DA, Levitt P (2001) Analysis of complex brain disorders with gene expression microarrays: schizophrenia as a disease of the synapse. *Trends Neurosci* 24:479-486.
 42. Kendell RE, Juszczak E, Cole SK, Obstetric complications and schizophrenia: a case control study based on standardised obstetric records. *Br J Psychiatry.* 1996; 168(5):556-61.
 43. Diego Jiménez Morón, Aportaciones Psicosociales y Familiares. *Las Esquizofrenias: Alfonso Chinchilla, Editorial Masson S.A., 1996, 89- 98.*
 44. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard

- T, et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999;340:603-608.
45. Weiser, M., Van Os, J., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Nahon, D., Kravitz, E., Lubin, G., Davidson, M. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 2007, 191: 320-324.

La correspondencia referida a este artículo debe ser enviada a:

Dra. Carolina Berríos Quiroz
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Montt 112, Temuco, IX Región.
e-mail: cberrios@ufro.cl
Fax: (45) 325736

Tratamiento de adolescentes en unidad de corta estadía de fármaco-dependencia

Marcela Matamala¹, Alejandro Maturana², Pablo Olguín³

RESUMEN

Introducción: La investigación y sistematización del tratamiento en el consumo problemático de alcohol y drogas es muy escasa en nuestro país. El objetivo del estudio fue describir el perfil clínico, social y tratamiento de adolescentes que ingresan a una unidad de farmacodependencia. **Material y método:** Revisión retrospectiva con protocolo de estudio previamente diseñado, de los registros clínicos de pacientes adolescentes ingresados a la unidad de corta estadía en farmacodependencia de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Periodo 2000 al 2006. **Resultados:** 58 adolescentes, 65,5% varones, promedio de edad de 17,1 años, rango entre 13 y 19 años. Escolaridad desfavorable en el 60%. El 79% proveniente de familias nucleares o uniparentales y el 21% de familias extendidas o con convivencia inestable. Principales motivos de hospitalización: abuso de sustancias, intento de suicidio e imposibilidad de tratamiento ambulatorio. La mayoría con poli-consumo y un patrón de consumo severo. Drogas más frecuentes: alcohol, marihuana y en menor grado, pasta base. Diagnóstico de consumo: abuso 20%, abuso y dependencia en un 40% y dependencia en 40%. Comorbilidades frecuentes: trastorno de personalidad, trastorno de conducta, trastorno del ánimo y trastorno por déficit de atención. El 70 % completó con una duración promedio de 30,4 días. El 50% requirió más de 2 intervenciones terapéuticas en forma simultánea. El 96% de

los pacientes utilizó 2 o más fármacos para el tratamiento. La derivación al momento de alta fue un 63% a tratamiento ambulatorio y un 27% a tratamiento residencial. Conclusiones: Perfil de adolescentes con importante comorbilidad, con consumo prolongado, del tipo policonsumo, lo que modifica la sintomatología y da la expresión al consumo problemático. Se enfatiza la importancia de investigar y construir el perfil clínico de cada unidad como eje fundamental en la toma de decisiones y en la intervención clínica. Se destaca la duración prolongada del tratamiento hospitalizado como estabilización del paciente y preparación del tratamiento posterior. Se deben generar las condiciones necesarias para evitar el abandono por problemas económicos.

Palabras claves: Adolescentes, abuso y dependencia de sustancias, tratamiento, terapia familiar

ABSTRACT

Introduction: There is scarce investigation and systematization of the treatment of problematic consumption of alcohol and drugs in our country. The objective of the study was to describe the clinical and social profile and the treatment received by adolescents who were admitted in a drug dependence unit. **Subjects and methods:** The clinical charts of patients who were admitted from 2000 to 2006 in the unit for brief stay at the Psychiatric Clinic of the Universidad of Chile were reviewed with a previously designed study protocol. **Results:** 58 adolescents, 65.5% male, age average of 17.1 years old, range between 13 and 19 years. Abnormal scholar history in 60%, 79% belonging to nuclear families and 21% to extended families or with unstable coexistence. Main reasons of hospitalization were substan-

¹ Psiquiatra Infantil.

² Psiquiatra Infantil, Académico Universidad de Chile.

³ Psiquiatra Adultos.

Trabajo realizado en la Unidad de Farmacodependencia de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile.

Trabajo recibido 28 Agosto 2008. Aceptado para publicación 25 Septiembre 2008.

ce abuse, suicide attempt and failure or contraindication of ambulatory treatment. Most adolescents had abuse of several substances and a pattern of severe consumption. Most frequent substance abuse: Alcohol, Marijuana and in smaller degree, cocaine base paste. Consumption diagnosis: abuse 20%, abuse and dependence 40% and dependence 40%. Frequent Comorbidity: Personality Disorder, Behavioural Disorder, Mood disorder and attention deficit disorder. 70% completed the treatment with a average stay of 30.4 days. 50% required more than 2 simultaneous therapeutic interventions. 96% of the patients used 2 or more drugs for the treatment. At discharge, 63% were referred to ambulatory treatment and 27% to residential treatment. Conclusions: Adolescents with intreatment for substance abuse present with frequent comorbidity, with long lasting consumption, and use multiple drugs. All these factors modify the presenting symptoms and shed light to the problematic substance abuse. We emphasize the importance of investigating the clinical profile of adolescents in each intreatment unit as a fundamental axis in the decision making process and in clinical intervention. The long length of the hospitalized treatment serves the purpose of achieving the patient's stabilization and preparation for the ulterior treatment. The necessary conditions should be generated to avoid dropout for financial problems.

Key words: Adolescent, substance Abuse and dependence, treatment, family therapy

INTRODUCCIÓN

Los patrones de uso de sustancias entre adolescentes varían sustancialmente a lo largo del tiempo y entre distintos grupos culturales (1). Un hallazgo universal en diferentes estudios es que el uso de drogas aumenta desde la adolescencia a la adultez temprana, para luego declinar en edades posteriores. Por lo tanto, la adolescencia marca un período de riesgo para el inicio del uso de drogas (2,3).

La historia natural de los Trastornos por Uso de Alcohol (TUA) en adolescentes se define por características fenotípicas específicas del desarrollo. Eso debiera tenerse en cuenta en

evaluaciones clínicas para proveer el contexto de desarrollo para investigaciones en el tratamiento. Mientras que el consumo de alcohol puede ser el foco primario de tratamiento, otras importantes consecuencias, comorbilidades y complicaciones deben revisarse para obtener desenlaces exitosos en el desarrollo (4).

El tratamiento de adolescentes con Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) tiene como finalidad lograr y mantener la abstinencia, la que se considera como meta explícita a largo plazo (5).

Una visión realista reconoce tanto la cronicidad de TUS en algunos grupos de adolescentes como la naturaleza autolimitada del uso de sustancias y problemas asociados. De esta forma la reducción de daños podría ser un objetivo intermedio implícito. Incluyendo la reducción en el uso de la sustancia y efectos adversos, reducción en la severidad y frecuencia de las recaídas, y mejoría en uno o más dominios del funcionamiento del adolescente (ej. rendimiento académico o funcionamiento familiar).

Es de vital importancia la implementación de un plan de tratamiento clínico multimodal que apunte a:

- Motivación y compromiso del adolescente.
- Participación de la familia para mejorar la supervisión, monitoreo y comunicación.
- Mejorar la resolución de problemas, habilidades sociales y prevención de recaídas.
- Comorbilidad psiquiátrica con tratamiento psicosocial o farmacoterapia.
- Ecología social en términos de aumentar comportamientos prosociales, relaciones con pares, y funcionamiento académico.
- Duración adecuada de tratamiento y seguimiento

Los programas de desintoxicación proporcionan una retirada supervisada de la droga de dependencia de tal forma que la severidad de los síntomas de abstinencia y potencial de complicaciones médicas serias se reduzcan al mínimo (6). En las desintoxicaciones "medicadas", los síntomas de abstinencia se minimizan o suprimen con la administración

de agentes con tolerancia-cruzada a la droga de dependencia y con mayor vida media, los cuales se reducen gradualmente. Las metas de la desintoxicación, deben ser consideradas como un proceso que busca una retirada segura de la droga de dependencia, no como un tratamiento de la dependencia per se (7).

En forma secundaria, la desintoxicación permite reducir daños y complicaciones médicas potenciales (ej. delirium tremens), tener una ocasión para reflexionar sobre la necesidad de cambiar el patrón de consumo, y un preludio a formas más específicas de intervención para lograr mantener la abstinencia (8).

El tratamiento de los jóvenes debiera separarse del de adultos, por las siguientes razones:

- La necesidad de centrar el tratamiento en temas de desarrollo.
- Las diferencias en motivación entre adolescentes y adultos.
- Las diversas perspectivas que tienen los adultos y los jóvenes de la vida y necesidades.

La duración del tratamiento debe ajustarse a las necesidades del paciente según su fase del desarrollo y "fase de cambio", pudiendo variar entre al menos 30 días, 3 a 6 meses para la mayoría de los pacientes ambulatorios y años para pacientes críticos hospitalizados. Los adolescentes con TUS debieran tratarse en el escenario menos restrictivo posible que sea seguro y eficaz (9).

Conocer el perfil clínico y psicosocial de adolescentes que ingresan a estabilización y desintoxicación resulta fundamental, especialmente a la hora de diseñar planes clínicos de intervención. Actualmente, la investigación en consumo problemático de drogas en adolescentes es muy escasa en nuestro país y hace algunos años prácticamente inexisten-

te. Considerando lo anterior, nos propusimos como objetivo realizar una descripción del perfil clínico y psicosocial de los adolescentes que ingresan a tratamiento y rehabilitación en consumo problemático de alcohol y drogas, a nuestra Unidad de Corta Estadía en Fármaco-dependencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de los antecedentes clínicos de todos los adolescentes con diagnóstico de TUS hospitalizados en la Unidad de farmacodependencia de la clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, entre los años 2000 y 2006. Se elaboró una ficha de recolección de datos que incluyó antecedentes como el tipo de familia (nuclear, monoparental, extendida, convivencia inestable), escolaridad del adolescente, motivo de hospitalización, tipo de y cantidad de drogas consumidas, factores de riesgo de consumo (individuales, familiares, sociales), factores protectores, diagnóstico de consumo (abuso, dependencia o ambas), presencia y tipo de comorbilidad, promedio de días de hospitalización, familiar o institución responsable del cuidado del paciente, duración del tratamiento, exámenes complementarios (psicometría, de personalidad, neuroimágenes), terapia recibida (control de riesgo de fuga, terapia ocupacional, psicoterapia grupal, individual o ambas), fármacos utilizados (urgencia o terapia continua), presencia de síndrome de abstinencia, lugar de derivación al alta (tratamiento ambulatorio o residencial).

RESULTADOS

La muestra correspondió a 58 adolescentes, 38 (65,5%) varones y 20 (34,5%) mujeres. El promedio de edad fue 17,1 años con un rango entre 13 y 19 años. La mayoría (88%) tenían edades entre 16 y 19 años. En la tabla 1 se

Tabla 1

Edad (años)	13	14	15	16	17	18	19
N°	1	3	3	10	17	14	10
Porcentaje	1,7%	5,2%	5,2%	17,2%	29,3%	24,2%	17,2%

muestra la distribución porcentual de acuerdo a la edad. Los pacientes ingresaron por consulta espontánea o derivados de otros centros hospitalarios. La mayoría tenía domicilio en la región metropolitana (77,6%) y el resto provenía de provincias (22,4%), desde Iquique hasta Rancagua. Todos los pacientes eran solteros, 5 tenían hijos (3 varones y 2 mujeres). El 75% asistía al colegio al momento del ingreso, el 60% tenía historia escolar desfavorable, y el 67% había cursado o cursaba enseñanza media. El 79% de los pacientes provenía de familias nucleares o uniparentales y el 21% de familias extendidas o con convivencia inestable. En la figura 1 se muestra la distribución

porcentual según la familia de origen. Los principales motivos de hospitalización fueron: abuso de sustancias, intento de suicidio e imposibilidad de tratamiento ambulatorio, alcanzando en conjunto el 67% de los ingresos. El 33% restante correspondió a otras causas con porcentajes menores al considerarlas por separado (Dependencia de pasta base, desajuste conductual, esquizofrenia, consumo sintomático, estudio y evaluación, inhalación de sustancias, manejo consumo de alcohol, orden judicial, retardo mental y consumo, síntomas depresivos, trastorno de conducta, tratamiento adicción). La figura 2 muestra las principales causas de ingreso de los adoles-

Figura 1

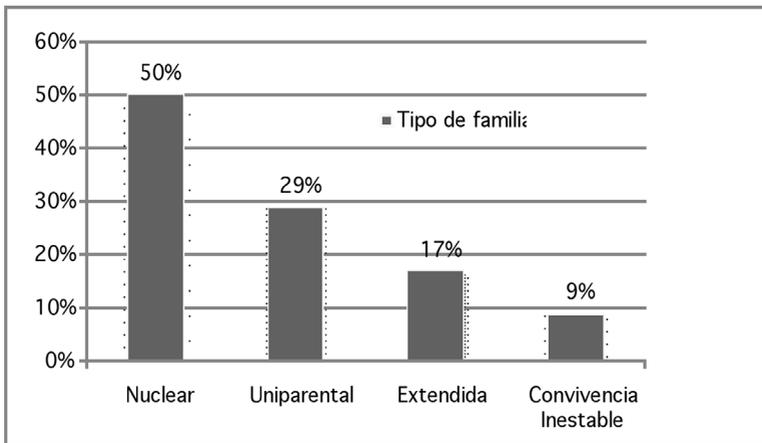
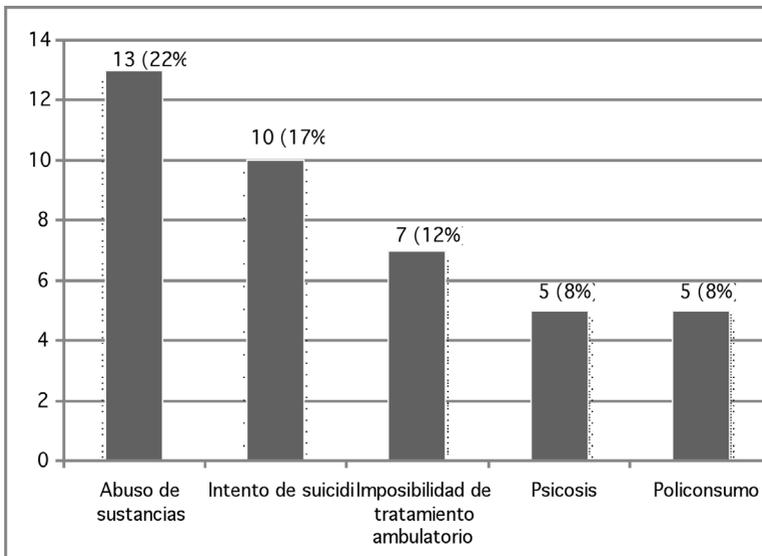


Figura 2



centes. La mayoría de los pacientes presentaba poli-consumo, y un patrón de consumo severo, las drogas más frecuentes fueron: el Alcohol, la Marihuana y en menor grado, la pasta base. Al analizar los factores de riesgo de consumo, encontramos que el 58% tenía factores de riesgo individuales graves, el 81% tenía factores de riesgo familiares moderados o graves y casi todos (95%) tenían factores de riesgo sociales moderados o graves. El factor protector más frecuente fue: el Contexto familiar. Diagnóstico de consumo: abuso 20%(12), abuso y dependencia en un 40% (23) y dependencia en 40%(23). La mayoría presentaba dos o más comorbilidades y las principales fueron: trastorno de personalidad, trastorno de conducta, trastorno del ánimo y trastorno por déficit de atención. La figura 3 muestra la distribución de los diagnósticos de comorbilidad de los adolescentes. Se hospitalizaron en promedio 8 pacientes por año, los que se distribuyeron de la siguiente manera: 14 el 2000, 6 el 2001, 7 el 2002, 4 el 2003, 8 el 2004, 10 el 2005 y 9 el 2006. Todos los pacientes tenían un adulto responsable a quien recurrir

(62% madres, 31% padres y otros en 7%). La hospitalización fue requerida en el 58% por los padres, el 23% por otro médico, 7% consulta espontánea, 5% padres y médico, 5% otros familiares y 2% juzgado. La evaluación diagnóstica se realizó en la mayoría de los pacientes: exámenes generales en el 82%, de personalidad en el 56%, psicometría en el 44 % y neuroimágenes en el 44%. El 70 % (41 pacientes) realizó el tratamiento completo con una duración promedio de 30,4 días. El 30% que abandonó el tratamiento lo hizo principalmente por razones económicas (17 pacientes) y en menor proporción por fugas (3 pacientes). El control de riesgo efectuado más frecuente fue de fuga (34%), seguido de otros con porcentajes menores (auto-agresión, hetero-agresión, suicidio, etc.). La mayoría (50%) requirió más de 2 intervenciones terapéuticas en forma simultánea. En la tabla 2 se muestra la distribución porcentual de los tres tipos de intervenciones terapéuticas realizadas. El 96% de los pacientes utilizó 2 o más fármacos para el tratamiento. Los fármacos más utilizados fueron las benzodiacepinas, los suplementos

Figura 3

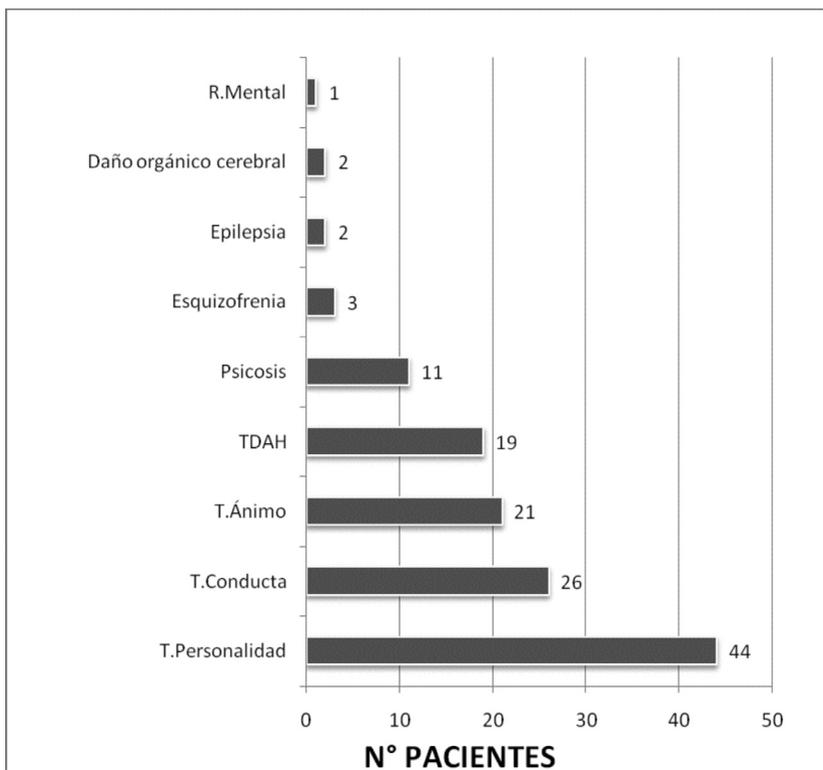


Tabla 2

INTERVENCION TERAPEUTICA			
	Terapia ocupacional	Psicoterapia grupal	Psicoterapia individual
N° / Porcentaje	37 / 63,7%	34 / 58,6%	28 / 42,3%

vitamínicos y los antipsicóticos atípicos. La figura 4 muestra los porcentajes de fármacos utilizados en el grupo de adolescentes tratados. El 22% requirió fármacos de urgencia, principalmente lorazepam más haloperidol. El 44% de los pacientes presentó síndrome de abstinencia, generalmente por alcohol y marihuana, siendo “craving” el principal síntoma. La derivación al momento de alta fue un 63% a tratamiento ambulatorio y un 27% a tratamiento residencial.

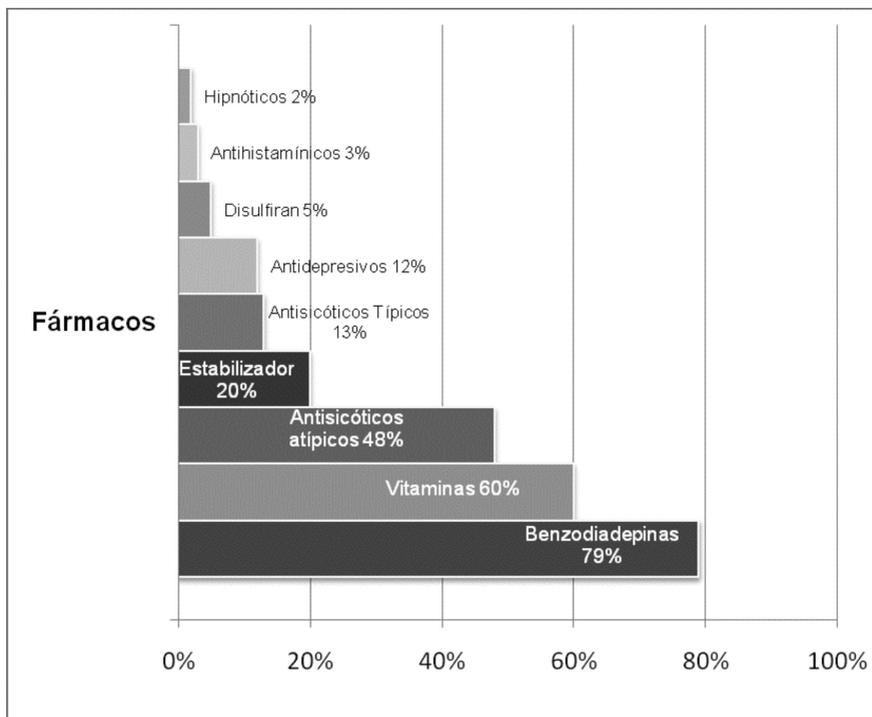
DISCUSION

El perfil clínico corresponde a adolescentes con comorbilidad psiquiátrica, lo que que

modifica la sintomatología que da expresión al consumo problemático de drogas. Los consumos son de larga data, del tipo poli-consumo, en el cual las drogas más frecuentes son alcohol, marihuana y pasta base. Esta descripción de los pacientes que ingresan a nuestra Unidad de Farmacodependencia revela la importancia de investigar y evidenciar esta realidad particular como un eje fundamental en la toma de decisiones y de intervención clínica.

En relación al tratamiento, la literatura revela que los adolescentes con TUS tienen respuestas heterogéneas al tratamiento, incluyendo la abstinencia, consumo no-problemático y consumo problemático crónico, hecho que corro-

Figura 4



boramos en nuestro estudio (9).

La Entrevista Motivacional (EM) es uno de los métodos de intervención más efectivos en abuso de sustancias, particularmente por aumentar el ingreso y compromiso a programas más intensivos de tratamiento. La evidencia reafirma utilidad de la EM tanto en abusadores como en dependientes a sustancias (10). Tratamientos psicosociales, ya sea psicoterapia o consejería antidrogas, son útiles para pacientes con trastornos adictivos, con efecto de leves a moderados.

Con respecto a la Farmacoterapia, hay resultados favorables con el tratamiento usando Lítio y Sertralina pero realizados en adolescentes con comorbilidad de Trastornos Afectivos. A la fecha no existen fármacos altamente efectivos para tratar la dependencia a cocaína o alcohol, las terapias psicosociales tienen un valor en sí mismas y de ellas depende el éxito o el fracaso del tratamiento (11). En nuestra experiencia tampoco se ha logrado un consenso en relación al tratamiento farmacológico de los pacientes, siendo hasta el momento influenciado éste por la comorbilidad.

Las terapias basadas en la familia han sido el enfoque más estudiado y la aproximación más probada para adolescentes con mal uso de drogas. Pueden reducir el abuso de drogas y los problemas conductuales correlacionados y modificar múltiples áreas de funcionamiento relacionadas con el origen y continuación de los problemas de drogas, incluyendo la conexión con grupos de riesgo, dificultades escolares y ambientes familiares disfuncionales. Parecen ser más efectivas que otros tratamientos porque más adolescentes reportan abstinencia o reducción del consumo de sustancias (12,13). La ausencia del enfoque familiar como estrategia terapéutica en la desintoxicación de nuestros pacientes corresponde a una de las debilidades del programa, sin embargo en esta muestra se evidencia que el principal factor protector es el contexto familiar.

Las terapias Cognitivo-Conductuales en teoría encajan con la etapa de desarrollo de la adolescencia, estimula al paciente a desarrollar

metas y habilidades independientes, le enseña al sujeto a tomar el control a través del entendimiento de las motivaciones y gatillantes del uso de sustancias.

Dentro del tratamiento la aceptación y sometimiento en un momento en que el adolescente está desarrollando la identidad y poder personal parecen difíciles, asimismo algunos conceptos como espiritualidad pueden parecer muy abstractos para los adolescentes (14).

Creemos que los periodos prolongados de desintoxicación, como lo encontrado en esta revisión (1 mes) pueden favorecer la estabilización y la preparación para la continuidad en el tratamiento posterior, ya sea hacia tratamientos ambulatorios o en espacios residenciales.

En resumen, la literatura coloca en evidencia la importancia señalada en la literatura de planes de tratamiento exitosos, la integración de distintas evaluaciones e intervenciones, diseñadas para un periodo de estabilización y desintoxicación. Se observa la necesidad de generar las condiciones, en cuanto a recursos necesarios, para que los sujetos no abandonen intervenciones adecuadamente indicadas, por motivos económicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Fulkerson J, Harrison P, Beebe T. DSM-IV substance abuse and dependence: are there really two dimensions of substance use disorders in adolescents? *Addiction*. 1999, 94(4):495-506.
2. Martin C, Langenbucher J, Kaczynski N, Chung T. Staging in the onset of DSM-IV alcohol symptoms in adolescents: survival/hazard analyses. *J Stud Alcohol*. 1996, 57:549-558.
3. Compton W, Thomas Y, Conway K, Collier J. Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am J Psychiatry*. 2005, 162 (8):1494-502.
4. Clark D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 2004, 99 (2): 5-22.
5. Bukstein O, Bernet W, Arnold V. Work Group on Quality Issues. Practice para-

- meter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005, 44(6):609-21.
6. Blondell R, Smith S, Canfield M, Servoss T. Abstinence and initiation of treatment following inpatient detoxification. *Am J Addict*. 2006, 15(6):462-67.
 7. Blondell R, Amadasu A, Servoss T, Smith S. Differences among those who complete and fail to complete inpatient detoxification. *J Addict Dis*. 2006, 25(1):95-104.
 8. Martin C, Langenbucher J, Kaczynski N, Chung T: Staging in the onset of DSM –IV alcohol symptoms in adolescents: survival/hazard analyses. *J Stud Alcohol* 1996, 57:549-58.
 9. Currie J. *Prácticas Óptimas. Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Estrategia canadiense contra la droga.* Ontario: Publication Health 2001.
 10. Dunn C, Deroo L, Rivara F. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001, 96: 1725-1742.
 11. Woody G. Research Findings on Psychotherapy of Addictive Disorders. *Am J Addict* 2003, 12: 19-26.
 12. Crits-Christoph P, Siqueland L. Psychosocial treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996, 53(8):749-56.
 13. Liddle H. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*. 2004, 99 (2):76-92.
 14. Deas D, Thomas S. An Overview of Controlled Studies of Adolescent Substance Abuse Treatment. *Am J Addict* 2001, 10:178-189.

La correspondencia referida a este artículo debe ser enviada a:

Dra. Marcela Ximena Matamala Bastian
Fono fijo: 4152298, Fono cel: 093246112
e.mail: mxmbcl@yahoo.es

Un matrimonio que impulsó la Neurología en Chile

Sra. Anita Gaete¹

Un matrimonio que impulsó la neurología en Chile

Este año, nuestro país perdió a dos pioneros en el desarrollo de la neurocirugía y el estudio de la epilepsia en Chile. Con más de 50 años de destacadas trayectorias, los doctores Luciano Basauri y Nelly Chiofalo compartieron una vida llena de aportes a la investigación médica, la actividad académica y el ejercicio clínico.

Con sólo dos meses de diferencia, durante 2008 el mundo médico vio partir a dos de sus más reconocidos exponentes en el ámbito de la neurología, el doctor Luciano Basauri Tocchetton y la doctora Nelly Chiofalo Santini. Dos vidas marcadas por un interés común, la investigación del cerebro humano y el desarrollo de la neurocirugía en nuestro país. Sin embargo, eso no fue todo: los destacados médicos estuvieron casados por casi 50 años.

Quienes los conocieron destacan la gran cercanía y cariño entre ambos y hacia sus dos hijos, Cristián y Rodrigo. Sin embargo, cada uno desarrolló una brillante carrera profesional que dejó huellas en las siguientes generaciones de médicos y en los cientos de pacientes que los doctores atendieron a lo largo de su ejercicio, y que motivó el hondo pesar que siguió al deceso del Dr. Basauri, en febrero pasado, y de su esposa, en abril.

Pero son sin duda sus aportes al desarrollo de la neurología chilena los que perdurarán intactos en el recuerdo no sólo de sus cercanos, sino también de los círculos médicos y académicos del país.

Dr. Luciano Basauri, neurocirujano de vocación

El Dr. Luciano Basauri nació en Curicó. Tras estudiar en el Instituto San Martín de esa ciudad, decidió estudiar Medicina e ingresó a la Universidad de Concepción, emigrando luego a la Universidad de Chile, en Santiago, donde se tituló en 1956.

Su interés por la neurocirugía lo llevó a completar sus estudios en el Hospital Salvador y el Instituto de Neurocirugía, donde compartió con sus colegas Dr. Reinaldo Poblete y Dr. Juan Luis Fierro. Con ellos fundaría en 1966 la Sociedad de Neurocirugía de Chile.

Antes de ese hito en su vida médica, su labor fue reconocida con una beca de la Fundación Rockefeller para viajar hasta el Massachusetts General Hospital de la Universidad de Harvard en Boston, en Estados Unidos, donde permaneció entre 1960 y 1962.

Pero esa no fue su única incursión en el extranjero. En 1975 el gobierno francés invitó al Dr. Basauri a conocer los avances de la Neurocirugía en ese país. Ahí se dedicó especialmente al estudio de la esterotaxia y de la neurorradiología intervencionista, novedosas técnicas cuyo desarrollo en Chile decidió liderar al volver de su viaje.

Asimismo, el Dr. Basauri tuvo una gran trayectoria a nivel académico. Siendo profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile desde 1984, formó generaciones de neurocirujanos, neurorradiólogos e incluso de especialistas en Medicina Nuclear, esto último a través del Instituto de Neurocirugía, donde contribuyó fuertemente en el conocimiento científico del país al encabezar el desarrollo de

¹ Periodista SOPNIA

la Medicina Nuclear en esa institución.

El Dr. Basauri protagonizó el desarrollo de la Neurocirugía Pediátrica y fue pionero de la cirugía cráneo-facial y de la base de cráneo en Chile. Fue presidente de la sociedad de Neurocirugía en 1980. En 1994 fue designado presidente del Capítulo Chileno del American College of Surgeons, organizando desde ese puesto distintos congresos anuales para analizar los avances de la tecnología médica. En el año 2001, la Sociedad de Neurocirugía de Chile le otorgó la medalla "Profesor Dr. Alfonso Asenjo Gómez".

El Dr. Luciano Basauri fue miembro del Directorio y jefe de Neurocirugía de la Clínica Las Condes, desde donde, combinando su rol como académico, convocó diversos simposios para estudiar los avances de la cirugía de cráneo abierto y la radiocirugía.

Sus colegas lo consideran un adelantado en el uso de avanzadas tecnologías en las cirugías, como la robótica y otras técnicas para ver la parte del cerebro intervenida, como el scanner, revolución que él mismo impulsó en Chile.

Dra. Nelly Chiofalo, a Chile por amor

Nacida en Mendoza, Argentina, la Dra. Nelly Chiofalo estudió medicina en la Universidad de Córdoba, donde se tituló de médico cirujano en 1955.

Tras asistir a una charla en Buenos Aires del destacado neurólogo chileno Dr. Alfonso Asenjo, postuló a una beca en el Instituto de Neurocirugía. Esta decisión la llevó a convertirse en 1957 en la primera mujer becada en esa institución, por lo que viajó a Chile con la

intención de quedarse por un año.

Sin embargo, dos años después obtuvo la nacionalidad chilena y se casó con el Dr. Luciano Basauri. Y se quedó en el país hasta su muerte, en abril pasado.

Estudió becada en la Universidad de Harvard y en la Clínica Mayo en Estados Unidos. En su paso por Francia, se dedicó a la cirugía de exploración profunda del cerebro.

La Dra. Chiofalo fue socia fundadora de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y fundadora y presidenta de la Liga Chilena contra la Epilepsia, campo en el que centró sus mayores esfuerzos, lo que la convirtió en una de los principales expertos en relación con esta enfermedad en el país, planteándose como uno de sus principales objetivos ayudar a los pacientes epilépticos a reintegrarse a la sociedad y trabajar por su plena aceptación en ella.

La Dra. Nelly Chiofalo fundó y presidió también la Sociedad Chilena de Electroencefalografía y encabezó el Departamento de Electroencefalografía del Instituto de Neurocirugía. Se especializó, asimismo, en trastornos del sueño. En su rol como académica, fue profesora de Neurofisiología Clínica en la Universidad de Chile.

Este matrimonio sin duda que fue un gran aporte a la medicina chilena y el trabajo de ambos por más de 50 años, perdurará en las generaciones futuras de neurólogos.

Estamos solicitando a neurólogos infantiles que la conocieron nos hagan llegar algunos comentarios personales acerca de la Dra. Nelly Chiofalo, estos serían publicados en Cartas al Director.

Indice bibliográfico de Trabajos Publicados Junio 1993 - Octubre 2008

Sra. Carolina Martínez¹

<i>Año</i>	<i>Vol. N°</i>	<i>Título</i>	<i>Autores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Página</i>
Junio 93	4 1	Espasmos masivos secundarios a hiperglicemia no cetósica	Dra. Verónica Burón, Dr. Marcelo Devilat, Dr. Marcelo Ducheylard, Dr. Aballa Harem, Dr. Bolívar Valenzuela	Trabajo de Ingreso	6
Junio 93	4 1	Epilepsia benigna de la infancia con paroxismos occipitales (BEOP), estudio clínico y electroencefalográfico	Dra. Anahí Martínez, Dr. Juan Enrique González, Dr. Antonio Fuentes	Trabajo de Ingreso	7
Junio 93	4 1	Efectos de la P-Cloro-Fenilalanina sobre las conductas inducidas por apomorfina y anfetamina en gatos adultos	Dr. Claudio Briones, Dr. Ariel Gómez, Dra. Málaga González, Dr. Elías Motles	Trabajo de Ingreso	8
Junio 93	4 1	Afasia mixta post TEC en una niña de 9 años: caso clínico	Flgo. Marcelo Díaz, Dr. Claudio Briones	Trabajo de Ingreso	8
Junio 93	4 1	Consultas infantiles por sospecha de convulsiones o epilepsia. Análisis de 1 año	Dr. Jorge Förster, Dra. Freya Fernández Dra. Clara Frenkel	Trabajo de Ingreso	10
Junio 93	4 1	Epilepsia intratable neuroimágenes y cirugía	Dr. Sergio Valenzuela	Trabajo de Ingreso	11
Junio 93	4 1	Craneosinostosis (1980-1989). Análisis de su terapia en la última década	Dr. Arturo Zuleta	Trabajo de Ingreso	11
Junio 93	4 1	Talleres literarios para niños con trastornos de aprendizaje discusión de una experiencia	Dra. María Soledad Herrera, Ps. Gabriela Sepúlveda, T.O. Marisol Orellana	Trabajo Original	13
Junio 93	4 1	Trastornos específicos del aprendizaje. Un desafío particular para cada niño	Dra. Cecilia Breinbauer	Revisión	20
Junio 93	4 1	El Instituto de Neurocirugía algo sobre su historia y trabajo clínico quirúrgico	Dra. Lilian Cuadra	Actividades Centros Asistenciales	34
Junio 93	4 1	Area sur oriente de Santiago Hospital Roberto del Río	Dra. Alejandra Cerón	Actividades Centros Asistenciales	36

¹ Secretaria, Soc. Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

Junio 93	4	1	Anxiety disorders in children and adolescents	Dra. Virginia Boehme, Ps. Gabriela Sepúlveda	Revisión de Libros y Revistas	37
Junio 93	4	1	Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias, Jerome Frank. Departamento de Psiquiatría, The Johns Hopkins University Medical School, Baltimore Maryland, en cognición y psicoterapia	Ps. Gabriela Sepúlveda	Revisión de Libros y Revistas	38
Junio 93	4	1	Dunkeld Turnbull, J. Early Intervention for children with or at risk of cerebral Palsy.	Dra. Isabel López	Revisión de Libros y Revistas	39
Junio 93	4	1	The treatment of epilepsy: principles and practice	Dr. Tomás Mesa	Revisión de Libros y Revistas	40
Junio 93	4	1	Contacto precoz piel a piel; efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos	Dra. Isabel López	Revisión de Libros y Revistas	40
Junio 93	4	1	Intellectual and physical outcome of children undernourished in early life is influenced by later environmental conditions	Dra. Freya Fernández	Revisión de Libros y Revistas	41
Junio 93	4	1	Jamieson PN: Neurology Research : A Journal Survey 1980-1990	Dra. Isabel López	Revisión de Libros y Revistas	41
Diciembre 93	4	2	El estructuramiento genético de Jean Piaget desde la perspectiva del Psiquiatra Infantil	Dr. Carlos Almonte	Trabajo original	9
Diciembre 93	4	2	Tratamiento farmacológico del Status epiléptico	Dr. Raúl Escobar	Revisión	22
Diciembre 93	4	2	Beneficios del uso del ácido valpróico en niños	Dra. Marta Hernández	Revisión	25
Diciembre 93	4	2	Una nueva clasificación de los trastornos del lenguaje	Flga. Angélica Cunazza, Flgo. Marcelo Díaz	Revisión	30
Diciembre 93	4	2	Ética: Conocimiento indispensable para el clínico	Dr. Fernando Novoa	Página abierta	38
Diciembre 93	4	2	Una reflexión acerca de la televisión	Ana María Villarroel, Mauricio Albornoz	Página abierta	40
Mayo 94	5	1	Caso clínico: Lisencefalia y acidosis láctica	Dra. María Eugenia López	Trabajo original	7
Mayo 94	5	1	Propuesta de Apoyo Psicológico a las unidades de oncología. Psiquiatría de enlace	Dr. Ricardo García, Dra. Soledad Herrera	Trabajo original	11

Mayo 94	5	1	Tratamiento Dental conservador en niños portadores del síndrome de retraso mental	Dra. Carmen Quijada, René Díaz, Dr. Fernando Novoa	Trabajo original	20
Mayo 94	5	1	Síndrome de Tourette: Una revisión de la literatura	Dra. Esperanza Habinger	Revisión	23
Mayo 94	5	1	Genética molecular: Algunas reflexiones post congreso	Dr. Fernando Novoa	Página abierta	41
Agosto 94	5	2	Cirugía resectiva en epilepsias infantiles	Dr. Antonio Fuentes Escobar	Trabajo original	5
Agosto 94	5	2	Caso clínico: Encefalitis crónica de Rasmussen	Dra. Lilian Cuadra Olmos	Trabajo original	8
Agosto 94	5	2	Casos clínicos: Trastornos de la migración neuronal y epilepsia	Dra. Freya Fernández K.	Trabajo original	9
Agosto 94	5	2	Disrrafia espinal oculta: Un desafío permanente	Drs. Alejandro Cubillos, Arturo Zuleta, Lilian Cuadra	Trabajo original	10
Agosto 94	5	2	Antecedentes psicosociales de la violencia doméstica	Ps. María Elena Montt, Dra. Fresia Ulloa	Revisión	15
Agosto 94	5	2	Terapia con ácido valproico y déficit de carnitina	Drs. Susana Camposano, Erna Raimann	Revisión	19
Diciembre 94	5	3	Resúmenes XII Congreso			
Mayo 95	6	1	Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X	Drs. Marta Hernández, M. Angeles Avaria, Mónica Troncoso, Isabel López	Trabajo original	3
Mayo 95	6	1	Academia propiónica y metilmalónica. Análisis de 7 casos clínicos	M.Sc. Verónica Cornejo Dra. Erna Arriman, Ps. Ximena Godoy, Dra. Ledia Troncoso, Nut. Jenny Arteaga, Dra. Marta Colombo	Trabajo original	9
Mayo 95	6	1	Neurobiología del lenguaje	Dr. Fernando Novoa	Revisión	14
Mayo 95	6	1	Escafocefalia	Dr. Alejandro Cáceres	Revisión	20
Octubre 95	6	2	Disarmonía psicótica en un niño de 5 años. Estudio psicopatológico y tratamiento	Drs. Virginia Boehme, Soledad Herrera, Ps. Gabriela Sepúlveda	Trabajo original	3
			Visión crítica del Síndrome de hiperactividad con déficit de atención	Dr. Juan Enrique Sepúlveda	Trabajo original	9
Octubre 95	6	2	Fantasia en el desarrollo del niño	Dra. Ximena Keith	Trabajo original	19
Octubre 95	6	2	El crecimiento del mundo	Moris Berman	Revisión	24

Octubre 95	6	2	Adolescencia y sexualidad. Manual de trabajo en grupo	Ps. Gabriela Sepúlveda, Paulina Valderrama, Pascuala Donoso	Revisión	29
Octubre 95	6	2	Actividades para terapia de grupo con adolescentes	Sepúlveda F., Nelson M., Emhart J., Castilla A.M.	Revisión	29
Octubre 95	6	2	Los progenitores del sistema nervioso inmortalizados. Vectores de terapia génica	Peschanski M.	Revisión	30
Octubre 95	6	2	Leucoencefalopatía hereditaria y keratoderma palmoplantar	Lossos A., Cooperman H., Soffer D., Ben-Nariah Z., y cols.	Revisión	
Octubre 95	6	2	Tumores cervicomedulares en niños	Robertson P.L., Allen J.C., Millar D.C., Fidel J., Epstein F.J.	Revisión	
Octubre 95	6	2	Efectos de la Hemiplejía en la madurez ósea	Doman-Roberts C., De Laura Vegtie, and Stevenson R.D.	Revisión	
Diciembre 1995	6	3	Tratamiento y Rehabilitación del Consumidor de Drogas	Dr. Ricardo Fuentealba	Conferencia	
Diciembre 1995	6	3	Resúmenes XIII Congreso			
Mayo 1996	7	1	Reflexión en torno a los valores	Dr. Fernando Novoa	Trabajo Original	3
Mayo 1996	7	1	Unidad del EEG en el recién nacido	Dr. Tomás Mesa	Trabajo Original	9
Mayo 1996	7	1	Identidad personal en la edad juvenil. Consideraciones en relación a la filosofía política de Hannah Arendt	Ps. Gabriela Sepúlveda	Trabajo Original	18
Mayo 1996	7	1	Locomoción refleja como principio terapéutico	Dra. Sylvia Schnitzler		34
Mayo 1996	7	1	¿Podemos crear superdotados?	Dr. Tomás Mesa		36
Mayo 1996	7	1	Lo que hay en tu interior: Una visión acerca de las dificultades que gravitan el aprendizaje	Sr. Cristián Oyarce		41
Mayo 1996	7	1	Hiperlexia: ¿Un trastorno de lenguaje?	Flgos. María Angélica Cunazza, Marcelo Díaz		46
Mayo 1996	7	1	Children with specific speech and language disorders	Flgo. Marcelo Díaz	Revisión	49
Septiembre 1996	7	2	Actitud y práctica religiosa y desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años	Dr. Carlos Almonte, Dr. Carlos Valenzuela, Ps. Gabriela Sepúlveda, Dr. Alfredo Avendaño	Trabajo Original	3

Septiembre 1996	7	2	Trastorno primario de la vigilancia: Un diagnóstico diferencial del síndrome de déficit atencional	Dra. Freya Fernández, Ps. Ana Campos, Dra. Isabel López, Ps. Oyoní Japaz	Trabajo Original	7
Septiembre 1996	7	2	Tumores de tronco cerebral	Dra. Carolina Coria	Revisión	15
Septiembre 1996	7	2	Esclerosis temporal mesial	Dra. Loreto Ríos	Revisión	22
Septiembre 1996	7	2	Risk factors of respiratory failure en children with Guillain-Barré syndrome	Dr. Ricardo Madrid	Revisión	27
Septiembre 1996	7	2	Natural history and outcome of neonatal hypocalcemic and hypomagnesemic seizures	Dra. Verónica Gahona	Revisión	23
Septiembre 1996	7	2	Cranial ultrasound prediction of disabling and non-disabling cerebral palsy at age two in a low birth weight population	Dra. Yanina Jaramillo	Revisión	23
Septiembre 1996	7	2	Neurologic manifestations of pediatric systemic lupus erythematosus	Dr. Manuel Mardones	Revisión	24
Septiembre 1996	7	2	Etiologies of central diabetes insipidus in children	Dr. Gabriel Jorquera	Revisión	25
Septiembre 1996	7	2	Una experiencia para compartir	Dr. Felipe Cors, Ps. Amaya Catalán, Psicop. Cecilia Cordero, Psicop. Rosa Montoya	Contribución	27
Diciembre 1996	7	3	Resúmenes Congreso XIV			
Mayo 1997	8	1	Electrodos subdurales en epilepsia del déficit manejo: Estimulación eléctrica y corticografía extraoperatoria	Drs. Tomás Mesa, Giselda Kuester, Gonzalo Torrealba, Jaime Godoy, Luis Aranda, Julio Santín	Trabajo Original	3
Mayo 1997	8	1	Aneurismas saculares rotos en lactantes. Aspectos clínicos y terapéuticos	Dr. Pedro Aros	Trabajo Original	8
Mayo 1997	8	1	Trastornos específicos del aprendizaje en adolescentes. Características psicosociales. Factores de riesgo y protección. Proposiciones de intervención	Ps. Tania Donoso, Ps. Gabriel Sepúlveda	Trabajo Original	16
Mayo 1997	8	1	Síndrome Landau-Kleffner: Consideraciones acerca del trastorno de lenguaje	Flgo. Ricardo Nuñez	Trabajo Original	24
Mayo 1997	8	1	Lupofuscinoses neuronales ceroides: Estado actual	Dra. Carolina Coria	Trabajo Original	27

Mayo 1997	8	1	Reacciones de paracaídas en niños que inician la marcha en forma normal o tardía	Dra. Paulina Moncada	Revisión	37
Mayo 1997	8	1	Test diagnóstico para el síndrome de Prader-Willi por expresión de SNRPN en sangre	Dra. Paola Silva	Revisión	37
Agosto 1997	8	2	Trastornos neurobiológicos y psicopatología del desarrollo	Dr. Ricardo García	Trabajo Original	3
Agosto 1997	8	2	La evolutividad psicopatológica	Dr. Mario Sepúlveda	Trabajo Original	6
Agosto 1997	8	2	Casos Clínicos	Dra. Cecilia Catan	Trabajo Original	7
Agosto 1997	8	2	Seguimiento de problemas de salud mental en escolares de primer ciclo básico en el área occidente de Santiago	Dra. Flora de la Barra	Trabajo Original	8
Agosto 1997	8	2	Familia-sociedad: Una relación en crisis	Dr. Hernán Montenegro	Trabajo Original	11
Agosto 1997	8	2	Diagnóstico y tratamiento de las cefaleas en el niño	Dra. Phyllis Sher	Trabajo Original	22
Agosto 1997	8	2	Desarrollo psicológico del niño y del adolescente: Enfoque cognitivo, estructural y evolutivo	Ps. Gabriela Sepúlveda	Trabajo Original	28
Agosto 1997	8	2	Enfermedad cerebral vascular en el niño	Dr. Fernando Novoa	Trabajo Original	50
Agosto 1997	8	2	Psicopatología del Adolescente	Dr. Carlos Almonte	Trabajo Original	57
Diciembre 1997	8	3	Resúmenes XV Congreso			
Marzo 1998	9	1	Estudio descriptivo de adolescentes atendidos en una Unidad de Salud Mental de un Consultorio de Atención Primaria entre 1986 y 1992	Dr. Arturo Roizblatt S.; Ps. Andrea Stutman Z.; Marcela Flores E.; Alicia Figueroa M.; Susana Henríquez G.; Sergio Galano T.	Trabajo Original	3
Marzo 1998	9	1	El cuestionario de Conners y los trastornos hiperkinéticos	Drs. Genário Alves Barbosa; Mardonio Rique; Adriana De Andrade Gaiao	Trabajo Original	8
Marzo 1998	9	1	Espectro Autista	Drs. Carmen Quijada y Perla David	Revisión	22
Marzo 1998	9	1	Síndrome de Landau-Kleffner: Revisión de la literatura	Drs. Perla David y Carmen Quijada	Revisión	29
Marzo 1998	9	1	Efectos reproductivos de los errores innatos del metabolismo	Dra. Ana Flández	Revisión	35

Marzo 1998	9	1	Síndrome de alcohol fetal	Dra. Francesca Solari	Revisión	40
Marzo 1998	9	1	Relación madre-hijo inicial: Apego ¿ficción o realidad?	Dr. Fernando Pinto	Contribución	49
Octubre 1998	9	2	Resúmenes XVI Congreso			
Abril 1999	10	1	Trastorno de ansiedad de separación en niños. Una aproximación diagnóstica y terapéutica con un enfoque cognitivo	Dra. Virginia Boehme, Dra. María Soledad Herrera, Ps. Gabriela Sepúlveda	Trabajo Original	4
Abril 1999	10	1	Actualizaciones en ansiedad nerviosa	Dra. Sandra Venegas	Revisión	11
Abril 1999	10	1	Síndrome de Joubert (SJ): una revisión de la literatura	Drs. Perla David, Carmen Quijada, Lautaro Badilla	Revisión	22
Abril 1999	10	1	Trastornos ansiosos	Drs. Mario Zúñiga, Ximena Farías	Revisión	28
Abril 1999	10	1	Síndrome de Williams	Drs. Carmen Quijada, Perla David	Revisión	37
Abril 1999	10	1	Accidentes vasculares en niños	Dra. Carolina Coria	Caso Clínico	43
Abril 1999	10	1	Influencia de la estimulación propioceptiva posicional en el tono muscular de los recién nacidos prematuros	Dra. Sylvia Schnitzler	Contribución	48
Noviembre 1999	10	2	Análisis cuantitativo y cualitativo de hábitos televisivos en escolares de 4° básico	Flga. Doina Pavel	Trabajo Original	4
Noviembre 1999	10	2	Terapia con L-DOPA+ CDOPA de la distonía y atetosis en parálisis cerebral	Drs. José Torrens, Juan Soto	Trabajo Original	10
Noviembre 1999	10	2	Epilepsia Rolándica benigna con espigas centro temporales (ERBTC): Revisión de la literatura	Drs. Perla David, Carmen Quijada	Revisión	15
Noviembre 1999	10	2	Agresividad patológica abierta predatoria	Drs. Carmen Quijada, Perla David	Revisión	21
Noviembre 1999	10	2	Síndrome de Rett: Revisión bibliográfica y descripción de un caso clínico	Drs. Carla Inzunza, Wladimir Hermosilla, Ricardo García	Revisión	30
Noviembre 1999	10	2	Desarrollo psicológico de los niños nacidos prematuros o de muy bajo peso	Ps. Alejandra Guerrero	Revisión	38
Noviembre 1999	10	2	Síndrome de sobrecrecimiento	Dra. Carola Alvarez	Revisión	45
Noviembre 1999	10	2	Psicosis infantiles	Dr. Emilio Fernández	Caso Clínico	51

Noviembre 1999	10	2	Infección VIH en el binomio madre-hijo	Dra. Ana Chávez	Contribución	57
			Ley de delitos sexuales y su implicancia en el peritaje psiquiátrico de las víctimas	Dra. Alicia Espinoza	Contribución	60
Diciembre 1999	10	3	Resúmenes XVII Congreso			
Septiembre 2000	11	1	Intento de niños y adolescentes: Aspectos biodemográficos y factores asociados	Drs. Vania Martínez, Ricardo Valenzuela, Patricia González, Irene Schiattino, Marcela Larraguibel	Trabajo Original	4
Septiembre 2000	11	1	Tratamiento con Citalopram en adolescente deprimidos, con intento de suicidio. Una experiencia clínica	Drs. Patricia González, Vania Martínez, Ricardo Valenzuela, Irene Schiattino, Marcela Larraguibel	Trabajo Original	10
Septiembre 2000	11	1	Estado vegetativo persistente: Aspectos clínicos	Drs. Carmen Quijada, Perla David	Revisión	17
Septiembre 2000	11	1	Síndrome de Guilles Tourette: Revisión de la literatura. Trabajo de Ingreso	Drs. Marisol Avendaño, Perla David	Revisión	26
Septiembre 2000	11	1	Clasificación nasológica de las lesiones medulares	Dra. Lorena Llorente	Contribución	30
Septiembre 2000	11	1	Terapia alternativa de los trastornos del desarrollo	Grupo de Trastornos del Desarrollo	Contribución	31
Septiembre 2000	11	1	Delfinoterapia	Drs. Maritza Carvajal, Jorge Förster	Contribución	31
Septiembre 2000	11	1	Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2000	Dra. Maritza Carvajal	Contribución	32
Septiembre 2000	11	1	Método alternativo para tratamiento de dislexia y déficit de atención y las fobias según Harold Levi-son	Drs. Maritza Carvajal, Jorge Förster, Flgos. Marcelo Díaz, Hugo Segura, Marcia Cabezas, Psicop. Gloria Valenzuela, Srta Doris Maturana y Sra. Emelina Doñez	Contribución	35
Septiembre 2000	11	1	Siringomielia y quiste espinal sacro; Caso Clínico	Drs. Juan Enrique González, Perla David, Sylvia Schnitzler, Marisol Avendaño, Leonor Avendaño, Lorena Llorente, Javier Escobari	Caso clínico	37
Noviembre 2000	11	2	Resúmenes XVIII Congreso			
Diciembre 2000	11	3	Características demográficas y de morbilidad psiquiátrica de pacientes infanto-juveniles atendidos en el Hospital Regional de Rancagua (HRR)	Drs. Marta Escobar, Irene Schiattino, Ricardo Valenzuela	Trabajo Original	5

Diciembre 2000	11	3	Contribución a la clarificación del diagnóstico diferencial entre trastorno por déficit atencional con hiperactividad y temperamento difícil en escolares entre 6 y 9 años	Ps. Teresa Quintana	Trabajo Original	16
Diciembre 2000	11	3	Consulta en salud mental en el sistema privado chileno	Drs. Constanza Recart, Paulina Castro, Hernán Álvarez	Trabajo Original	24
Diciembre 2000	11	3	Características clínicas de la enfermedad bipolar en el niño y sus dificultades diagnósticas con respecto al síndrome de déficit atencional y el trastorno conductual	Dra. Begoña Sagasti	Trabajo Original	35
Diciembre 2000	11	3	Intento suicida en niños y adolescentes: características relacionadas con la ideación e intento	Drs. Ricardo Valenzuela, Vania Martínez, Patricia González, Irene Schiattino, Marcela Larraguibel	Trabajo Original	41
Diciembre 2000	11	3	Síndrome de muerte súbita infantil y ALTE	Drs. Perla David, Samuel Benveniste, Carmen Quijada	Actualización	47
Diciembre 2000	11	3	Síncope y presíncope neurológico recurrente. Diagnóstico diferencial con epilepsia y disautonomía	Dra. Perla David	Actualización	54
Diciembre 2000	11	3	Puntualizaciones sobre errores conceptuales del método Tomatis	Flgo. Hugo Segura	Actualización	60
Septiembre 2001	12	1	Complicaciones neurológicas en pacientes pediátricos portadores de VIH	Dr. Yuri Dragnic	Trabajo Original	11
Septiembre 2001	12	1	Resultados alejados de 50 pacientes de craneosinosis	Drs. Sergio del Villar, Roberto Valdés, Agustín Umaña, Gonzalo Torrealba, Patricio Tagle, Jorge Méndez	Trabajo Original	15
Septiembre 2001	12	1	Influencia de la televisión en el lenguaje a nivel semántico en niños escolares de 4° básico	Flga. Doina Pavel	Trabajo Original	25
Septiembre 2001	12	1	Síndrome de Münchhausen "por poder": un desafío diagnóstico y terapéutico	Dra. Mariela Pino	Revisión	31
Septiembre 2001	12	1	Psicosis afectiva en adolescentes. Descripción de 4 casos clínicos	Dr. Cristian Pizarro	Caso Clínico	38
Septiembre 2001	12	1	Polineuropatía en el síndrome de Chédiak-Higashi	Sr. Carlos Alberto Quinteros	Caso Clínico	45
Diciembre 2001	12	2	Resúmenes XIX Congreso			

Agosto 2002	13	1	Hemorragia de fosa posterior en neonatos de término	Dr. Osvaldo Koller	Trabajo Original	4
Agosto 2002	13	1	Hacia un perfil de morbilidad de los adolescentes que consultan en un centro de atención especializada	Ps. María Olga Fernández, Paulina González	Trabajo Original	12
Agosto 2002	13	1	Trastornos del ánimo en una población infanto-juvenil del sistema privado de salud	Drs. Paulina Castro, Constanza Recart, Paula Bedregal, Hernán Alvarez	Trabajo Original	21
Agosto 2002	13	1	Una experiencia de trabajo en equipo multiprofesional con adolescentes suicidas	Dr. Alejandro Maturana, Ps. Pilar Cubillos, M. Eugenia Henríquez, Angélica Canales, Lena Farías, Silvia Guajardo	Trabajo Original	31
Agosto 2002	13	1	Abuso sexual intrafamiliar: Iluminación de una zona oscura	Ps. Irene Dukes	Trabajo Original	49
Agosto 2002	13	1	Farmacodependencia: Un motivo oculto de consulta al neurólogo infantil	Dra. Perla David	Revisión	55
Diciembre 2002	13	2	Resúmenes XX Congreso			
Abril 2003	14	1	Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes	Dra. Paz Quinteros	Trabajo Original	4
Abril 2003	14	1	Depresión y personalidad adolescente: definiciones, relaciones, dudas y preguntas	Dr. Jean Pierre Heimann	Trabajo Original	9
Abril 2003	14	1	Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible?	Ps. Karla Alvarez	Trabajo Original	14
Abril 2003	14	1	Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?	Drs. Armando Nader, Virginia Boehme	Revisión	32
Abril 2003	14	1	Valor pronóstico del trazado de fondo del EEG perinatal	Dr. Cristian Amézquita	Revisión	39
Abril 2003	14	1	Evaluación de niños en custodia	Dr. Mario Zúñiga	Revisión	48
Abril 2003	14	1	Interés y manejo de los quistes aracnoidales en el niño	Dr. Pedro Menéndez	Revisión	53
Abril 2003	14	1	Enfermedad de Gaucher. Reporte de un caso clínico	Drs. Juan Francisco Cabe- llo, Ilse González, Pamela Jofré, Rodrigo Valenzuela, Marta Colombo	Caso Clínico	59

Abril 2003	14	1	Separación matrimonial y conflicto conyugal sus efectos en los hijos	Dr. Hernán Montenegro	Revisión Libros y Revistas	61
Octubre 2003	14	2	Aspectos bioéticos en la práctica de la psiquiatría infantil y de la adolescencia	Dr. Carlos Almonte	Trabajo Original	4
Octubre 2003	14	2	Evaluación práctica de la nueva propuesta de clasificación de la epilepsia de la ILAE	Drs. Claudia Amarales, Tomás Mesa, Jaime Godoy, J. Santón, E. Rivera, J. C. Vélez	Trabajo Original	10
Octubre 2003	14	2	Curva de circunferencia craneana para talle en niños sanos atendidos en Centro Médico San Joaquín	Srtas. Bernardita Romero, María Inés Brugal, Sr. Esteban Urrutia, Dr. Tomás Mesa, Srta. Alexandra Gederlini, Dra. Silvia Catalán	Trabajo Original	21
Octubre 2003	14	2	Evaluación de una unidad de atención integral del adolescente en una clínica privada	Drs. Michelle Barreau, Lilianette Angel, Patricia García, Carolina González, Andrea Huneeus, Ana María Martín, Mailin Ponce, Verónica Saber, Andrea Schilling, RPh.D Marie-Lizzy Zippellius	Trabajo Original	25
Octubre 2003	14	2	Evaluación estadística del programa infanto-juvenil de la Clínica Los Tiempos en el período comprendido entre agosto 2000 y agosto 2001	Dr. Jorge Sobarzo y Equipo profesional Clínica Los Tiempos	Trabajo Original	33
Octubre 2003	14	2	Trastorno primario de la vigilancia: seguimiento de 9 casos	Dra. Freya Fernández, Ps. Oyoní Japaz, Dra. Emilia Monsalve, Ricardo Valenzuela, Dra. Carmen Gajewski, Dr. Pedro Menéndez	Trabajo Original	43
Octubre 2003	14	2	Distonías que responden a dopamina (D.R.D.) y su relación con depresión mayor (D.M.)	Drs. José Torrens, Juan Soto	Trabajo Original	48
Octubre 2003	14	2	Quistes aracnoidales	Dra. Catalina Culcay	Revisión	58
Octubre 2003	14	2	Un cronopio que se niega a la fama	Sr. Claudio Ramírez	Contribución	67
Noviembre 2003	14	Número Especial	Pautas de Psiquiatría y Neurología		Pautas	
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastornos ansiosos de niños y adolescentes	Dra. Constanza Recart	Pauta Psiquiatría	4
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastorno bipolar (TB) en niños y adolescentes	Dra. Esperanza Habinger	Pauta Psiquiatría	8

Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastorno del desarrollo de la personalidad en niños y adolescentes	Dr. Carlos Almonte	Pauta Psiquiatría	11
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastornos psicóticos en la niñez y adolescencia	Dr. Jorge Sobarzo	Pauta Psiquiatría	15
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastornos adaptativos en niños y adolescentes	Dra. Muriel Halpern	Pauta Psiquiatría	19
Noviembre 2003	14	Número Especial	Depresión y distimia en niños y adolescentes	Dra. Marcela Larraguibel	Pauta Psiquiatría	21
Noviembre 2003	14	Número Especial	Desordenes disruptivos severos	Dra. Flora de la Barra	Pauta Psiquiatría	25
Noviembre 2003	14	Número Especial	Retardo mental en niños y adolescentes y comorbilidad asociada	Dr. Yuri Dragnic	Pauta Neurología	29
Noviembre 2003	14	Número Especial	Cefalea	Dr. Fernando Novoa	Pauta Neurología	31
Noviembre 2003	14	Número Especial	Hemorragia intraventricular – periventricular del prematuro	Dra. Silvia Vieira	Pauta Neurología	34
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastornos del sueño	Dr. Marcos Manríquez	Pauta Neurología	37
Noviembre 2003	14	Número Especial	Síndrome Hipotónico	Dr. Raúl Escobar	Pauta Neurología	41
Noviembre 2003	14	Número Especial	Epilepsia	Dra. Lilian Cuadra	Pauta Neurología	43
Noviembre 2003	14	Número Especial	Parálisis cerebral	Dra. Marta Hernández	Pauta Neurología	48
Noviembre 2003	14	Número Especial	Errores innatos del metabolismo	Dra. Erna Raimann	Pauta Neurología	50
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastornos por déficit de atención, desde la perspectiva psiquiátrica	Drs. Begoña Sagasti, Virginia Boehme	Pauta Neurología	52
Noviembre 2003	14	Número Especial	Síndrome de déficit atencional – hiperactividad, desde la perspectiva neurológica	Drs. Jorge Förster, Freya Fernández	Pauta Neurología	56
Noviembre 2003	14	Número Especial	Trastorno autista y trastorno de Asperger	Drs. Carmen Quijada, Ricardo García	Pauta Conjunta Neurología – Psiquiatría	60
Diciembre 2003	14	3	Resúmenes XXI Congreso			
Septiembre 2004	15	1	Epidemia de meningitis meningocócica en el año 1993. Estudio colaborativo en la evaluación de secuelas neurológicas 6 meses y 6 años	Drs. Tomás Mesa, Pascuala Ortúzar, Carlos Acevedo, Perla David, Ricardo Erazo, Juan Carlos Faúndez, Jorge Förster, Ledia Troncoso, Iris Delgado	Trabajo Original	5

Septiembre 2004	15	1	Síndrome de Rett	Dr. Juan Francisco Cabello	Trabajo Original	14
Septiembre 2004	15	1	Recorridos en el continuum de los trastornos alimentarios en una muestra de adolescentes chilenos	Drs. Dolly Figueroa, Patricia Cordella, P. Urrejola, I. Hodgson, Ps. Carol Unger, P. Lizana, V. Pique, C. San Martín	Trabajo Original	28
Septiembre 2004	15	1	Terapia electroconvulsiva (TEC) en psiquiatría infantil juvenil: Experiencia en una clínica privada	Drs. Cecilia Ruiz, Virginia Boehme, Armando Nader	Trabajo Original	40
Septiembre 2004	15	1	Trastornos del lenguaje y síndrome de déficit atencional	Flga. Angélica Cunazza	Revisión	48
Septiembre 2004	15	1	Dermatotilomanía	Drs. Juan Carlos Martínez, Claudia González	Caso Clínico	53
Junio 2005	16	1	Resúmenes XXII Congreso			
Agosto 2005	16	2	Alteraciones y hábitos de sueño en una muestra de escolares chilenos	Dr. Tomás Mesa, Patricia Masalam, Julia Sequeida, Rina González	Trabajo Original	5
Agosto 2005	16	2	Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	Ps. Adonay Pizarro, Carlos Valenzuela	Trabajo Original	12
Agosto 2005	16	2	Memoria verbal y no verbal a corto plazo en adolescentes con organización límite de personalidad	Ps. Ana Campos, Maysa Ferreira, Drs. Patricia Urrutia, Cecilia Ruiz, Patricia Barra, Yasna Ruiz	Trabajo Original	20
Agosto 2005	16	2	Oportunidad diagnóstica de tumores del sistema nervioso central en niños, Hospital de Puerto Montt, 1998 – 2004	Dr. Jorge Carrera	Trabajo Original	26
Agosto 2005	16	2	Convulsiones febriles (CF) en el área occidente de Santiago	Drs. Verónica Bobadilla, Viviana Venegas, E.U. Beatriz Nuñez	Trabajo Original	31
Agosto 2005	16	2	Anorexia, juventud y post-modernidad	Ps. Carmen Gloria Quintana	Revisión	39
Octubre 2005	16	3	Resúmenes XXIII Congreso			
Septiembre 2005	17	1	Editorial	Drs. Isabel López, Fernando Novoa	Editorial	3
Septiembre 2006	17	1	Conductas suicidas en adolescentes	Dra. Mailin Ponce, Ps. Gabriela Sepúlveda, Dra. Ana María Martín, Dra. Michele Barreau, Ps. Marie Lizzy Zippelius	Trabajo Original	5
Diciembre 2006	17	Suplemento	Resúmenes XXIV Congreso			

Junio 2007	18	1	Cefalea en niños y adolescentes	Dra. Viviana Venegas	Trabajo de Revisión	9
Junio 2007	18	1	Epidemiología en cefaleas de niños y adolescentes	Dr. Gustavo Valderrama, Dra. Viviana Venegas, Dr. Marcos Manríquez, Dra. Catalina Culcay, Int. Darío López, Int. Valeria Medina	Trabajo Original	22
Junio 2007	18	1	VARIABLES PSICOSOCIALES EN CEFALEA INFANTIL	Dra. Viviana Venegas, Ps. Ana María Morales, Ps. Claudia Zamora, Dra. Patricia González	Trabajo Original	34
Junio 2007	18	1	Hacia un modelo explicativo biopsicosocial de la relación entre depresión materna y psicopatología infantil	Dra. Marcela Larraguibel, Dra. Rosemarie Fritsch, Dra. Graciela Rojas	Trabajo de Revisión	44
Junio 2007	18	1	Una mirada ética a la píldora del día después	Dr. Fernando Novoa	Opinión	55
Junio 2007	18	1	Caso Clínico Electroencefalográfico	Dra. Lucila Andrade, Dr. Tomás Mesa	Caso Clínico	61
Diciembre 2007	18	2	Evaluación del uso de video juego en escolares de la región metropolitana	Dr. Elias Arab, Katerina Sommer, Viviana Hershkovic, Int. Sandra Sommer, Dra. Cecilia Sandoval	Trabajo Original de Ingreso	7
Diciembre 2007	18	2	Avances y controversias en el diagnóstico y tratamiento de la conducta agresiva en niños y adolescentes	Dra. Flora de la Barra	Revisión de Temas	13
Diciembre 2007	18	2	Grupo de expertos nacionales para el estudio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (GENPETDAH, A.C.). 1er consenso latinoamericano sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, México Junio de 2007		Contribución	26
Diciembre 2007	18	2	Trastorno afectivo bipolar: Evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica Neuro-SPECT Tc99m HMPAO	Dr. Ismael Mena, Dr. Rodrigo Correa, Dr. Armando Nader, Dra. Virginia Boehme	Contribución	41
Diciembre 2007	18	2	Alteraciones neuro-funcionales en trastornos del ánimo que cursan con conductas auto-mutilatorias: estudio de perfusión regional cerebral a partir de la técnica de Neuro-SPECT Tc99-HMPAO	Dr. Ismael Mena, Dr. Rodrigo Correa, Dr. Armando Nader	Contribución	57

Diciembre 2007	18	2	Viaje de estudio al Hospital de niños de Boston, comentarios de nuestra experiencia vivida	Dra. Marcelo Muñoz, Dra. Bernardita Suárez, Dra. Carolina Heresi	Contribución	72
Diciembre 2007	18	2	Dr. Francisco Mena Cruzat, Premio Ricardo Olea G., 2007. Entrevista	Sr. Claudio Reyes	Contribución	78
Diciembre 2007	18	2	Psiquiatría del Adolescente	Dr. Carlos Almonte	Revisión de Libros	83
Mayo 2008	19	Suplemento	Resúmenes XXV Congreso			
Octubre 2008	19	1	Estudio de pacientes adultos con antecedentes de conductas suicidas en la adolescencia	Dra. Ana María Martín, Dra. Mailín Ponce, Ps. Gabriela Sepúlveda, Ps. Paola Dünner, Ps. Iris Gallardo	Trabajo Original	8
Octubre 2008	19	1	Miastenia Gravis Juvenil: Evolución post-timectomía	Dra. María Isabel Martín, Dr. Eduardo Erazo	Trabajo Original de Ingreso	20
Octubre 2008	19	1	El fenómeno de Bullying: Caracterización del problema y sus estrategias de intervención	Dra. Marcela Abufhele, Dr. Elías Arab	Revisión de Temas -Trabajo de Ingreso	31
Octubre 2008	19	1	Neurospect en Psiquiatría Infantil	Dr. Ismael Mena	Contribución	X
Octubre 2008	19	1	Síndrome de Déficit Atencional	Dr. Fernando Novoa	Revisión de libros	X
Octubre 2008	19	1	Símbolo de la Medicina Origen y evolución. "El bastón de Esculapio v/s Caduceo de Hermes" ¿Símbolos iguales o muy distintos?	Dra. Mariana Labbe, Dra. Karin Borgeaud, Dr. Marco Bernasquin, Dra. Perla David	Contribución	X

Problemas de familia

Autor: Dr. Hernán Montenegro

Dr. Hernán Alvarez A.¹

El Dr. Hernán Montenegro A., Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Psicoterapeuta Familiar, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, con una reconocida y vasta trayectoria profesional, nos ofrece en su libro "Problemas de Familia" una interesante y didáctica mirada de las situaciones más frecuentes en que la vida familiar se torna conflictiva, momentos en que se da inicio a una dinámica disfuncional que muchas veces puede desencadenar en una verdadera crisis para el sistema y cada uno de sus miembros.

Sin duda que la diferencia de su aporte radica en la mirada relacional de los procesos de desarrollo, es decir, un desarrollo individual relacional al interior de un sistema co-evolutivo, como sería la familia. Sobre estas bases conceptuales y epistemológicas, que en forma clara y sencilla describe, introduce al lector _especialmente lego_ en una mirada más amplia de interacciones y transacciones, de historias y vivencias que se entrelazan conectadamente, para ir forjando nuestro desarrollo individual y el concepto de nosotros mismos. Claramente advierte que escapa al objetivo de este material el abordaje de cuestiones psicopatológicas o mórbidas definidas, acotando el trabajo a aquellos procesos de la vida familiar común que por la complejidad de los contextos de desarrollo, pueden sin duda dar origen al naufragio de las mejores intenciones y expectativas de desarrollo personal y familiar.

Otra característica que debe ser destacada en esta obra, es la constante relevancia que se

hace sobre los procesos afectivos, es decir el sustrato vincular de allegamiento y cuidado recíproco, necesario para alcanzar una sana comunicación que cristalice en un trabajo conjunto para potenciar tanto el desarrollo familiar como individual. En este contexto, ofrece pautas claras y concretas de cómo enfrentar y resolver los conflictos que tienden a estancar o incluso socavar, el desarrollo tanto individual como familiar.

El material que se expone está organizado en torno al desempeño de las funciones parentales por un lado, y de las conyugales por el otro, definiendo los temas más relevantes que tienen que ver con la organización estructural de la familia y la satisfacción de las necesidades de diferenciación de sus miembros.

Finalmente, aborda temas especiales como la separación matrimonial, y por consecuencia de lo anterior, el ensamblaje obligado que deben enfrentar las familias reconstituidas, en el intento de reorganizar un proyecto de vida en pareja.

Una visión sencilla, pero al mismo tiempo profunda, hace de esta obra un valioso recurso de orientación y aprendizaje que puede ser aprovechado tanto por un lector corriente, como por profesionales del campo de la salud y que en su desempeño trabajen con niños, adolescentes, padres o familias, para los cuales una orientación o directamente una intervención aliviadora puede resultar en el inicio de una reparación de los procesos disfuncionales que los afectan.

¹ Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Terapeuta Familiar

Cartas al Director

Reuniones y Congresos

RECORDANDO A DRA. NELLY CHIOFALO

Señor Director:

Posiblemente la frase que más le incomode escuchar sea: descanse en paz; con toda seguridad que debe estar iniciando en los cielos la creación de alguna institución, generando la formación de alguna "liga" anhelante de tomar algún electroencefalograma a alguna autoridad celestial; a ángeles o vírgenes..... No la imagino en los cielos lánguidamente tendida ni emitiendo cánticos o sumida en oraciones....¡No! Nelly es capaz de promover inquietudes en los más abúlicos, en los más recalcitrantes, en los más apáticos.

¡No! estoy convencido de que inclusive Dios se desestabilizó con la vorágine que es capaz de crear Nelly.

Estoy convencido que más allá de tu muerte sigues inspirando.....eras tan increíble, tan inagotable, que eres capaz de retornar.

Bienvenida seas.

Mellibosky y tus mil discípulos.

Dr. Ernesto Mellibosky
Neurólogo Infantil

1. XXVII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGIA Y PSQUIATRIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Fecha: 7 al 10 de Octubre de 2009.

Lugar: Centro de Convenciones Casino de Viña del Mar- Chile

Presidente: Dr. Juan Francisco Cabello A.

Grupo de Estudios

• **GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO**

Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en el Auditorio de la Liga Chilena contra la Epilepsia, Erasmos Escala 2220 (entre Cumming y Maturana) Metro República.

• **GRUPO DE ESTUDIOS PSICOPATOLOGICOS**

Se reúnen en la Clínica Los Tiempos, ubicada en Genaro Benavides 5795 - La Reina., a las 10.30 horas.

Coordinador Dr. Juan Enrique Sepúlveda

• **GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES Y TRASTORNOS MOTORES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Lugar de reuniones: Avenida Manquehue Nor-

te 1407, Vitacura los primeros Viernes de cada mes de 11.00 a 12.30 hrs.

• **GRUPO DE ESTUDIO TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PEDIATRIA**

Las reuniones periódicas se realizan cada dos meses, el segundo Miércoles del mes, en las oficinas de MGM ubicadas en Avda. Los Leones 1366, de 12:30 a 14:00 hrs.

• **GRUPO DE ESTUDIO ADOLESCENCIA Y ADICCIONES**

Se reúnen el último Miércoles de cada mes a las 21.00 hrs., el lugar de reunión a confirmar. El Directorio está conformado por las siguientes personas: Presidente Dr. Alejandro Maturana, Vicepresidente Dr. Jean Pierre Heimann, Secretaria Dra. Marcela Abufhele, Tesorera Dra. Marcela Matamala.

Noticias

Con fecha 14 de Diciembre 2006 se aprobaron las modificaciones de los Estatutos de la SOPNIA. Para quienes se interesen por informarse de sus contenidos están disponibles en la página web de la Sociedad www.sopnia.com.

Le damos la más cordial bienvenida a los Dres. Marcela Concha Cáceres, Carolina Berrios Quiróz, Juan Enrique González Gastellú, Gianni Rivera Gómez, María Elisa Coelho-Medeiros, Marcela Matamala Bastián y Carolina Alvarez Díaz, quienes presentaron sus Trabajos de Ingreso y han sido aceptados como

Miembros Activos y a los Dres. Claudia López Garí, Matías Irrázaval Domínguez, Nancy Torrejón Silva, Carmen Tapia Villalobos y Cristóbal Castillo Malebrán como Miembros Junior de nuestra Sociedad, a partir del mes de Octubre de 2008.

En el XXVI Congreso Anual de SOPNIA, se les nombró como Miembros Honorarios a los Dres. María del Mar Faya, Pauline Filipek, Bernard Golse, Montserrat Graell, Suresh Kotagal, Ellen Leinbenluft, Jonathan Picker, Edith Serfaty y Ps. Angel Villaseñor.

Instrucciones a los Autores

(Actualizado en Mayo 2006)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org

Se enviará el manuscrito en su versión completa, incluidas tablas y figuras, en cuatro copias de buena calidad, dirigidas a: Dra. Freya Fernández, Directora de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678 2° piso interior, Santiago Centro, Santiago, Chile (Teléfono: (562) 632.0884, (562) 632.9719, Fono-Fax (562) 632.0884, e-mail: sopnia@terra.cl). Se incluirá una carta que identifique al autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, Fax, dirección de correo electrónico.

El texto se enviará en papel tamaño carta, a doble espacio, con letra Arial 12 y márgenes de 2,5 cm por ambos lados. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

Se adjuntará disquett o CD debidamente etiquetado con el nombre del artículo, autor principal y programa utilizado en su confección, que incluirá el archivo completo.

El envío del manuscrito se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registradas, publicadas o enviadas a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todas los manuscritos serán sometidos a revisión por

pares. Los manuscritos 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 deben 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 dónde 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 quien se dirigirá la correspondencia.

2. Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetivos 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. 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.

5. 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.

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.

6. 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, especificando 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".

7. 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 implicancias 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.

8. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un 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 abreviatioms, 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 un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(2):25-32.

Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, mencione los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los editores, el año de publicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Sínd-

drome de Déficit Atencional (SDA). Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncos 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”.

9. 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 a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias 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).

10. 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 127x173 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.

11. 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.

12. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. Si se utiliza este medio, debe incluirse un disco o un anexo de correo electrónico, aunque también se requiere una impresión completa por duplicado.

Figuras

Las figuras en blanco y negro, deben ser claras e incluir todas las indicaciones necesarias. 8 gráficos Tablas (Gráficos y fotografías).

Deben enumerarse consecutivamente y cada una tener el encabezado respectivo. En archivos electrónicos deben anexarse los archivos de las figuras, como un mapa de bits, archivos TIF, JPEG, o algún otro formato de uso común. Cada figura debe tener su pie correspondiente.

En el manuscrito en papel las figuras no deben estar incluidas en el texto, sino impresas, con

alto contraste y buena calidad de impresión, independientemente al final del artículo con las referencias al lugar del texto donde corresponden.

13. 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:

1. Aprobación de los editores de ambas revistas.
2. En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.
3. La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.
4. 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).