



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 21 - Nº 1 - Noviembre 2010

1





SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PERIODO 2010 - 2011

DRA. MARITZA CARVAJAL GAME
Presidenta

DRA. ALICIA CARVAJAL ABAZUA
Vice-Presidenta

DRA. PATRICIA GONZALEZ MONS
Secretaria General

DRA. MARTA HERNANDEZ CHAVEZ
Tesorera

Directores

DRA. CAROLA ALVAREZ QUIÑONEZ
DRA. VERONICA BURON KLOSE
DR. JUAN FRANCISCO CABELLO ANDRADE
DRA. GLORIA VALENZUELA BLANCO
DRA. VIVIANA VENEGAS SILVA

DRA. MARCELA LARRAGUIBEL QUIROZ
Past-President

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo Chileno de Trastornos
del Desarrollo
Presidente
Dr. Jorge Förster

Grupo de Estudios Adolescencia
y Adicciones
Presidente
Dr. Alejandro Maturana

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
Presidente
Dr. Ricardo Erazo

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

DR. RICARDO GARCIA S.

Editor Revista

Universidad de Chile / Clínica Las Condes

DRA. MURIEL HALPERN G.
Editora Asociada Psiquiatría
Universidad de Chile

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

DRA. FREYA FERNANDEZ K.

Past-Editor

Consulta Privada

DRA. MARCELA ABUFHELE M.
DR. MATIAS IRARRAZAVAL D.
Asistentes Editora Psiquiatría

DR. JUAN FRANCISCO CABELLO A.
DRA. PATRICIA PARRA V.
Asistentes Editora Neurología

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

DRA. VIVIANA HERSKOVIC M.
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. Ledia 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, señaladas 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 Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2° piso interior, Fono/Fax: 632.0884, e.mails: sopnia@tie.cl - sopniasoc@gmail.com, Sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

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

AÑO 21 - Nº 1 - NOVIEMBRE DE 2010

CONTENIDOS

EDITORIAL

Maritza Carvajal G.

6

TRABAJOS ORIGINALES

Características Clínicas y Sociodemográficas de los pacientes atendidos en
Psiquiatría de enlace en la Unidad de Psiquiatría Infanto – Juvenil,
Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago de Chile.

Aracelis Calzadilla, Catalina Berthet, Víctor Díaz

8

Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones
en la participación en niños con TDAH a nivel escolar

Luisa Salamanca Duque

19

Encuesta chilena acerca de terapia farmacológica de epilepsias del niño y adolescente
Maritza Carvajal, Lilian Cuadra, Perla David, Jorge Förster, Tomas Mesa, Isabel López

32

REVISION

Develación del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Un artículo de Revisión

Claudia Capella Sepúlveda

44

CONTRIBUCIONES

Alexitimia y Adolescencia. Reflexiones desde la Anorexia Nerviosa

Gonzalo Morandé L.

58

Protocolo de intervención en crisis para niños y adolescentes víctimas del desastre

Marcela Abufhele M., Elías Arab L., María José Villar Z., Ricardo García S.

63

REUNIONES Y CONGRESOS

79

GRUPOS DE ESTUDIOS

81

NOTICIAS

82

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

84

EDITORIAL

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 21, N° 1, Noviembre 2010

Editorial

Dra. Maritza Carvajal G.¹

El saber enfrentarse, a niños y familias con patologías neuropsiquiátricas cada vez más complejas, es un desafío y un deber para cada uno de los socios de SOPNIA, debiendo disponer de los más actualizados conocimientos diagnósticos y terapéuticos. Cada profesional debe propender a integrarse a trabajar en equipo y al mismo tiempo escribir estas experiencias para que sirvan a otros pacientes y colegas.

No existe ninguna técnica diagnóstica y terapéutica comparable a la experiencia almacenada por los médicos con más años de profesión, o de otro experto en una disciplina similar y complementaria que aporta otra mirada y permite una diagnóstico y tratamiento más integral. El prisma de neurólogo en patologías psiquiátricas, el prisma de psiquiatra en patología neurológica lo que enriquece ambas especialidades.

Este volumen, el número 21 de nuestra revista, nos muestra algunos ejemplos de enfrentamiento terapéutico entre destacados profesionales de distintos lugares de trabajo y de diferente formación, quienes respondiendo a estos principios nos entregan su experiencia. No podemos dejar de destacar los aportes en materias como terapia farmacológica de las epilepsias, abuso sexual, psiquiatría de enlace, síndrome de déficit de atención, exposición a situaciones de catástrofes, y las reflexiones de Dr. Gonzalo Morandé sobre trastornos alimentarios que nos permiten reflexionar en estos temas.

No son en vano, 21 años como documento oficial de la Sociedad de Psiquiatría y Neu-

rología de la Infancia y de la Adolescencia, 5 años como revista propiamente tal, luego de 16 años como Boletín, siempre publicado en forma ininterrumpida, con el permanente apoyo de Laboratorios Recalcine y bajo la dirección de la Dra. Freya Fernández K. a quien le debemos tanto y le rendimos nuestro reconocimiento, respeto y agradecimientos luego de tantos años como Editora.

Hoy, nuestra revista se prepara para una nueva etapa. La Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia tiene a partir de este número, un nuevo Editor, el Dr. Ricardo García S., que deseamos siga fortaleciendo el desarrollo científico de nuestras dos especialidades y de nuestros socios y a través de este medio, también presente en la web y continúe relacionándonos con otras Sociedades científicas en el país y con Sociedades afines en el extranjero.

Invitamos a todos los socios a compartir sus experiencias, privilegiar la publicación en esta revista de sus casos clínicos, sus revisiones bibliográficas, sus trabajos de post-grado de la formación de especialistas y sus tesis de grados académicos en beneficio de nuestros pequeños pacientes.

El Comité Editorial ofrece también la posibilidad de difundir trabajos escogidos publicados por los socios en otras revistas con las autorizaciones correspondientes y también comentarios de libros de la especialidad.

Participa en este desafío. Envía tu colaboración para el próximo número.

¹ Neuróloga Infantil, Presidenta Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.



Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos en Psiquiatría de Enlace en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago de Chile

Aracelis Calzadilla N.¹, Catalina Berthet B.¹, Víctor Díaz N.²

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos mediante Interconsultas de Enlace por la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Félix Bulnes entre 1997-2008. La muestra se conformó por 938 pacientes, entre 6 meses y 19 años de edad. El tipo de estudio fue de carácter no experimental, exploratorio descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo. La edad media fue de 11,64 años, con predominio del sexo femenino. Los principales diagnósticos observados fueron: intento de autoeliminación, trastorno depresivo y trastorno ansioso. Las indicaciones más frecuentes fueron control en policlínico, seguimiento durante la hospitalización y derivación al Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM). Los servicios de mayor demanda fueron Cirugía Infantil y Segunda Infancia. En ese periodo hubo un aumento sostenido de interconsultas por año. Se concluye que existe la necesidad objetiva de aumentar las actividades de educación médica psiquiátrica a otros servicios.

Palabras claves: psiquiatría, enlace, interconsulta, infanto-juvenil, hospital

ABSTRACT

The purpose of this research is to describe the sociodemographic characteristics of 938 patients between 6 months and 19 years of age,

attended through consultation-liaison psychiatry of the Children and Adolescent Psychiatry Unit of Félix Bulnes Clinical Hospital, between 1997 and 2008. This is a retrospective descriptive study. The mean age was 11.64 years, with female patients being more frequent than male ones. The main diagnoses were suicidal attempts, depressive disorders, and anxiety disorders. The most frequent prescriptions were: follow-up as outpatients, follow-up during the hospitalization, reference to community mental health care centers. Pediatric Surgery and Second Infancy were the clinical services with more demand. In this period we observed a sustained increase in the number of consultations every year. We conclude that there is a need of increasing the activities of psychiatric education towards other clinical services.

Key Words: psychiatry, liaison, consultation, children and adolescent, hospital.

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría de Enlace ha estado a la vanguardia de la progresiva incorporación de la psiquiatría en la medicina moderna (1,2). Incluye además de la interconsulta, el conjunto de actividades de asistencia, investigación y docencia que una Unidad de Psiquiatría realiza de forma conjunta con otras especialidades médicas, usualmente en un ámbito hospitalario donde el psiquiatra se hace parte del equipo tratante (1,2,3). Ha adquirido tal relevancia, que ha sido aceptada como subespecialidad, desde 2005 en Estados Unidos, con el nombre de Medicina Psicósomática (2,3).

La finalidad del Enlace no es el simple diagnóstico diferencial y la asistencia clínica de probables patologías psiquiátricas; es una actividad integradora donde confluyen los aspectos

1. Médicos formación en práctica, Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Félix Bulnes, Santiago de Chile.
2. Doctor en Ciencias Biológicas (PhD). Profesor Facultad Odontología Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

Trabajo recibido 5 Marzo 2010. Aceptado para publicación 8 Septiembre 2010.

biológicos, psicológicos y socio-ambientales que influyen en la enfermedad y el proceso de rehabilitación (3,4).

El Hospital Clínico Félix Bulnes, se localiza en el área occidente de Santiago de Chile y es un centro de referencia de 21 comunas que conforman esa área de la Región Metropolitana. Es un hospital tipo 2 con 55 camas pediátricas, 34 de Cirugía Infantil y 18 de Traumatología Infantil. A finales del 2008 atendía una población de 370.136 niños y adolescentes (5). Dentro de sus áreas clínicas está el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, que comprende las Unidades de Infanto-Juvenil y Adulto.

Los diferentes servicios clínicos recurren a la Unidad Infanto-Juvenil para la atención de pacientes menores de 19 años, hospitalizados desde 1997, mediante la modalidad de interconsultas. Esta actividad, tan compleja como importante, se subordina a la atención ambulatoria que brinda la Unidad realizándose, por lo tanto, a tiempo parcial. De este modo, los pacientes reciben atención psiquiátrica como parte de la atención integral que requieren mientras están hospitalizados.

Sin embargo, a pesar de que se ha realizado y registrado la atención de enlace desde hace 12 años, no existen estudios acerca de las características clínicas y sociodemográficas específicas de estos pacientes. El presente trabajo, es el primero sobre Psiquiatría de Enlace en población infanto-juvenil en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente de Santiago de Chile.

El objetivo del trabajo fue describir las características sociodemográficas de la población atendida, los servicios solicitantes, el diagnóstico psiquiátrico y las indicaciones más frecuentes entregadas por los psiquiatras entre los años 1997 y 2008. Además se analizó el comportamiento del número de interconsultas por año. Lo anterior permitió caracterizar la población específica que requiere de enlace y conocer cuáles son las patologías de salud mental más frecuentes que requieren de asistencia por la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio no experimental, exploratorio descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo. La información fue extraída del libro de registros de interconsultas de enlace de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Clínico Félix Bulnes desde 1997 hasta diciembre del 2008. El único criterio de inclusión empleado fue que los datos estuviesen legibles y completos. De un universo de 1059 interconsultas, fueron eliminados 121 casos por datos incompletos o ilegibles. La muestra final se conformó por 938 niños y adolescentes de ambos sexos, entre 6 meses y 19 años de edad. Los servicios clínicos demandantes de interconsultas fueron: Cirugía Infantil, Segunda Infancia, Servicio de Urgencia Infantil (SUI), Intermedio, UCI, Traumatología Infantil, Ginecología y Obstetricia (Alto Riesgo Obstétrico-ARO, puerperio, maternidad, ginecología, puericultura), Infeccioso, Medicina; y de otros hospitales del área occidente: San Juan de Dios, Traumatológico, Curacaví, Melipilla y Servicio de Urgencia Posta 3. Estos últimos se agruparon bajo la categoría de "externos".

Los diagnósticos psiquiátricos registrados se agruparon siguiendo las pautas o recomendaciones de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Los diagnósticos médicos se recogieron en los términos usados en la interconsulta.

La información referida a problemas psicosociales y ambientales se agrupó de la siguiente manera: Violencia Intrafamiliar para la violencia referida a todo el grupo familiar, Maltrato Infantil para violencia física, psicológica, abandono y privación sociocultural. Se individualizaron los casos de abuso sexual, trastornos del vínculo y la disfunción familiar sin violencia.

Los datos de los valores absolutos de las variables fueron analizados mediante distribuciones de frecuencia para datos cualitativos y cuantitativos. En concordancia con el tipo de datos, los resultados de la distribución de frecuencias se ilustraron mediante gráficos de barras o histogramas respectivamente. Cuan-

do se analizaron datos cuantitativos se estimó la media y la desviación típica y se graficó la curva normal teórica en el histograma correspondiente (6).

El comportamiento de las principales indicaciones realizadas en el tiempo por los psiquiatras se ilustró mediante un gráfico aritmético simple. El comportamiento de las patologías más frecuentes se sometieron a estudios de tendencias en series temporales (curva S y cuadrática) y se estimó, además, el porcentaje de error absoluto de la media de los valores (MAPE), la magnitud de la desviación absoluta de la media que es equivalente al concepto de "magnitud del error" (MAD) y la magnitud del error de las estimaciones de la progresión de casos en la curva (MSD) en concordancia con Bowerman y O'Connell (7), Box y Jenkins (8), y Marquardt (9).

La cantidad de interconsultas en cada uno de los años estudiados fueron sometidos a un estudio de series cronológicas, específicamente mediante un modelo de ajuste de pronóstico

de tenencia logístico de Pearl-Reed o curva S, en concordancia con Farnun y Staton (10). Se estimó el porcentaje de error que podría existir entre la curva de ajuste y la curva real (MAPE), entre cada valor real observado de la cantidad de interconsultas con el valor observado en la curva de ajuste para la medición antes señalada (MAD) y el error entre la curva real de los datos observados en relación con la curva de ajuste futura o proyección futura (MSD). Esta medidas de error se presentan en por ciento.

RESULTADOS

En la Tabla I se presenta la distribución de las frecuencias del tiempo entre la solicitud de interconsulta y la atención que realizó el psiquiatra. En la mayoría de los casos la atención se realiza el mismo día (73%).

En la Tabla II se presenta la distribución de frecuencias de la variable servicio de origen de la interconsulta. Se observó que los primeros orígenes son Cirugía Infantil (22,1%), Segunda Infancia (21,6%) y SUI (13,1%).

Tabla I
Tiempo entre la solicitud de interconsulta y la atención psiquiátrica

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>% válido</i>	<i>% acumulado</i>
Se realiza el mismo día	685	73,0	3,8	73,8
Se realiza al día siguiente	145	15,5	15,6	89,4
Se realiza al segundo día	39	4,2	4,2	93,6
Se realiza al tercer día	27	2,9	2,9	96,6
Se realiza al cuarto día	15	1,6	1,6	98,2
Se realiza al quinto día	9	1,0	1,0	99,1
Se realiza al sexto día	3	,3	,3	99,5
Se realiza al séptimo día	2	,2	,2	99,7
Se realiza al octavo día	2	,2	,2	99,9
Se realiza al noveno día	1	,1	,1	100,0
Total	928	98,9	100,0	
Perdidos por el Sistema	10	1,1		
Total	938	100		

Tabla II.
Distribución de frecuencias: Servicio de origen de la interconsulta

	Frecuencia	Porcentaje	%válido	%acumulado
Cirugía Infantil	207	22,1	22,1	22,1
Segunda Infancia	203	21,6	21,6	43,7
SUI	123	13,1	13,1	56,8
Intermedio	112	11,9	11,9	68,8
UCI	76	8,1	8,1	76,9
Traumatología Infantil	67	7,1	7,1	84,0
Externo	67	7,1	7,1	91,2
Ginecología - Obstetricia	47	5,0	5,0	96,2
Infeccioso	18	1,9	1,9	98,1
Medicina	18	1,9	1,9	100,0
Total	938	100,0	100,0	

Los resultados de la estimación de los estadígrafos descriptivos de la edad del paciente se muestran en la Fig. 1. La media fue de 11,64 años con una desviación típica de 3,52 años. La curva es ligeramente asimétrica a la izquierda con un error de simetría muy bajo (0,08).

El espigamiento de la curva fue relativamente bajo (curtosis=0,564) y el error de curtosis también fue relativamente bajo (0,16). La forma de la asimetría se debe fundamentalmente a los altos valores de frecuencia observada en las edades de 12, 13 y 14 años.

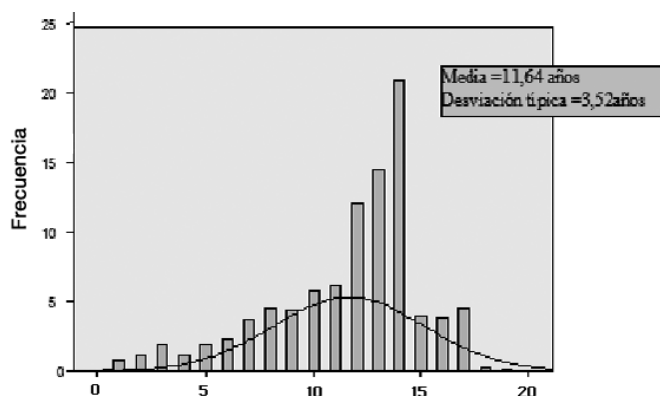


Fig. 1. Gráfico de la distribución de la variable edad de los Pacientes

En la Tabla III se presenta la distribución de frecuencias del sexo del paciente. El sexo femenino presentó el mayor porcentaje (61,67%).

Tabla III.
Distribución de frecuencias de la variable: Sexo del paciente atendido

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Femenino	576	61,67	61,67	61,7
Masculino	358	38,33	38,33	100,0
Total	934	100,0	100,0	

Perdidos por no tener el dato específico del sexo: 4.

La distribución de frecuencias de la variable diagnóstica del psiquiatra se presenta en la Tabla IV. El mayor porcentaje se presentó en el Intento de Autoeliminación (IAE) 16,4%, se-

guido por el trastorno depresivo, trastorno ansioso, trastorno adaptativo, trastorno de conducta y enfermedades no psiquiátricas.

Tabla IV.
Distribución de frecuencias de la variable: Diagnóstico del Psiquiatra

		Frecuencia	Porcentaje
1	IAE	179	16,4
2	Trastorno Depresivo	116	10,6
3	Trastorno Ansioso	111	10,2
4	Trastornos Adaptativo	96	8,8
5	Trastornos Conducta	57	5,2
6	Enfermedad no psiquiátrica	56	5,1
7	Normal	44	4,0
8	Trastorno del Desarrollo de Personalidad	36	3,3
9	Maltrato Infantil	33	3,0
0	Trastornos Consumo de Drogas	28	2,6
1	Otras Psicosis	24	2,2
1	Trastornos Alimentario	21	1,9
1	No Evaluado	20	1,8
1	Trastornos Somatomorfo	13	1,2
1	Disfunción Familiar	11	1,0
1	Esquizofrenia	10	,9
1	Trastornos Afectivo Bipolar	8	,7
1	Abuso Sexual	8	,7
1	VIF	8	,7
2	Trastornos Eliminación	8	,7
2	Retardo Mental	7	,6
2	Obs. Esquizofrenia*	5	,5
2	TGD**	5	,5
	Otras***	5	,5
2	Trastornos del Sueño	4	,4
2	Síndrome Déficit Atencional	4	,4
2	Trastornos Disociativo	4	,4
2	Trastornos de Vínculo	3	,3
2	Obs. de Abuso Sexual	3	,3
3	Trastornos Identidad Sexual	2	,2
3	Trastornos de la Comunicación	2	,2
3	Síndrome Neuroléptico Maligno	2	,2
	Trastornos Facticio	1	,1
3	Obs. Trastorno por Consumo de Drogas*	1	,1
	Agitación Psicomotora	1	,1
3	Mutismo Selectivo	1	,1
	Total	937	85,9

1 caso perdido por no tener diagnóstico. *Obs (en observación o sospecha de ese diagnóstico en particular). **TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo). ***Otras (duelo, tricotilomanía).

En la Tabla V se presentan los resultados de la distribución de las principales indicaciones del psiquiatra. El mayor porcentaje está remitido al control Policlínico Psiquiátrico (45,1%).

Tabla V.
 Distribución de frecuencias de la variable: Primera Indicación General

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Control Poli. Psiquiátrico	423	45,1	45,1	45,1
Seguimiento	106	11,3	11,3	56,4
A COSAM	81	8,6	8,6	65,0
Apoyo del Momento	72	7,7	7,7	72,7
Alta	57	6,1	6,1	78,8
Ninguna Indicación	56	6,0	6,0	84,8
A CRS	39	4,2	4,2	88,9
A otro Profesional de HFBC	29	3,1	3,1	92,0
A otro hospital	26	2,8	2,8	94,8
A Consultorio AP	17	1,8	1,8	96,6
No Evaluado	13	1,4	1,4	98,0
Hospitalización	9	1,0	1,0	98,9
Caso SENAME	3	,3	,3	99,3
A CDT	2	,2	,2	99,5
Internación en Hogar	2	,2	,2	99,7
Policlínico Adulto	1	,1	,1	99,8
A Juzgado	1	,1	,1	99,9
A hospital de día	1	,1	,1	100,0
Total	938	100,0	100,0	

En la Fig.2. Se muestra la distribución de las indicaciones realizadas por los psiquiatras en el periodo estudiado.

La Fig. 3. muestra los resultados de la estimación del análisis de series cronológicas. La curva de ajuste se comporta como una curva S. A partir de esta curva se pudo obtener un 18,3%

de error para MAPE; un 10,56% de error para MAD y un 17,68% de error para MSD. La magnitud de estos errores no es grande, considerando los tamaños de muestra y la cantidad de años analizados, lo cual se puede señalar que la curva S (con su respectiva ecuación) interpreta correctamente el fenómeno estudiado a partir de las mediciones realizadas.

Fig. 2. Gráfica del comportamiento de las principales indicaciones en el tiempo.

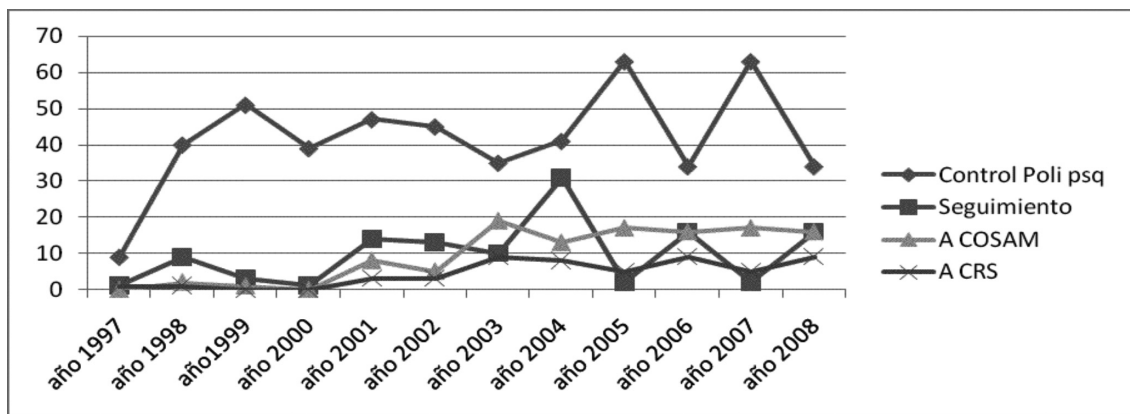
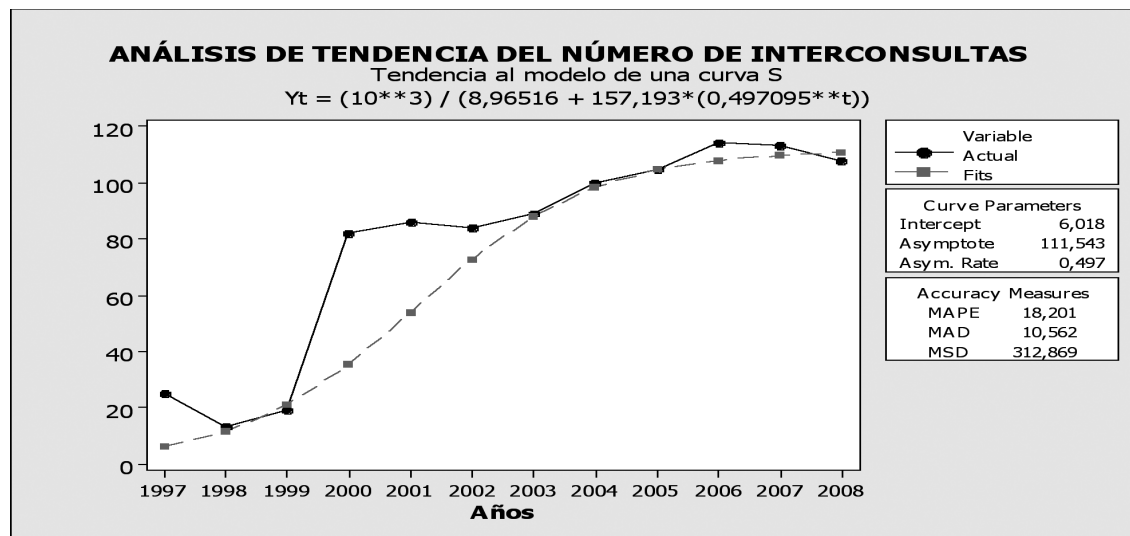


Fig.3.
Análisis de series cronológicas del número de Interconsultas por año.



DISCUSION

En un estudio en población de escolares en Santiago Occidente (11), los desórdenes psiquiátricos muestran una prevalencia de 20%, con una comorbilidad hasta en el 40-50% de los casos. Otros datos epidemiológicos en Chile registran rangos de 22,3% a 32,1% (12). Estos datos muestran que existe un aumento de la probabilidad de que al atender a un niño o adolescente por causas no psiquiátricas, tenga asociada una patología de este tipo (11,12,13).

Los antecedentes señalados anteriormente permiten fundamentar la importancia de detectar y tratar precozmente de forma adecuada los trastornos psiquiátricos (14). Bajo estas condiciones la Psiquiatría de Enlace tiene un rol importante en el manejo de pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea porque tenían como condición premórbida un trastorno psiquiátrico, porque hizo su aparición en paralelo o posterior a la hospitalización (3,4). En el caso particular de los niños y adolescentes, hay que sumar el impacto emocional que surge en relación a muchos diagnósticos médicos (15), aspectos de la relación entre el equipo tratante y su familia (16), y al hecho mismo de estar hospitalizado y separado de sus figuras vinculares más relevantes (15,16).

Se sabe además que los niños que sufren una enfermedad física tienen mayor riesgo de presentar cuadros psiquiátricos (17,18).

El niño es un ser evolutivo, en proceso de personalización, en busca de sentido y significado, y es en esta evolutividad personificadora donde se teje su historia, donde se insertan las consecuencias de conflictos, la elaboración de la realidad y la incorporación de valores(19), por consiguiente es necesario conocer lo que le está sucediendo y sus consecuencias (normalidad o psicopatología) en el ámbito hospitalario ya que muchas dificultades, en la relación del niño con su enfermedad, pueden ser prevenidos o aliviados precozmente si el profesional de salud utiliza los recursos de la Psiquiatría de Enlace (20,21).

En este trabajo, se evidenció que en el 73% de los casos la atención se realiza el mismo día y en un 15,5% se realiza al día siguiente. Por lo tanto, queda demostrada la intervención oportuna e inmediata de los profesionales de la Unidad Infantil para responder con rapidez a la solicitud de enlace de otros servicios.

La mayoría de las interconsultas fueron solicitadas por Servicios de larga estadía como Cirugía Infantil (22,1%) y Segunda Infancia (21,6%). Estos resultados coinciden con lo

que aparece en la literatura en relación a que los pacientes que requieren hospitalizaciones prolongadas son los que más frecuentemente son remitidos al psiquiatra para evaluación (15,22, 23). En orden le siguen el servicio de Urgencia Infantil SUI (13,1%), Cuidados Intermedios (11,9%), UCI (8,1%); donde los trastornos mentales de causa orgánica son los más frecuentes.

Dentro de los aspectos sociodemográficos más relevantes destaca un predominio femenino, con una edad media de 11,64 años y una mayor frecuencia en las edades de 12 a 14 años. Este perfil de paciente podría considerarse de mayor riesgo de requerir una intervención psiquiátrica, lo cual es concordante con los estudios epidemiológicos (3, 12, 24), y reafirma que la adolescencia sigue siendo uno de los períodos más controvertidos del ciclo vital, con perturbaciones psicopatológicas que requieren intervenciones precoces y multidisciplinarias (25).

En los últimos años la conducta suicida en niños y adolescentes ha aumentado, provocando preocupación en la sociedad (26,27, 28). En la muestra estudiada, el principal diagnóstico que motivó las interconsultas fue precisamente el Intento de auto eliminación (IAE) (16,4%). Lo anterior obliga a diseñar un estudio cuyo objetivo específico abarque este tema en su totalidad.

Dentro de las principales indicaciones del psiquiatra, el hecho de que el mayor porcentaje está remitido para controles ambulatorios en el Policlínico de la Unidad Infante Juvenil (45,1%) y con seguimiento durante la hospitalización (11,3%), muestra el énfasis en la continuidad de la atención de los psiquiatras de la Unidad. Es tal la importancia del seguimiento a largo plazo de estos pacientes, que la literatura avala la necesidad de ciertos servicios, como Oncología (15) y Trasplante (2) de contar con especialistas de salud mental en la atención diaria de sus pacientes, considerando el amplio impacto de este tipo de enfermedades médicas en su salud mental (15).

El aumento del uso de la red asistencial que incluye principalmente derivaciones a Cen-

tros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) (8,6%), está correlacionado en forma positiva con los esfuerzos del Ministerio de Salud en este sentido. El objetivo de esto es potenciar la red de salud asistencial, para lo cual se ha destinado recursos económicos y de personal para facilitar la resolución de los principales problemas mentales que aquejan a su población específica. A medida que se ha ido logrando este objetivo, los psiquiatras del nivel terciario han podido utilizar este recurso comunitario y, de este modo, optimizar el nivel de acceso, la cobertura y la pertinencia cultural del paciente y su familia (14,29, 30).

Otro fenómeno observado, es que un número importante de pacientes hospitalizados es dado de alta por indicación del especialista que realiza el enlace (6,1%). Este hecho impacta en el costo de la hospitalización ya que disminuye el día/cama (16).

Durante los 12 años analizados hubo un aumento sostenido de interconsultas por año que puede ser explicado por la pesquisa o sospecha de patología psiquiátrica más activa de los médicos no psiquiatras, la importancia del trabajo interdisciplinario en el abordaje de pacientes hospitalizados y el hecho de que las enfermedades psiquiátricas en la población infante-juvenil están en aumento.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió identificar a los pacientes que requirieron, durante su hospitalización, la intervención del equipo de psiquiatría, identificando a los adolescentes como el grupo más consultante, específicamente al sexo femenino y como patología prevalente el intento de autoeliminación. Este último hecho requiere de estudios futuros.

Se observó la necesidad de los servicios clínicos; sobre todo los de larga estadía, de contar con el apoyo de psiquiatría infante-juvenil para brindar una atención integral, garantizando así con la calidad y oportunidad de la atención.

El aumento sostenido de interconsultas, ya sea solo por el aumento de patología psiquiátrica o por el aumento de la pesquisa del mé-

dico no psiquiatra o por las dos causas juntas, conduce a la necesidad de aumentar las actividades de educación médica por parte del equipo de Psiquiatría de Enlace en esta institución e implementar programas de detección y seguimiento de pacientes pediátricos con alto riesgo de patología psiquiátrica grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farré JM. Se hace camino al andar. Editorial. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2004,71-72:5.
2. Rincón H. La psiquiatría es una hija adoptiva de la medicina, Entrevista con James Strain. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005, 34(2):276-297.
3. Lozano Suárez M, Campos Ródenas R, Zabala Falcó S, Iglesias Echegoyen C. Guía Docente en Psiquiatría de Enlace. Actas Españolas de Psiquiatría. 2000, 28 (6):394-398.
4. Sotolongo García Y, Menéndez López JR, Valdés Mier MA, Campos Zamora M, Turró Mármol CM. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Psiquiatría de enlace en el paradigma salubrista: reto o salto cualitativo. Rev Cubana Med Milit. 2004,33 (1).
5. Servicio Salud Metropolitano Occidente. Depto. Información y Análisis en Salud. Estadísticas de Población 2008.
6. Díaz, VP. Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística para Profesionales y Estudiantes de Ciencias Médicas. RIL editores; Santiago, Chile, 2009.
7. Bowerman, BL, O'Connell, RT. Forecasting and Time Series: An Applied Approach, 3rd edition. Duxbury Press; 1993.
8. Box, GEP; Jenkins, GM. Time Series Analysis: Forecasting and Control, 3rd Edition. Prentice Hall; 1994.
9. Marquardt, DW. An Algorithm for Least Squares Estimation of Nonlinear Parameters. Journal Soc Indust Applied Mathematics 1963, 4:431-441.
10. Farnum, N.R., Stanton, L.W. Quantitative Forecasting Methods. PWS-KENT Publishing Company; Boston, 1989.
11. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de Salud Mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004, 42(4): 259-272.
12. Almonte C, García R. Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes. Libro Psicopatología Infantil y de la Adolescencia: Almonte C, Montt M.E., Correa A. Editores. Cap 10, Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003.
13. Rosales O, Chacón Z. Características clínicas y socio demográficas de los pacientes de la consulta de psiquiatría de enlace del hospital de niños J.M. de los Ríos. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2006, 52(107).
14. Torres R. Interconsultas y Enlace y Psiquiatría. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. 1994, 23:92-96.
15. Gil Domínguez MJ, Villegas Rubio JA, Alonso Cuesta R, Ramírez Villar GL, Márquez Vega C, Quiroga Cantero E, Programa de Psiquiatría de Enlace entre la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) y la Unidad de Oncología Pediátrica. Unidad de Oncología Pediátrica y Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. N° de Programa: P258. An Pediatr (Barc). 2008, 68 (Supl 2):1-378,82.
16. Larach W V, Erazo W Rodrigo. Psiquiatría de enlace e interconsulta en el Hospital General. Libro Psiquiatría Clínica. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurología de Chile. Editor Andrés Heerlein L. Cap 33:699.
17. Franco A. Psiquiatría de enlace en pediatría. Rev. colomb. psiquiatr. 28(2):157-165.
18. Riquelme E. Psiquiatría de enlace en la infancia y la adolescencia. Libro Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, C Almonte, ME Montt y A Correa. Cap. 38. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003.
19. Remplein H., Tratado de Psicología Evolutiva, 1966.
20. Eduardo Riquelme. Psiquiatría del enlace en la infancia y la adolescencia. Libro Psicopatología Infantil y de la Adolescencia: Almonte C, Montt ME, Correa A. Editores. Cap. 37. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2003.
21. Franco J. G, Gómez P E, Ocampo MV,

- Vargas A, Berríos D M. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colomb Med.* 2005, 36(3):186-193.
22. Hernández G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda R, Morales P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev Méd Chile*, 2004, 132: 725-732.
 23. Canedo Magariños. Psiquiatría de interconsulta y enlace. *Galicia Clin.* 2009, 70 (1):29-30.
 24. Las enfermedades mentales en Chile, magnitud y consecuencias. Minsal, 1999.
 25. Berthet C, Calzadilla A. La crisis adolescente: ¿Una crisis normativa o una entidad nosológica independiente? *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2009, 20(1).
 26. Florenzano R. El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. Ediciones Universi-
dad Católica de Chile, Santiago de Chile, 2005.
 27. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2001, 39(3): 211-218.
 28. Inostroza T, Ortiz P, Velásquez A, Bataszew A, Von Dessauer B. Intento de suicidio vía intoxicación por medicamentos: creciente motivo de ingreso a UCI pediátrica. Hospital Roberto del Río. *Rev. Ped. Elec.* 2009, 6(3).
 29. Ministerio de Salud De Chile MINSAL, Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de la red asistencial. División de Atención Primaria. Orientaciones para la Programación en Red. 2008.
 30. Ministerio de Salud De Chile, Dpto. de Asesoría Jurídica, Dpto. Salud Mental. Norma General Técnica N°106 para la implementación y funcionamiento de los Centros de Salud mental Comunitaria. MINSAL. 2008.



Cuestionario para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños con TDAH a nivel escolar

Luisa Matilde Salamanca Duque¹

RESUMEN

Objetivo: Diseñar, validar y determinar confiabilidad de un instrumento para evaluar limitaciones en actividad y restricciones en participación de niños con TDAH a nivel escolar.

Procedimiento: Se determinó validez de contenido y apariencia por juicio de expertos y consistencia interna mediante alfa de Cronbach. Muestra de 37 profesores de niños de 6 a 12 años con TDAH combinado escolarizados.

Resultados: Se diseñó el cuestionario CLARP-TDAH profesores con 6 dominios y 37 ítems con buena validez de apariencia y contenido, consistencia interna por alfa de Cronbach de 0.96 para el cuestionario completo, y para cada dominio valores por encima de 0.7.

Conclusiones: El uso de la CIF para evaluar limitaciones y restricciones trasciende los signos y síntomas a otras alteraciones en los niños con TDAH. El cuestionario tiene una confiabilidad suficiente para su uso y aplicación clínica. Es necesario continuar procesos de validación y confiabilidad del cuestionario.

Palabras Claves: Discapacidad, escuela, niños, rehabilitación, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH.

ABSTRACT

Objective: To design, validate and determine

1. Magister en Desarrollo Infantil, Fisioterapeuta, Docente Investigadora Universidad Autónoma de Manizales, Colombia, Grupo de Investigaciones Cuerpo-Movimiento, Grupo de Investigación Desarrollo Infantil Universidad de Manizales.

Trabajo recibido 27 Enero 2010. Aceptado para publicación 8 Septiembre 2010.

the reliability of an instrument to evaluate activity limitations and participation restrictions involving children with ADHD at scholar level.

Procedure: Content validity and appearance was determined by experts and internal consistency by Cronbach alpha. Sample of 37 teachers of scholarized children between the ages of 6 to 12 with ADHD combined.

Results: The questionnaire CLARP-TDAH profesores was designed with 6 dominions and 37 items with good appearance validity and content. Internal consistency by Cronbach alpha of 0.96 for the completed questionnaire and for each domain values above 0.7.

Conclusions: The use of CIF to evaluate limitations and restrictions transcend the signs and symptoms to other alterations in children with ADHD. The questionnaire has enough reliability for its use and clinical application. However, it is necessary to continue with the processes of validation and reliability of the questionnaire.

Key words: Disability, school, rehabilitation, children, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un síndrome neuro-comportamental frecuente, caracterizado por hiperactividad, impulsividad e inatención, que afectan el desarrollo integral del niño (1). Es el problema de comportamiento de índole crónico más común en la infancia (2, 3), especialmente en el período escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la

vida diaria del niño desde todas las esferas del desarrollo (4) y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (5).

En la ciudad de Manizales, Colombia, los resultados de estudios reportan una prevalencia de TDAH de 17.1%, donde el tipo más frecuente es el combinado (9,4%), con una presentación significativamente mayor en el sexo masculino (21,8%) que en el femenino (10,9%). Es en las edades de 6 a 11 años donde el diagnóstico es más frecuente (22.6%) (6).

Respecto a la problemática de los niños con TDAH se resalta en primer lugar, que ellos muestran una actividad motora elevada en diferentes ámbitos, incluso cuando están quietos su actividad es excesiva y, además, nunca parecen estar cansados. Tienen grandes dificultades para permanecer sentados cuando lo requieren las situaciones estructuradas, tales como la clase en el colegio, también son más activos que sus compañeros en situaciones no estructuradas, como el patio de recreo. Parecen estar siempre muy ocupados, inquietos, con prisa, corriendo y saltando. Se mueven en la silla, hacen ruidos y molestan a otros niños, inician numerosas actividades pero no finalizan ninguna. En segundo lugar, tienen dificultades a la hora de prestar atención, no se concentran y son incapaces de modular su atención en respuesta a las demandas del medio externo. En la escuela tienen problemas para procesar las tareas, no pudiendo completar el trabajo dirigido a un objetivo sin que otra persona les reenfoque su atención continuamente. Sus tareas escolares presentan dificultades, con frecuentes errores y su lectoescritura algunas veces es descuidada (7). En tercer lugar, la impulsividad hace que el niño actúe de forma inmediata, sin medir las consecuencias de sus actos, pareciendo no percibir el peligro o la relación causa-efecto. Muchos niños con TDAH tienen grandes dificultades para diferir cualquier tipo de respuesta hasta el momento apropiado, para interrumpir el curso inapropiado de una acción o para ajustar respuestas adaptativas.

Como resultado de todo ello, estos niños son poco productivos, obteniendo un rendimiento académico más bajo y una repitencia escolar

más frecuente que sus compañeros.

Bajo estos criterios, el TDAH ha sido abordado desde su diagnóstico básicamente desde la clínica, con un mayor énfasis en el aspecto biológico y en consecuencias de la enfermedad desde la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (8), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV (9) y fenómenos de comorbilidad (7), los cuales no están enmarcados directamente en la conceptualización actual del modelo biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud CIF de la Organización Mundial de la Salud, OMS (10), bajo el cual se deben mirar las condiciones de salud.

La CIF describe el funcionamiento humano como un término genérico que incluye funciones y estructuras corporales, actividades y participación social, indicando los aspectos positivos de la interacción de un individuo en una condición de salud específica con los factores contextuales ambientales y personales que lo determinan. Igualmente aborda el término discapacidad, como aquel que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, describiendo los aspectos negativos de dicha interacción.

Desde esta perspectiva, CIE y CIF, son complementarias y en combinación posibilitan un mejor análisis a la situación de los niños y las niñas con TDAH (11).

El término “discapacidad” que antes había sido formulado como parte de las consecuencias de la enfermedad, ha sido reemplazado en esta clasificación por el término neutro “actividad” y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “limitaciones de la actividad”; el término “minusvalía” como connotación de desventaja social respecto al fracaso en el desempeño de roles, ha sido reemplazado por un término más positivo, el de “participación”, y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como “restricciones en la participación”.

La problemática generada por el TDAH, si

bien tiene un sustrato biológico, lo relevante es el papel que en la expresión de dicho sustrato juegan las características del entorno, y es precisamente, en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las dificultades de adaptación, de desarrollo, e incluso en la calidad de vida.

Las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en el TDAH son problemas que los niños y niñas pueden experimentar en su contexto escolar y éstos se incluyen en los capítulos de la CIF. Tales dificultades se evidencian por ejemplo en las actividades personales como la planeación del día a día en la escuela, en la organización de actividades y tareas, en sus responsabilidades en el aula, en el manejo del tiempo, en actividades recreativas, de juego y de interacción con sus pares.

En este sentido, se podría asumir que el niño y la niña con TDAH se encuentran en situación de discapacidad, puesto que existen múltiples deficiencias, limitaciones en la actividad funcional y restricciones en la participación social que le impiden un adecuado funcionamiento.

En varias fuentes bibliográficas y artículos científicos revisados, se reconoce el enfoque diagnóstico bajo el cual se ha abordado el TDAH, encontrando fortalezas pero también vacíos en el conocimiento respecto al uso de instrumentos más integrales relacionados con la condición de salud y el desarrollo infantil de esta población. Uno de estos antecedentes es la guía de práctica clínica para la evaluación y diagnóstico del TDAH del subcomité de TDAH de la Academia Americana de Pediatría (3) que, si bien otorga información detallada de la clínica comportamental del niño, se puede quedar corta en información de desempeño en otros ámbitos y áreas de funcionamiento infantil. Por ello, como conclusión en el documento, los autores recomiendan pensar en futuras investigaciones que aborden el diagnóstico del TDAH de una manera integral.

Igualmente, y en función de reconocer la importancia de abordar el TDAH desde una visión integral biopsicosocial de acuerdo al modelo de la CIF, se reconoce que este trastorno,

como condición de salud, debe ser objeto de análisis y estudio desde sus componentes funcionamiento, discapacidad y factores contextuales, por ello es importante reconocer otros estudios y publicaciones como el de Üstun (11), en el cual se afirma la importancia de realizar procesos investigativos donde se aplique la CIF al TDAH ya que aun no existe un instrumento válido y confiable para tal fin. Además, brinda elementos que pueden orientar hacia la construcción del instrumento, ya que hace un acercamiento hacia las funciones corporales, actividades y participación relacionadas con el TDAH. Por último, el uso mismo de la CIF, otorga facilidad para la organización, codificación, análisis e interpretación, puesto que en ella se propone claramente la manera de hacerlo.

Por estas razones, se reconoce la importancia de contar con un instrumento válido y confiable apoyado en la conceptualización y criterios de la CIF que evalúe las diversas dimensiones del desarrollo del niño y la niña bajo los componentes limitaciones en la actividad y restricciones en la participación para el TDAH. En este sentido, se precisa un esfuerzo para diseñar herramientas fiables que puedan medir el grado de interferencia en el funcionamiento adaptativo del niño en dos o más ambientes, en este caso para niños con TDAH a nivel escolar (12).

El objetivo de este estudio fue diseñar, validar y determinar confiabilidad de un instrumento para la evaluación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH. Se pretende abordar la valoración desde una visión integral de funcionamiento humano que trascienda al nivel de desempeño del niño y la niña en su contexto escolar, desde los dominios aprendizaje y aplicación del conocimiento, tareas y demandas generales, comunicación, movilidad, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida y vida comunitaria social y cívica.

MÉTODO

Se realizó la validación de un instrumento, con un nivel de profundidad exploratorio y descrip-

tivo. Respecto a la validación se realizó validez de contenido y apariencia y la confiabilidad se determinó por consistencia interna.

Según la declaración de Helsinki y la resolución 008430 del Ministerio de Salud Nacional de Colombia esta investigación se clasificó sin riesgo y fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Manizales mediante acta número 012 del 2008.

La población y muestra se determinaron por conveniencia considerando aquellas instituciones de la ciudad de Manizales donde asisten niños y niñas para tratamiento de apoyo terapéutico, como Espiral, CEDER, Secretaría de Educación – Unidad de Atención Integral (UAI) y Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios. Mediante reuniones y llamadas telefónicas se contactó a los padres de los niños y niñas. Una vez aceptada la participación en el estudio se realizó el proceso de consentimiento informado y aprobaron la visita al profesor de su hijo. Se obtuvo una muestra de 37 profesores quienes aceptaron voluntariamente su participación.

La técnica fue la entrevista estructurada y el instrumento fue el cuestionario que se constituyó de preguntas abiertas para los datos socio demográficos y de preguntas de escala para la evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, donde se debe dar una calificación de 0 a 4 tal como lo propone la CIF (10): 0 Ninguna dificultad, 1 Dificultad ligera, 2 Dificultad moderada, 3 Dificultad grave, 4 Dificultad completa, y la opción NA No Aplica.

La investigación se llevó a cabo en cuatro fases:

FASE I. DISEÑO DEL CUESTIONARIO: A partir de la revisión de la literatura se determinaron las variables para la construcción del instrumento evaluativo con los ítems necesarios acordes a la población con base en la lista completa de la CIF (10).

Respecto a la elaboración de las preguntas del cuestionario se tuvo como base el modelo del instrumento WHODAS II (13) , la lista de

chequeo Colombiana para el diagnóstico de TDAH (14), y el BASC versión Colombiana (15), en estos últimos se encontraron redacciones de preguntas ya validadas relacionadas directamente con el desempeño de niños con TDAH.

La versión preliminar del cuestionario constó de 6 dominios (Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y Demandas Generales, Comunicación, Movilidad, Interacciones y relaciones interpersonales y Áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica) y 40 ítems.

FASE II. VALIDEZ DE CONTENIDO Y APARIENCIA DEL CUESTIONARIO: Se realizó por juicio de expertos, donde se contó con 5 profesionales expertos desde las áreas de Psicología, Educación Especial, Fonoaudiología y Lingüística, este último fue convocado con el interés de dar validez a la redacción y forma gramatical de las preguntas. Respecto a la valoración de los expertos, la validez de apariencia se realizó por distribución de frecuencias, valores inferiores al 100% de aceptabilidad en el ítem serían revisadas y reevaluadas, finalmente 18 preguntas del instrumento debieron ser revisadas y replanteadas de acuerdo a las sugerencias de los expertos, realizando cambios en el contenido de estos ítems pero conservando su claridad semántica y su correspondencia con el constructo teórico.

FASE III. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: En esta fase se desarrollaron varias subfases, la primera fue la aplicación de la prueba piloto para la cual hubo previo entrenamiento de 4 evaluadores participantes del estudio, esta fue aplicada a 10 maestros. Los resultados de la prueba piloto permitieron la construcción final del cuestionario, con los mismos 6 dominios y 37 ítems, y cada uno de ellos se codificó como “a” o “p” según se considerara como actividad (a) o participación (p) (Tabla 1 y Tabla 2). En segundo lugar se realizó la recolección de la información, para lo cual se realizó la visita personal a los padres, ellos firmaron consentimiento informado, autorizaron para visitar la escuela o colegio y realizar la entrevista a los profesores. La aplicación del instrumento tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

FASE IV. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO: Una vez se tuvo recolectada la información se procedió a la elaboración de la base de datos y el análisis de la información con el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para Windows, con el cual se realizó análisis descriptivo y determinación de consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach. Ante la rigurosidad de la aplicación del coeficiente alfa de Cronbach, además de calcular el valor para el cuestionario completo se calculó el valor para el grupo de ítems que componen cada dominio (17), es de resaltar que en todos los dominios de ambos instrumentos el número de ítems está entre 3 y 12, el cual es el rango adecuado para obtener el coeficiente (18). Para el estudio se consideró una buena consistencia interna cuando el valor de alfa fuera superior a 0,7, y preferentemente entre 0.8 y 0.9 (16, 18).

RESULTADOS

SOCIODEMOGRÁFICOS: El total de niños y niñas evaluados por los profesores fue de 37, de los cuales el 90.5% eran del género masculino y el 9.5% del género femenino, en una relación aproximada de 9:1. El rango de edad fue de 6 a 12, con una media de 8.36 y una desviación estándar de 1.76. Todos los niños y niñas se encontraban escolarizados, el 56.8% en instituciones de educación privadas y el 43.2% en instituciones públicas. Se determinó también el nivel económico de los niños, encontrando que en su mayoría, más del 60%, se ubicaron en ingresos bajos, menores a 3 salarios mínimos mensuales.

LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO DE NIÑOS EVALUADOS: Si bien no era el interés primario del estudio caracterizar las limitaciones y restricciones de los niños evaluados, para el grupo investigador fue interesante analizar el comportamiento de estas variables en función de tener un primer acercamiento a dicha problemática. Cabe iniciar reconociendo que la totalidad de niños y niñas evaluados refirieron mínimo una dificultad en alguno de los dominios evaluados.

En la mayoría de las actividades correspondientes al contexto escolar se refieren muchas dificultades, hasta en un 62% de todos los niños evaluados se refieren dificultades entre moderadas y completas para: a 130 Copiar, a 135 Repetir, a 1.551 Adquisición de habilidades complejas, a 163 Pensar, a 175 Resolver problemas y a 177 Tomar decisiones; respecto a habilidades escolares como: a 166 Leer, a 170 Escribir y a 172 Calcular; hay dificultades de moderadas a completas en un 43% de la población evaluada. El ítem donde se refieren mayores dificultades es a 160 Centrar la atención, tanto en el género femenino como masculino, pero es en este último donde es más evidente el compromiso.

Donde se presentan mayores dificultades es en a2200 Realizar múltiples tareas, y en llevar a cabo una única tarea hay mayores dificultades graves y completas cuando se realizan en grupo. También se encontró que las dificultades a nivel escolar manifestadas por los profesores se hacen más evidentes en grupos con más de 25 estudiantes por aula.

En cuanto a los ítems correspondientes a la comunicación verbal el p3504 Conversar con muchas personas tuvo las mayores dificultades.

Respecto al dominio de Movilidad, los ítems en que se presentan mayores dificultades son a4153 Permanecer sentado y a4154 Permanecer de pie, los cuales se presentan con dificultades de graves a completas hasta en un 46% de la población total, esta situación predomina en el género masculino. Respecto a habilidades motrices gruesas, los ítems a4454 Lanzar, a4455 Atrapar, a4503 Andar sorteando obstáculos, son los que refieren dificultad entre moderada y completa, al igual que en habilidades motrices finas como a4402 Manipular.

Las mayores dificultades se encontraron en el dominio de Interacciones y relaciones interpersonales, como en el ítem p7102 Tolerancia en las relaciones y p7202 Regulación del comportamiento en las interacciones, en los cuales más del 40% de todos los niños y niñas se refieren con dificultad grave a completa.

El dominio donde predomina la calificación ninguna dificultad es Áreas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica, a excepción del ítem p820 Educación escolar, donde el 21% de todos los niños y niñas se califican con dificultad grave y completa, le siguen p9202 Arte y cultura y p9200 Juego.

Los niños de estratos económicos bajos son los que presentan mayores dificultades, más del 60% de los niños de esta condición económica presentan dificultades graves y com-

pletas. Esta situación es más evidente en lo referente a interacciones y relaciones interpersonales, presentándose en más del 50% de los niños de estrato bajo.

CONSISTENCIA INTERNA DEL CUESTIONARIO: Mediante coeficiente alfa de Cronbach se obtuvo la consistencia del CLARP-TDAH profesores con un valor de 0.96, también se analizó el coeficiente para cada uno de los dominios encontrando valores positivos, todos mayores a 0.7 y la mayoría superiores a 0.8 (Tabla 3).

Tabla 1.
DISTRIBUCION POR DOMINIOS E ITEMS DEL CLARP-TDAH PROFESORES

<i>Cuestionario / Dominio</i>	<i>Número de Items</i>
INSTRUMENTO COMPLETO	37
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	10
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	4
COMUNICACIÓN	5
MOVILIDAD	10
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	3
AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA	5

Tabla 2.
DOMINIOS E ITEMS DEL CLARP-TDAH PROFESORES

<i>Dominios / Items</i>	
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	
a130	COPIAR
a135	REPETIR
a1551	ADQUISICIÓN DE HABILIDADES COMPLEJAS
a160	CENTRAR LA ATENCIÓN
a163	PENSAR
a166	LEER
a170	ESCRIBIR
a172	CALCULAR
a175	RESOLVER PROBLEMAS
a177	TOMAR DECISIONES
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	
a2102	LLEVAR A CABO UNA ÚNICA TAREA INDEPENDIENTEMENTE
a2103	LLEVAR A CABO UNA ÚNICA TAREA EN GRUPO
a2200	REALIZAR MÚLTIPLES TAREAS
a2400	MANEJO DE RESPONSABILIDADES

COMUNICACIÓN

- p310 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE MENSAJES HABLADOS
 p3150 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE GESTOS CORPORALES
 p3152 COMUNICACIÓN-RECEPCIÓN DE DIBUJOS Y FOTOGRAFÍAS
 p3503 CONVERSAR CON UNA SOLA PERSONA
 p3504 CONVERSAR CON MUCHAS PERSONAS

MOVILIDAD

- a4153 PERMANECER SENTADO
 a4154 PERMANECER DE PIE
 a4402 MANIPULAR
 a4454 LANZAR
 a4455 ATRAPAR
 a4502 ANDAR SOBRE DIFERENTES SUPERFICIES
 a4503 ANDAR SORTEANDO OBSTÁCULOS
 a4551 TREPAPAR
 a4552 CORRER
 a4553 SALTAR

INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES

- p7200 ESTABLECER RELACIONES
 p7202 REGULACION DEL COMPORTAMIENTO EN LAS INTERACCIONES
 p7102 TOLERANCIA EN LAS RELACIONES

AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA

- p820 EDUCACIÓN ESCOLAR
 p9200 JUEGO
 p9201 DEPORTES
 p9202 ARTE Y CULTURA
 p9203 MANUALIDADES

Tabla 3.
VALORES DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH PARA EL CLARP-TDAH PROFESORES Y CADA UNO DE SUS DOMINIOS

Cuestionario / Dominio	Número De ítems	Coficiente alfa de Cronbach
Cuestionario completo (n=37)	37	0.96
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	10	0.9
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	4	0.76
COMUNICACIÓN	5	0.84
MOVILIDAD	10	0.78
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	3	0.89
AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA Y VIDA COMUNITARIA SOCIAL Y CÍVICA	5	0.88

DISCUSIÓN

Otros estudios de TDAH en Manizales, Colombia (6) han evidenciado un comportamiento socio demográfico similar en la población estudiada, la prevalencia es significativamente mayor en el sexo masculino en una relación 9:1 con respecto al género femenino (19). Las manifestaciones del TDAH y sus consecuencias en limitaciones en la actividad y restricciones en la participación según el estudio tienen una mayor tendencia hacia el género masculino y en los estratos económicos bajos, y principalmente en el dominio de interacciones y relaciones interpersonales.

En términos generales, se reconoce que los profesores brindan información adecuada, a través de la técnica de entrevista son fiables para identificar consecuencias en el funcionamiento de niños con TDAH en su contexto escolar (20).

El compromiso funcional en el TDAH genera repercusiones económicas y sociales, como la desintegración familiar, el aumento en la tasa de deserción escolar, la repitencia en grados escolares y demanda un mayor uso de servicios de apoyo a nivel sanitario y educativo, como uso de medicamentos y terapias de rehabilitación, asistencia a cursos remediadores y apoyo desde las necesidades educativas especiales, por lo tanto, es clara la importancia de llevar a cabo procesos de valoración funcional que permitan evidenciar el impacto en los diferentes contextos familiar y escolar especialmente respecto a resultados a largo plazo y no solamente a los síntomas a corto plazo (21, 22). De acuerdo a Lollar (23), en cuanto a la necesidad de dirigir la discusión alrededor de la función, la deficiencia y los resultados a largo plazo y su medición en niños con TDAH, es importante reconocer que la medición del funcionamiento del niño es más útil que describir síntomas, especialmente para la planeación de intervenciones, la reducción de síntomas centrales no puede corresponder con la mejoría en el funcionamiento. Con el estudio se logra dar un paso respecto a la evaluación de la funcionalidad y el funcionamiento de los niños y las niñas con TDAH utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento,

la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS, permitiendo trascender a las consecuencias personales, familiares, amigos, escuela y vida social (11).

La tendencia en cuanto a las principales consecuencias del TDAH en la muestra estudiada se evidencian en los dominios Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Autocuidado e Interacciones y relaciones interpersonales, iguales dominios referidos por Üstün (11) y Hoza (24), y otros estudios en niños basados en la CIF(25).

En los resultados del estudio llama la atención que en algunos niños no se evidenciaron importantes limitaciones ni restricciones, lo que comprueba aún más que las características personales y el contexto mismo moldean y determinan su desempeño. Para estos pocos casos, la presencia de los tres síntomas (inatención, hiperactividad e impulsividad) al parecer no genera impacto negativo importante en su funcionamiento. Esta situación también genera reflexión relacionada con el nuevo concepto de TDAH a abordar para el DSM-V (12, 26), donde se cuestiona su caracterización y donde probablemente habrá cambios sustanciales desde su formato categorial y teórico (27). Desde este punto de vista se discute también la caracterización de los subtipos, para el caso de este estudio se encontró que no todos los niños y las niñas con TDAH tipo combinado cumplieron con los criterios plenos para este subtipo, en varios de los ítems relacionados principalmente con hiperactividad e impulsividad como permanecer sentado y permanecer de pie, en el 40% de los niños evaluados la respuesta fue ninguna dificultad o dificultad ligera, lo que podría tener cualquier niño sin un diagnóstico de TDAH, y en los ítems de relaciones interpersonales donde se indaga sobre la tolerancia y la regulación del comportamiento el 30% de los niños por los profesores es calificado sin dificultad o dificultad ligera.

Llama la atención que dentro de los criterios diagnósticos DSM-IV, el criterio C se refiere a que las manifestaciones deben producirse en múltiples contextos como el hogar, la escuela y situaciones sociales en general, pero en el estudio se encuentra que no es del todo fre-

cuenta que los niños y las niñas despliegan el mismo nivel de disfunción en la escuela o colegio, tal como se encuentra en otros estudios (28). Los profesores en las entrevistas, cuando expresaban otra información por fuera de la calificación estandarizada para el cuestionario, referían que estos síntomas empeoraban o mejoraban de acuerdo al interés, gusto, atractivo o novedad intrínseca de la actividad para la cual se exigía atención o esfuerzo mental, tal como lo encontrado en el estudio de Biederman (28), los síntomas del trastorno pueden ser mínimos cuando se está bajo un control estricto, en una situación nueva e interesante o mientras experimenta gratificación por el comportamiento adecuado. Lo que sí es evidente, es que las manifestaciones son mayores en frecuencia e intensidad en situaciones grupales, por lo cual pueden existir múltiples limitaciones y restricciones en el contexto escolar.

Un estudio previo realizado por el mismo grupo investigador en el cual se diseñó un instrumento para evaluación de limitaciones y restricciones de niños y niñas con TDAH para padres, tuvo como resultado una confiabilidad por consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.74, el cual comparado con el valor 0.96 para profesores lleva a analizar si la cuestión es que los padres y profesores tienen formas distintas de conceptualizar las conductas o si estas diferencias podrían ser reflejo de la diferencia entre ambos contextos. En otros estudios se cita que para niños entre 9-11 años la convergencia entre padres y profesores en el momento de evaluar no es tan evidente como en niños mayores, estas diferencias en la información provista por ambas fuentes no necesariamente implica que una sea más válida que la otra, sino que puede interpretarse de manera diferente como reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los contextos o las interacciones diferenciales entre el niño y quien informa (29-34). Tales discrepancias en resultados de consistencia interna también se han encontrado en otros estudios, en los cuales se han encontrado valores alfa para la escala Conners de padres de 0.87 y para la escala Conners de profesores de 0.92.

En cuanto al criterio D del DSM-IV, que manifiesta que la sintomatología interfiere en la actividad social y académica propia del nivel de desarrollo de los niños y las niñas, este nuevo instrumento aporta en el sentido que evalúa las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, conociendo el efecto que los síntomas del TDAH tienen en el rendimiento académico, en las relaciones en el ámbito escolar y familiar, en la independencia y manejo de responsabilidades, en las actividades de ocio y recreo, y en las actividades de la vida diaria en general.

En el estudio se hizo evidente la tendencia a la presentación de limitaciones y restricciones en los niños y las niñas con TDAH, las cuales en su mayoría podrían estar relacionadas también con fallas neuropsicológicas, especialmente la disfunción ejecutiva. Según Anderson (35) y Pistoia et al (36), tales dificultades desde la CIF podrían correlacionarse con la disfunción ejecutiva desde cuatro factores: flexibilidad cognitiva, establecimiento de metas, procesamiento de la información y control atencional, además de dificultad en inhibir estímulos irrelevantes, en reconocimiento de los patrones de prioridad, análisis y síntesis de los estímulos, en formular una intención y en establecer planes de consecución y modificación de logros.

Los resultados positivos de consistencia interna para la evaluación de los dominios de la CIF, puede relacionarse, entre otros aspectos, con que fue construida basada en dominios específicos y códigos de esta clasificación, resultados similares a los encontrados en otros estudios donde se han evaluado niños con diversas situaciones cognitivas, motoras y comportamentales (37, 25). Sin embargo, sería importante a futuro continuar otros procesos investigativos en esta área, específicamente con el uso de la CIF en niños y jóvenes (38) que aún no tiene su versión en español.

Son relevantes los aportes del estudio en cuanto al diseño, validación y consistencia interna de un nuevo instrumento de evaluación de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en niños y niñas con TDAH, logrando una clara evidencia de la CIF

como una herramienta relevante para la valoración integral, trascendiendo la evaluación de signos y síntomas desde la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, a otros aspectos del desempeño, la funcionalidad y el funcionamiento, para este caso, en el contexto escolar.

La CIF se constituye en referente fundamental para el diseño de instrumentos y prueba su aplicabilidad y confiabilidad en procesos de intervención en salud. El presente estudio se constituye en un adelanto y aporte investigativo en el campo de la rehabilitación pediátrica, específicamente en coherencia con el interés de la CIF (OMS) de caracterizar las condiciones de salud de las personas desde un modelo biopsicosocial y una estructura que permita abordar los factores biológicos, personales y sociales desde el funcionamiento humano, así como lo refieren Jette (39) y Rauscher y Greenfield (40) en sus publicaciones sobre la relación e importancia de la CIF para los procesos investigativos y de intervención clínica.

El CLARP-TDAH profesores puede ser aplicado por diferentes profesionales y personal que interviene a los niños con TDAH, entre ellos: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, educadores especiales y profesores. En tal sentido, favorece la intervención interdisciplinaria desde una mirada más integral, además permite evidenciar cambios en el curso del tiempo de evolución del trastorno y facilita la participación e interacción de las instituciones educativas, los profesores y los padres en el seguimiento, control e intervención de los niños y las niñas con diagnóstico de TDAH.

El instrumento permite identificar problemas y dificultades específicas y relevantes en las áreas de aprendizaje y aplicación de conocimiento, tareas y demandas generales, movilidad, comunicación, interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida, y vida comunitaria social y cívica, facilitando diseñar el plan más apropiado de intervención desde las diversas disciplinas de apoyo terapéutico que intervienen a los niños y las niñas con TDAH (41), esto al mismo tiempo logra apoyar la utilidad de la CIF en cuanto a

aportar a un lenguaje común, estandarizado, fiable y aplicable transdisciplinar y transculturalmente que permita describir los elementos importantes de la salud en esta población e incluso permita realizar posibles aportes para la toma de decisiones desde la política pública en la infancia.

Como conclusión, la CIF desde sus dominios para la evaluación de variables específicas tiene el potencial para proveer un marco global en la evaluación, intervención, y medición de resultados, para el caso de los niños con TDAH permitió la construcción del instrumento CLARP-TDAH profesores, en función de la evaluación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación a nivel escolar, con una adecuada validez de apariencia y contenido y una solidez estructural y confiabilidad suficiente para iniciar su uso y aplicación clínica. Con este estudio se logra un paso inicial para la consolidación del instrumento, sin embargo se recomienda continuar con otras investigaciones con muestras poblacionales mayores y con otras metodologías para continuar con sus procesos de validez y confiabilidad.

De acuerdo a los resultados de la investigación se encuentra la necesidad y oportunidad de desarrollar el componente factores contextuales de la CIF en esta población, sería importante establecer las relaciones causales, barreras o facilitadores desde los estilos de vida, el entorno y las condiciones personales mismas de los niños con TDAH.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arriada-Mendicoa N, Otero-Siliceo E. Síndrome de atención deficitaria. Aspectos básicos del diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol.* 2000, 31: 845-51.
2. Fernández Pérez M, López Benito M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje!". *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004, 6: 421-32.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with

- attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001, 105: 1158-1170.
4. García-Pérez A, Expósito-Torrejón J, Martínez-Granero M.A, Quintanar-Rioja A, Bonet-Serra B. Semiología clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función de la edad y eficacia de los tratamientos en las distintas edades. *Rev Neurol*. 2005, 41: 517-24.
 5. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, et al. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005, 40: 716-22.
 6. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Grupo de investigación Fundema. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol*. 2001, 32:1-6.
 7. Roselló B, Amado L, Bo RM. Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin*. 2000, 1:181-92.
 8. World Health Organization. The tenth revision of the International Classification of Diseases and related Health Problems. Geneva: WHO 1992.
 9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
 10. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO 2001.
 11. Ustün TB. Using the international classification of functioning, disease and health in attention-deficit/hyperactivity disorder: separating the disease from its epiphenomena. *Ambul Pediatr*. 2007, 7:132-9.
 12. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol*. 2008, 46: 365-72.
 13. Vázquez-Barquero JL, Herrera S, Vázquez E, Gaité L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud – WHO DAS II Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II. Madrid: Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales. IMSERSO, 2006.
 14. Pineda DA, Henao GC, Perta IC, Mejía SE, Gómez LF, Miranda ML, et al. Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Rev Neurol*. 1999, 28: 361-5.
 15. Pineda DA, Kamphaus RW, Mora O, Puerta IC, Palacio LG, Jiménez I, et al. Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad. *Rev Neurol*. 1999, 28: 952-9.
 16. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Applied Psycho* 1993, 78: 98-04.
 17. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*. 2003, 80: 217-22.
 18. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005, 34: 572-80.
 19. Cardo E, Servera M. Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol*. 2005, 40: S11-5
 20. Ortiz J, Aclé G. Diferencias entre padres y maestros en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. *Rev Neurol*. 2006, 42: 17-21.
 21. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD: literature review and proposal for future research. *Ambul Pediatr*. 2007, 7: 82-90.
 22. Brown RT, Perrin JM. Measuring Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ambul Pediatr*. 2007, 7: 57-9.
 23. Lollar D. Function, impairment, and Long-term outcomes in children with ADHD and how to measure them. *Pediatr Ann*. 2008, 37: 28-36.
 24. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *Ambul Pediatr*. 2007, 7: 101-6.
 25. Battaglia M, Russo E, Bolla A, Chiusso A, Bertelli S, Pellegrini A, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health in a cohort of children with cognitive, motor, and complex disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2004, 46: 98-06.
 26. Barkley RA. Avances en el diagnóstico y

- la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Rev Neurol*. 2009, 48: S101-6.
27. Sergeant J. Are we ready for endophenotypes in attention deficit hyperactivity disorder?. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005, 27: 262-3.
 28. Biederman J, Gao HT, Rogers AK, Spencer TJ. Comparison of parent and teacher reports of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from two placebo-controlled studies of atomoxetine in children. *Biol Psychiatry*. 2006, 60: 1106-10.
 29. Steele R, Forehand R, Devine D. Adolescent social and cognitive competence: crossinformant and intraindividual consistency across three years. *J Clin Child Psychol*. 1996, 25: 60-5.
 30. Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol*. 1993, 22: 107-15.
 31. Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991, 31: 78-85.
 32. Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JP, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM IV attentiondeficit/hyperactivity disorder in a clinic referred sample. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000, 39: 308-13.
 33. Jensen PS, Rubio Stipeck M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stones ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999, 38: 1569-79.
 34. Montiel-Nava C, Peña JA. Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Rev Neurol*. 2001, 32: 506-11.
 35. Anderson P. Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychol*. 2002, 8: 71-82.
 36. Pistoia M, Abad-Mas L, Etchepareborda MC. Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol*. 2004, 38: 149-55.
 37. Kronk R, Ogonowski J, Rice C., Feldman H. Reliability in assigning ICF codes to children with special health care needs using a developmentally structured interview. *Disabil Rehabil*. 2005, 27: 977-83.
 38. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth. Geneva: WHO, 2007.
 39. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*. 2006, 86: 726-34.
 40. Rauscher L, Greenfield BH. Advancements in contemporary physical therapy research: use of mixed methods designs. *Phys Ther*. 2009, 89: 91-100.
 41. Steiner W, Ryser L, Huber E, Uebelhart D. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002, 11: 1098-107.



Encuesta chilena acerca de terapia farmacológica en epilepsias del niño y el adolescente

Maritza Carvajal, Lilian Cuadra, Perla David, Jorge Förster, Tomás Mesa, Isabel López

RESUMEN

La Liga Chilena contra la Epilepsia, Chilean Bureau (LICHE), la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) y la Sociedad de Epileptología de Chile, Chilean ILAE Chapter, (SOCEPCHI), deciden unir sus esfuerzos para realizar un consenso de uso de fármacos antiepilépticos (FAE) en 14 síndromes electro-clínicos específicos, 3 tipos de Status epilepticus (parcial, de ausencias y tónico clónico generalizado) y epilepsia parcial de origen no precisado.

Previo al consenso, los organizadores se plantean realizar una encuesta que aporte a responder algunas preguntas: ¿Qué grado de uniformidad existe entre los neuropediatras chilenos en cuanto a la elección de tratamiento farmacológico en cada uno de los síndromes epilépticos y otras epilepsias planteadas? ¿El contexto público o privado donde se realiza la práctica profesional (que determina menores o mayores recursos económicos) influye en la elección de los FAEs? ¿Sería útil esta información, para las conclusiones de un futuro consenso de uso de FAEs?

Material y método: Se proyecta un estudio descriptivo a través de la elaboración de una encuesta que incluye: Un caso clínico para cada uno de los síndromes electro-clínicos y otras epilepsias elegidas, una lista de FAEs con su sigla correspondiente. Se envía la encuesta por correo electrónico, a 46 neuropediatras del servicio público y privado simultáneamente. Después de tres semanas de plazo, se reciben 37 encuestas que se analizan en forma anónima y manteniendo la privacidad del encuestado.

Resultados: Se describe el tratamiento pro-

puesto por 37 neurólogos para cada uno de los 14 cuadros presentados. No existe coincidencia clara entre los 37 neuropediatras chilenos en cuanto a la elección de tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos planteados. En algunos síndromes, como Epilepsia de Ausencias de la Niñez se observa más de un 90% de acuerdo en el uso del mismo FAE, en cambio en otros, especialmente en síndromes y epilepsias menos comunes y/o de difícil manejo hay una gran dispersión, a pesar de existir lineamientos en guías ministeriales. En la práctica privada, se indica formulaciones de VPA y CBZ de liberaciones extendidas. Los FAE de última generación y de mayor costo, se usan más en el sistema privado.

Conclusión: La encuesta, confirma la necesidad de realizar un consenso nacional para el manejo farmacológico de epilepsias en niños y adolescentes.

Palabras claves: Epilepsia pediátrica, epilepsias de la niñez, síndromes epilépticos, tratamiento farmacológico, consenso, fármacos antiepilépticos.

ABSTRACT

The Liga Chilena contra la Epilepsia (LICHE), ILAE Chilean Bureau, the Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) and the Sociedad de Epileptología de Chile (SOCEPCHI), ILAE Chilean Chapter, decided to join efforts in developing a Consensus on antiepileptic drugs (AEDs) treatment options in 14 specific electro-clinical syndromes, three types of status epilepticus (partial, absence and generalized tonic clonic). Attending to routine clinical management, partial epilepsy of unknown origin was added.

Prior to the implementation of this consensus, the organizers decide to carry on a survey intending to answer the following questions: What degree of consensus exists between the Chilean child neurologists as to the choice of drug therapy in epilepsies and epileptic syndromes? Does the public or private context in which the professional practice takes place influence the choice of AEDs? Will this information be a useful tool in the development of a consensus for the use of AEDs?

Methods: A descriptive study based on a survey including a typical clinical case for each of the 14 electro-clinical syndromes and other epilepsies selected and a list of AEDs drugs with standard abbreviation was sent by electronic mail to 46 child neurologists living from Arica to Punta Arenas, six of them work exclusively in private hospitals, six work exclusively in public service and 24 in both simultaneously. After three weeks, 37 surveys were answered and analyzed anonymously, maintaining the privacy of the respondent.

Results: We describe for each of the 14 cases the proposed drug treatment by 37 neurologists.

There is no clear coincidence between the Chilean child neurologists as to the choice of drug therapy in most of the epilepsies and epileptic syndromes raised. In some syndromes, as childhood absence epilepsy the agreement was over 90%, whereas in other less common and more difficult to manage syndromes, a wide dispersion was observed, in spite of the ministerial guidelines availability.

In private practice, when using valproic acid or carbamazepine, extended release formulations were chosen. As expected, the new AEDs are used more frequently in the private practice.

Conclusion: These findings confirm the need for the development of a national consensus on the pharmacologic management of childhood and adolescence epilepsies.

Key words: pediatric epilepsy, childhood epilepsies, epilepsy syndromes, pharmacologic treatment, consensus, antiepileptic drugs,

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, en la última década, han ocurrido cambios en la práctica clínica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las epilepsias del niño y adolescente. Estos cambios se han debido, por una parte, a la propuesta de nuevas formas de clasificar las crisis y los síndromes epilépticos en "Report of the ILAE Commission on Classification and terminology. 2005–2009" (1) y por otra, a la posibilidad de usar nuevos fármacos antiepilépticos (FAEs) en niños, tales como oxcarbazepina (OXC), lamotrigina (LTG), topiramato (TPM), levetiracetam (LEV), ácido valproico (VPA) endovenoso, entre otros.

La Liga Chilena contra la Epilepsia (LICHE), La Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) y la Sociedad de Epileptología de Chile (SOCEPHI), deciden unir sus esfuerzos para realizar un Consenso de uso de fármacos antiepilépticos (FAE) en epilepsias de la niñez y adolescencia. Previo a su realización, los organizadores del consenso se plantean algunas preguntas: ¿Qué grado de uniformidad existe entre los neuropediatras chilenos en cuanto a la elección de tratamiento farmacológico en cada uno de los síndromes epilépticos y otras epilepsias planteadas? ¿El contexto público o privado donde se realiza la práctica profesional, asociado a menor o mayor disponibilidad de recursos económicos, influye en la elección de los FAEs? ¿Será de utilidad la información obtenida en esta encuesta para un futuro consenso de uso de FAEs? Para responderlas se decide realizar una encuesta dirigida a neuropediatras chilenos con especial dedicación a epilepsias.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo a través de una encuesta. Basados en la última propuesta de clasificación de ILAE (1) se elige 14 síndromes electro-clínicos específicos y 3 tipos de Status Epilepticus (SE) (parcial, de ausencias y tónico clónico generalizado). Por razones de manejo clínico se agrega epilepsia parcial de origen no precisado. Para cada uno de ellos se elabora un caso clínico típico que se sigue de una tabla que permite una primera,

segunda y tercera opción de tratamiento en dos situaciones “FAEs de disponibilidad restringida” (entendiéndose por esto aquellos FAEs disponibles en el servicio público de salud del país), y una tabla con primera, segunda y tercera opción para “FAES de acceso amplio” que corresponde a los FAEs antiguos

y noveles disponibles en Chile (Figura 1). Se solicita además opinar si hay un(os) fármaco(s) contraindicado(s) para cada síndrome. Para facilitar la respuesta y el análisis se agrega una lista de FAEs con su sigla correspondiente (Tabla 1).

Tabla 1
Abreviaturas utilizadas

• Acetazolamida	ACZ	• Gabapentina	GBP
• Acido Valproico	VPA	• Lamotrigina	LTG
• ACTH gel	ACTH	• Levetiracetam	LEV
• Carbamazepina	CBZ	• Lorazepam	LZP
• Carbamazepina retard	CBZ-R	• Midazolam	MDZ
• Clobazam	CLB	• Prednisona	PRS
• Clonazepam	CZP	• Primidona	PRM
• Diazepam	DZP	• Oxcarbazepina	OXC
• Divalproato de sodio	DVPA	• Sulthiame	STM
• Etosuximida	ESM	• Topiramato	TPM
• Fenitoína	PHT	• Vigabatrina	VGB
• Fenobarbital	PB		

Figura 1: Ejemplo de caso a evaluar

SINDROME DE WEST

Lactante de 7 meses de vida con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal, retraso del DSM, quien inicia cuadro de crisis de epilepsia tipo espasmos masivos en flexión, en racimos, varias veces al día, en vigilia y sueño pero más al despertar.- El EEG muestra un patrón de hipsarritmia. Asumiendo que los padres están de acuerdo y cumplirán con el tratamiento que se indique a cabalidad ¿Cuál sería su indicación?

	<i>FAE Disponibilidad restringida</i>	<i>FAE Disponibilidad amplia</i>	<i>contraindicado</i>
1ª opción			
2ª opción			
3ª opción			

Se envía esta encuesta por correo electrónico, a 46 neuropediatras con especial dedicación a epilepsias que residen desde Arica a Punta Arenas, 6 de ellos trabajan exclusivamente en clínicas privadas, 6 trabajan exclusivamente en el servicio público y 24 en el servicio público y privado simultáneamente. Después de tres semanas de plazo, se reciben 37 encuestas que se analizan en forma anónima y manteniendo la privacidad del encuestado. Los datos obtenidos se introducen en una planilla Excel. Se obtiene tablas y graficas dinámicas de frecuencia.

RESULTADOS

Se describe cada uno de los casos de la encuesta y los fármacos elegidos por los 37 neuropediatras.

Caso 1: Síndrome de West (Lactante de 7 meses de vida con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal, retraso del desarrollo psicomotor (DSM), quien inicia cuadro de crisis de epilepsia tipo espasmos masivos en flexión, en racimos, varias veces al día, en vigilia y sueño pero más al despertar. El EEG muestra un patrón de hipsarritmia.)

Para el Síndrome de West, en primera opción, tanto en el ámbito público como privado se eligió ACTH con un 73% y 86.5%, respectivamente, siendo poco significativos los porcentajes para otros fármacos. Es así como en el servicio público en segunda opción se optó por ácido valproico (VPA) con un 49,5 %, vigabatrina (VGB) en un 21,6 % y prednisona (PRS) en sólo un 2.7%. En la práctica privada los porcentajes son muy similares sólo VGB es elegida en segunda opción en un 27%. TPM en 16,2% y clobazam (CLB) en 5,4% son opciones elegidas en tercer lugar. Como FAE contraindicado un 43.2% indicó carbamazepina (CBZ) y sólo un 8.1% señaló la fenitoína (PHT).

Caso 2: Síndrome de West y Esclerosis Tuberosa (Lactante de 10 meses de vida sin antecedentes perinatales de importancia, con un retraso global del DSM, en el examen físico hay lesiones hipocromas periumbilicales y lesiones ungueales sugerentes de esclerosis tu-

berosa. Inicia cuadro de crisis de epilepsia tipo espasmos masivos en flexión, varias veces al día, en vigilia y al despertar. El EEG muestra un patrón de hipsarritmia.)

En el caso de Síndrome de West y esclerosis tuberosa, en disponibilidad restringida, el 40.5% opta por ACTH, luego en porcentajes menores 29.7% optó por VGB, 21.6% por VPA y el 2.7% por PRS. En disponibilidad amplia el 78.4% opta por VGB y un 16.2% por ACTH. En un porcentaje menor, se eligió VPA con un 2.7%. En FAE contraindicado el 27% opta por la CBZ y los porcentajes que le siguen fueron de menor relevancia: el 8.1% optó por PHT.

Caso 3: Crisis febriles en un niño menor de un año. (Lactante de 11 meses, que el primer día, de un cuadro respiratorio agudo presenta crisis tónico-clónica generalizada de un minuto de duración, durante alza febril de 38.5°C. Estas crisis, se repiten 3 veces en 24 horas. Tiene examen neurológico normal.EEG Normal. Antecedentes del padre con crisis febriles a la misma edad.)

En el caso de crisis febriles en menores de un año, en primera opción, tanto en práctica clínica pública y privada se opta por diazepam rectal (DZP R), con un 45.9% y 48.6%, respectivamente, siendo los porcentajes que le siguen de poca relevancia: en la práctica pública luego se optó por VPA 21.6%, fenobarbital (PB) 16.2%, lorazepam (LZP) 2.7% y un 2.7% no usaría FAE. En la práctica privada le siguieron los siguientes porcentajes: 24.3% optó por VPA, el 16.2% por PB, 5.4% por divalproato de sodio (DVPA) y 5.4% no usaría FAE. En fármaco contraindicado un 27% indica la CBZ, 16.2% la PHT y 2.7% el PB.

Caso 4: Crisis febriles en un niño mayor de dos años. (Lactante de 2 años 5 meses, que en el primer día de un cuadro respiratorio agudo presenta crisis tónico-clónica generalizada prolongada de 15 min de duración, durante alza febril de 38°C. Este cuadro se ha repetido en tres oportunidades en los últimos 6 meses, siempre asociado a alza febril. Tiene examen neurológico y EEG normales. Antecedentes del hermano y primo con epilepsia.)

Para las crisis febriles en niños de dos años, en primera opción, tanto en la práctica pública como privada se optó por el VPA con un 59.5% y 62.2% respectivamente. Luego, se optó por DZP R, tanto en restringido como amplio, con un 21.6% y 24,3% respectivamente, siendo los demás FAEs escogidos de menor significación (en disponibilidad restringida: dos fármacos se eligieron con una misma proporción de 2.7%: LEV y DVPA; en amplia: 5.4% no usaría FAEs y se optó por tres fármacos con el mismo porcentaje de 2.7%: CLB, DVPA y DVPA-ER. En FAE contraindicado un 24.3% indicó CBZ y 16.2% PHT.

Caso 5: Epilepsia parcial de origen no precisado (Niño de 2 años 10 meses, con antecedentes de prematuridad 32 semanas y retraso global del DSM con rendimientos actuales, motores y cognitivos correspondientes a 1 año 6 meses, y un hermano con epilepsia. Ha presentado 10 cortos episodios de desviación de la cabeza y ojos a izquierda y clonías del brazo izquierdo al despertar. El EEG muestra un foco frontal derecho y la Resonancia Magnética (RM) cerebral es normal.)

En el caso de epilepsia parcial de origen no precisado, en disponibilidad restringida se opta en primera opción por CBZ con 75.7%, siguiéndole VPA con 13.5%; en porcentajes menores OXC 5.4% y carbamazepina retard (CBZ R) 2.7%. Por otro lado, en disponibilidad amplia el 35.1% opta por OXC, seguido de 24,3% que elige CBZ, y en porcentajes menos significativos: CBZ R 16.2%, VPA 10.8%, LEV 5.4%. Finalmente hay tres FAEs en proporciones equitativas de 2.7%: DVPA, LTG y primidona (PRM). Como fármaco contraindicado el 10.8% señala PHT y el 5.4% PB.

Caso 6: Síndrome de Dravet o epilepsia mioclónica severa del lactante (Niño con crisis febriles desde los 4 meses de edad, las que luego se intercalan con crisis afebriles, clónicas generalizadas, 2 a 3 veces por semana. A los 3 años inicia crisis mioclónicas, parciales complejas y T-C generalizadas. Este cuadro se acompaña de deterioro cognitivo, examen físico con signos piramidales y ataxia. Tiene RM cerebral y estudio metabólico normales, además, estudio genético que confirma un

Síndrome de Dravet.)

En el caso de Síndrome de Dravet o epilepsia mioclónica severa del lactante, tanto en disponibilidad restringida como amplia la primera opción es VPA con un 91.9% y 64.9% respectivamente, siendo los porcentajes que le siguen de menor relevancia: en restringida se eligieron dos FAEs en proporciones iguales de 2.7%: DVPA ER y LEV. En amplia 10.8% opta por TPM, 8.1% por LEV y 5.4% por DVPA. En porcentaje menor, se eligieron 4 fármacos en proporciones iguales de 2.7%: VPA EV, DVPA ER, inmunoglobulinas (IGG) y LTG. Dieta cetogénica fue sugerida en 5.4%, Stripentol (no está disponible en el país) asociado a IGG fue sugerido por un médico. En FAE contraindicado, 48.6% indica CBZ, mientras que en proporciones iguales de 16.2%, un grupo señala LTG y el otro PHT.

Caso 7: Epilepsia ausencia de la niñez (Niña de 4 años que presenta múltiples episodios diarios de desconexión de escasos segundos de duración, con detención de la actividad, mirada fija y discreta elevación de la mirada. La HV desencadena uno de estos episodios. Un EEG confirma descarga generalizada, sincrónica de espiga onda lenta a 3 cps de 10 segundos de duración, activada por la HV.)

En el caso de epilepsia ausencia de la niñez, tanto para disponibilidad restringida como amplia, en primera opción, se opta por VPA, con un 89.2% y 59.5%, respectivamente. Los porcentajes de otros fármacos escogidos son menores (restringida: etosuximida (ESM) 5.4%, DVP ER 2.7%. Amplia: DVPA 27%, DVPA ER y LTG en proporción iguales de un 5.4% y ESM 2.7%). En fármaco contraindicado un 59.5% indica la CBZ y un 16.2% la PHT.

Caso 8: Epilepsia parcial con espigas centro temporales (Un niño de 4 años 8 meses sano, con un hermano con epilepsia, inicia repetidos y frecuentes episodios al despertar de clonías hemifaciales izquierdas, disartría y adormecimiento peribuca, seguido de clonías de extremidad superior izquierda. EEG con foco de espigas centro temporales derechas y Resonancia Magnética cerebral, con protocolo de estudio de epilepsia, normal.)

En el caso de epilepsia parcial con espigas centro temporales, en disponibilidad restringida, en primera opción, el 51.4% opta por CBZ y un 29.7% por VPA. Le siguen fármacos escogidos en porcentajes similares de 5.4%, los cuales son OXC y CBZ R, mientras que un 2.7% escoge el clonazepam (CLZ) y otro grupo de 2.7 %, no usaría FAE. En disponibilidad amplia, un 43.2% opta por OXC, siendo los demás fármacos escogidos menos significativos: 16.2% opta por VPA, 13.5% por CBZ R y en porcentaje iguales de un 8.1% un grupo opta por CBZ y otro, por DVPA. También, en proporción idéntica con un 2.7% un grupo escoge CLB y otro, CLZ. En fármaco contraindicado 10.8% indica el PB y un 8.1% señala PHT.

Caso 9: Síndrome de Panayiotopoulos: (Niña de 5 años, previamente sana, que presenta durante el sueño episodios de vómitos profusos, palidez y cefalea; 3 minutos después está desorientada, con desviación ocular lateral fija, flácida y sin respuesta. A las 2 horas presenta una crisis generalizada. Su EEG muestra un claro foco occipital.)

En el caso de síndrome de Panayiotopoulos, en disponibilidad restringida en primera opción un 57.1% opta por CBZ, mientras que en amplia un 40% opta por OXC. Luego, en restringida, le siguen los siguientes fármacos: VPA 25.7%, OXC 5.7% y CBZ R 2.9%. En disponibilidad amplia, otros fármacos escogidos y en porcentajes iguales de 14.3% son CBZ y CBZ R, mientras que un 11.4% opta por VPA, 8.6% por DVPA y un 5.7% no usaría FAE. En proporción idéntica con un 2.9% un grupo opta por LTG y otro, por el CLB. En fármaco contraindicado un 8.6% opta por PHT y un 5.7% por PB.

Caso 10: Encefalopatía epiléptica con punta y onda continuas durante el sueño (CSWS/ ESES) (Niño de 5 años, con leve retraso del DSM de predominio del lenguaje, de etiología no precisada (con RM cerebral normal y estudios metabólicos normales), que ha presentado episodios ocasionales no claros de alteración de conciencia. Tiene un registro EEG prolongado con vigilia normal y en sueño descargas tipo espiga ondas generalizadas en

más del 85% del tiempo total de sueño.)

En este caso, fue VPA en primera opción, con un 73% en la práctica médica pública, el 27% restante opta por diversos fármacos ACTH, PRS, CLB e IGG. La dispersión es aún mayor en la práctica privada, se elige en 32.4% VPA, 21.6% opta por DVPA, 10.8 % por CLB y en porcentajes equitativos ACTH, LEV TPM, LTG, IGG y DZP oral. En fármaco contraindicado 62.2% indica la CBZ.

Caso 11: Síndrome de Lennox-Gastaut (Un niño de 5 años con un retraso previo de su desarrollo psicomotor de etiología no precisada, inicia un Síndrome de Lennox-Gastaut con múltiples crisis atónicas por día y sólo ocasionales crisis generalizadas tónico-clónicas y ausencias atípicas. Su EEG muestra complejos espiga onda lenta a 2.5 cps generalizados, con un trazado de base alterado.)

En el caso del síndrome de Lennox-Gastaut, en primera opción y en disponibilidad restringida y amplia, se opta por el VPA, con un 86.5% y 54.1%, respectivamente. En restringida, hay cuatro fármacos escogidos en proporciones equitativas, pero con un porcentaje de 2.7%: CLB, DVPA ER, LEV y LTG. En disponibilidad amplia, el 18.9% opta por LTG, 16.2% por DVPA, 5.4% por LEV, mientras que en un porcentaje equivalente de 2.7% un grupo opta por DVPA ER y otro, por TPM. En fármaco contraindicado, 29.7% señala la CBZ. Luego, en proporciones iguales de 2.7% un grupo indica el PB y otro, la PHT.

Caso 12: Síndrome de Landau-Kleffner (Niño de 6 años, previamente sano, con pérdida del lenguaje y problemas conductuales, que ha presentado crisis no clasificadas durante el sueño. Su EEG muestra frecuentes espigas temporales bilaterales, mayores a izquierda, especialmente en sueño, las cuales desaparecen en sueño REM. Su RM cerebral es normal.)

En el caso de síndrome de Landau-Kleffner, tanto en disponibilidad restringida como amplia, y en primera opción, se opta por el VPA, con un 48.6% y 21.6%, respectivamente. En restringida, le siguen los siguientes fármacos escogidos: 21,6% opta por PRS, 13,5% por

CBZ y en proporción equitativa con un 5.4% un grupo opta por ACTH y otro, por CLB. Un 2.7% escoge DVP ER. En disponibilidad amplia, los fármacos que le siguen al VPA son: PRS 18.9%, DVPA 13.5% y OXC 10.8%. En porcentajes iguales, se escoge ACTH y LEV con un 8.1%, CBZ y DVPA ER con un 5.4% cada una. Además, se eligen tres FAEs diferentes con un porcentaje de 2.7%: sulthiame (STM), IGG y CLB. El 27% indica la CBZ como fármaco contraindicado, mientras le sigue el PB con un 5.4% y el PHT con un 2.7%.

Caso 13: Epilepsia occipital de la infancia de inicio tardío (tipo Gastaut) (Una niña de 9 años sana, que ha presentado varios de episodios de cefalea con luces de colores, de inicio brusco, seguida de vómitos profusos, con desviación tónica de su mirada hacia la izquierda, desconexión y persistencia de cefalea intensa postictal de larga duración. EEG con claro foco occipital. Presenta una Epilepsia Occipital de la infancia de inicio tardío (Tipo Gastaut) recién diagnosticada e iniciará tratamiento por primera vez.)

En el caso de epilepsia occipital de la infancia de inicio tardío (tipo Gastaut), en primera opción y en disponibilidad restringida el 73% opta por CBZ y el 16.2% por VPA. Le siguen en porcentaje menor, pero equitativo con un 2.7%, tres fármacos: OXC, DVPA y CBZ R. En disponibilidad amplia 43.2% opta por OXC, siendo los fármacos elegidos que le siguen en un porcentaje inferior: CBZ R 18.9%, CBZ 13.5%, VPA 10.8%, DVPA 8.1% y por último se escogen dos FAEs con un porcentaje idéntico de 2.7%: LTG y LEV. En fármaco contraindicado, el 13.5% indica PHT.

Caso 14: Epilepsia de ausencias juvenil (Niña de 12 años que consulta por una primera crisis tónico-clónica generalizada en vigilia. En la historia se obtiene el antecedente de crisis de ausencia, no diarias, desde hace 6 meses. No ha presentado mioclonías. Un EEG muestra una descarga de espiga onda generalizada a 3 cps de 12 segundos de duración, desencadenada por HV, con correlato clínico de una crisis de ausencia. No existe activación por FE.)

En el caso de epilepsia de ausencias juvenil,

tanto en disponibilidad restringida como amplia y en primera opción, se opta por el VPA, con un 86.5% y 37.8%, respectivamente. En restringida los fármacos elegidos que le secundan, reflejan un porcentaje menor: LTG, 5.4% y dos FAEs en igual proporción: DVPA ER y ESM 2.7%. En amplia, al VPA le siguen los siguientes fármacos: LTG 29.7%, DVPA 16.2%, DVPA ER 10.8% y dos fármacos con igual porcentaje: CLB y TPM, 2.7%. En fármaco contraindicado, el 73% indica CBZ y dos fármacos en proporción idéntica: PB y PHT con un 2.7%.

Caso 15-A: Epilepsia mioclónica juvenil (Adolescente de sexo femenino, quien hace un mes inicia mioclonías de extremidades superiores al despertar. Luego de traspasar frente al computador, presenta crisis tónico-clónicas generalizadas. Tiene examen neurológico normal y EEG con poli espiga onda generalizada durante foto estimulación y el sueño.)

En este caso, en primera opción y en restringida, el 67.6% opta por VPA, siendo poco relevantes los porcentajes de otros FAEs escogidos: LTG 16.2%, PB 5.4% y tres fármacos en igual proporción: DVPA, ESM y LEV, con un 2.7%. En disponibilidad amplia y en primera opción, el 51.4% opta por LTG. Los demás FAEs seleccionados son: VPA 21.6%, LEV 16.2%, DVPA 5.4% y dos fármacos en igual proporción: CLB y DVPA ER, con un 2.7%. En fármaco contraindicado el 67.6% señala la CBZ, 10.8% PHT y un 2.7% LTG.

Caso 15-B: Epilepsia mioclónica juvenil (Adolescente de sexo masculino, quien hace un mes inicia mioclonías de extremidades superiores al despertar. Luego de traspasar frente al computador, presenta crisis tónico-clónicas generalizadas. Tiene examen neurológico normal y EEG con poli espiga onda generalizada durante foto estimulación y el sueño.)

En este caso, tanto en disponibilidad restringida como amplia y en primera opción, se opta por el VPA, con un 89.2% y 37.8%, respectivamente. En restringida, le siguen al VPA tres fármacos con idéntico porcentaje: DVPA, DVPA ER, LEV, con un 2.7%. En amplia, en cambio, le secunda un fármaco con un porcentaje no menos importante: DVPA, 35.1%.

Luego, el 16.2% opta por DVPA ER, 5.4% por LTG y dos fármacos con igual porcentaje: CLB y LEV, con un 2.7%. El 48.6% señala la CBZ como fármaco contraindicado, 5.4% indica la PHT.

Caso 16: Epilepsia con sólo crisis tónico clónicas generalizadas (Adolescente de 14 años, sexo masculino, que presenta crisis tónico clónico generalizadas siempre al amanecer y en una ocasión después de la siesta. Nunca mioclonías, nunca ausencias. Tiene examen neurológico normal y antecedentes de un primo con epilepsia. Tiene EEG sólo con descargas generalizadas durante el sueño y vigilia normal.)

En epilepsia generalizada del despertar, en primera opción y en restringida y amplia, se opta por el VPA con un 83.8% y 35.1%, respectivamente. En restringida, hay otros cuatro fármacos seleccionados en igual proporción: DVPA, DVPA ER, LTG y PB, con un 2.7%. En amplia, los demás fármacos escogidos son: DVPA 29.7%, DVPA ER, 16.2%, LEV 10.8%, LTG 5.4% y CLB 2.7%. Como fármaco contraindicado el 18.9% indica el CBZ y el 2.7%, el FNB.

Caso 17: Status epilepticus de ausencias (Niña de 5 años con el diagnóstico de ausencia de la niñez que lleva 6 meses de tratamiento con VPA, con buena respuesta. Hace una semana suspende su medicación, presentando múltiples episodios diarios de ausencias. Consulta en el Servicio de Urgencia, porque se ha desconectado y no responde a estímulos al menos hace una hora. Un registro de EEG muestra una descarga generalizada continua y permanente de espiga onda a 3 cps Es una urgencia y es necesario usar tratamiento farmacológico.)

En este caso, en primera opción y en disponibilidad restringida, el 48.6% opta por DZP EV, siguiéndole LZP EV con un 29.7%. Posteriormente, le siguen los siguientes fármacos: VPA EV 8.1%, midazolam (MDZ) EV 5.4% y dos fármacos con un porcentaje equitativo de 2.7%: DVPA ER y PB EV. En disponibilidad amplia y en primera opción, el 43.2% opta por VPA EV. Le secundan LZP EV con un 27%,

DZP EV 24.3% y MDZ EV 5.4%. En fármaco contraindicado y con un porcentaje equitativo de 24.3%, se indican dos fármacos: CBZ y PHT EV. En proporciones equitativas de 2.7%, le secundan dos fármacos escogidos: PHT y PB EV.

Caso 18: Status epilepticus parcial (Niño de 10 años con antecedentes de una cardiopatía compleja operada con circulación extracorpórea a los 6 meses de vida y una hemiparesia derecha pesquisada a los 8 meses de vida. Consulta en el Servicio de Urgencia, porque se "desmayó" en el colegio y llega 30 minutos después desconectado, con desviación conjugada de mirada a derecha y clonías en mano derecha. Es una urgencia y es necesario usar tratamiento farmacológico.)

En el caso de status epilepticus parcial, en primera opción y en disponibilidad restringida, el 43.2% opta por DZP EV, seguido de LZP EV con un 32.4%. En porcentajes menores, otros grupos optan por PHT EV 8.1% y dos fármacos en proporción equitativa de 5.4%: MDZ EV y VPA EV, seguido de CBZ con 2.7%. En primera opción y en disponibilidad amplia, el 43.2% opta por LZP EV. Le siguen los siguientes fármacos: DZP EV 35.1%, PHT EV 13.5%, VPA EV 5.4% y LEV 2.7%. En fármaco contraindicado el 8.1% indica PHT EV y dos fármacos en proporciones idénticas de 2.7%: CBZ y FNB EV.

Caso 19: Status epilepticus tónico-clónico generalizado (Adolescente de 17 años con antecedentes de una Epilepsia Mioclónica juvenil diagnosticada hace 1 año y tratada con VPA. En relación a interrupción de su tratamiento, trasnoche e intoxicación alcohólica, lo encuentran convulsionando en su hogar a las 8:00 hrs, con una crisis tónico-clónica que no remite. Llega a un Servicio de Urgencia y por lo menos la crisis ha durado 30 minutos. Es una urgencia y es necesario usar tratamiento farmacológico.)

En este caso, tanto en disponibilidad restringida como amplia y en primera opción se opta por el LZP EV, con un 43.2% y 48.6%, respectivamente. En restringida, le segunda DZP EV con un porcentaje no menos importante

40.5%. Luego, le siguen MDZ EV 8.1% y dos fármacos en igual proporción: PHT EV y VPA EV, con un 2.7%. En disponibilidad amplia, los demás medicamentos escogidos son: DZP EV 29.7%, dos fármacos en porcentajes equitativos de 8.1%: VPA EV y MDZ EV y, finalmente, también dos fármacos en proporciones iguales de 2.7%: PB EV y PHT EV. En fármaco contraindicado, 16.2% señala la CBZ y dos fármacos con idéntico porcentaje de 2.7%: DZP y PHT EV.

DISCUSIÓN

La elección de un fármaco antiepiléptico que hacen los neuropediatras depende de cada caso en particular, en base a los distintos síndromes electro clínicos y otras epilepsias.

En Síndrome de West, al iniciar el tratamiento, tanto en la práctica médica pública como en la privada, no existen diferencias en la indicación de ACTH como el fármaco de elección, a pesar que no se encuentra disponible en el arsenal terapéutico habitual en todos los Servicios de Salud. Ninguno explicita si usa ACTH en monoterapia o asociado a VPA o VGB fármacos elegidos como segunda opción. En casos de falta de respuesta al tratamiento, identificados en la encuesta como en tercera opción, hay una diversidad de opiniones, siendo TPM y CLB los más usados.

Se escogió un segundo caso de Síndrome de West, asociado a esclerosis tuberosa, porque la VGB es señalada por la literatura, como el fármaco de elección. Es conocido por todos, su difícil disponibilidad en el servicio público. En la encuesta, queda claramente reflejado que es el FAE de elección en la práctica privada no así en el servicio público, donde ACTH es lo más usado, seguido de VPA, marcándose una diferencia significativa entre ambas prácticas profesionales.

En crisis febriles simples en menores de un año, la mitad de los neuropediatras, usa DZP rectal en terapia intermitente el primer día de fiebre. Muchos de los encuestados señalaron posteriormente, que la encuesta no mencionaba la opción explícita de "no tratar" y que en ese caso, esa habría sido su elección, algunos

médicos lo señalan como su alternativa en la encuesta práctica clínica recomendada por la literatura. Una cuarta parte de los encuestados, usa terapia continuada con VPA o PB a pesar de lo benigno de las crisis febriles.

Se presenta un caso de crisis febriles prolongadas con riesgo de epilepsia para conocer si se opta por otras alternativas. En este caso, un grupo importante de los neuropediatras prefieren el uso de terapia continuada tanto en práctica pública y privada y no la terapia intermitente con DZP rectal que es la recomendación vigente en la literatura.

Se elige un caso de epilepsia parcial de origen no precisado, para conocer si los nuevos FAEs han influido en la práctica médica en Chile. El resultado obtenido es que sí existen diferencias entre la práctica pública y privada. En la práctica pública se continúa usando CBZ como primera alternativa de tratamiento. Se observan elecciones más diversas en la práctica privada optando por OXC en primer lugar y las diversas presentaciones farmacéuticas de CBZ en segundo lugar, posiblemente considerando el costo efectividad, los neuropediatras en la práctica pública continúan prefiriendo el uso de CBZ.

Interesante fue plantear un caso de Epilepsia mioclónica severa del lactante, Síndrome de Dravet, ya que habitualmente su manejo medicamentoso es difícil. Al iniciar el tratamiento, no existen diferencias en la elección de VPA en el ámbito público y privado. Los FAE noveles como LTG, TPM, levetiracetam, así como stiripentol (no disponible en Chile), y otras alternativas terapéuticas como dieta cetogénica e IGG fueron mencionadas en distintas prioridades de uso posiblemente por la experiencia de cada uno en el manejo de este síndrome.

En el caso de Epilepsia de ausencias de la niñez, el fármaco de elección lejos fue VPA tanto en la práctica pública y privada. Lógicamente en esta última, se eligen con mayor frecuencia las formas farmacéuticas de liberación extendida. En segunda opción, se eligió ETS y LTG.

En el caso de Epilepsia parcial con espigas

centro temporales, algunos encuestados manifestaron posteriormente a la aplicación de la encuesta, que ésta, no explicitaba la opción de no tratar. En caso de iniciar tratamiento, la diferencia en la práctica profesional es marcada: CBZ en el sistema público y OXC en el sistema privado, seguida CBZ R retardada y menos elegido fue VPA.

La encuesta presenta casos de epilepsias muy frecuentes, así como otras de presentación menos frecuente, como es el caso de Síndrome de Panayiotopoulos, de hecho dos médicos no contestaron este caso. De los 35 médicos que optaron por un FAE, un 57% de los médicos del servicio público elige CBZ, situación diferente ocurre en la práctica privada, donde la opción OXC es elegida en primer lugar, seguida de CBZ en distintas formulaciones farmacéuticas. VPA, sumando las distintas presentaciones fue menos considerado.

En el caso presentado de Encefalopatía epiléptica con punta y onda continua durante el sueño (CSWS/ESES), el medicamento de elección fue VPA para la mayoría de los médicos en atención pública, posiblemente por no contar con otras formulaciones, seguida de una variada gama de posibilidades que incluyen ACTH, PRS, CLB, IGG. La dispersión de opciones en la práctica privada fue aún mayor, incluyendo las distintas presentaciones del VPA, DVPA, agregándose ACTH, LEV, TPM, LTG, IGG y DZP oral.

En el síndrome de Lennox-Gastaut, la situación es bastante similar al caso anterior. La elección de VPA, sumando todas las presentaciones, es similar en la práctica pública y privada, salvo que en la práctica privada un 17.1 % escoge DVPA que es más cómodo en su dosificación. Después se opta por una amplia gama de medicamentos, que en la práctica pública es encabezada por CLB y CZP mientras que en la práctica privada es encabezada por LTG, TPM y LEV. El fármaco contraindicado mas señalado es CBZ

En el Síndrome de Landau-Kleffner, con crisis epilépticas en general de fácil manejo, los neuropediatras en la práctica pública y privada escogen como primera elección el VPA en sus

diversas presentaciones. Es similar también la elección de PSR o ACTH como segunda alternativa. Como otras alternativas se escoge CBZ, CLB en la práctica pública y OXC y LEV en la práctica privada.

Otra forma de presentación de epilepsia de baja frecuencia que se presenta en la encuesta es la Epilepsia occipital de la infancia de inicio tardío (tipo Gastaut). Los encuestados en la práctica pública prefieren en su mayoría tratarla con diversas presentaciones de CBZ siendo menos relevante la elección de VPA. En cambio en la práctica privada la mayoría se inclina primero por OXC y luego las formulaciones retardadas de CBZ. En este grupo el VPA en sus diversas formas es escogido escasamente.

En Epilepsia de ausencias juvenil en la situación de práctica pública claramente la primera opción es VPA, que aumenta a 91.9% si le sumamos DVPA y DVA-R. En la práctica privada, la primera elección también es VPA en sus diversas presentaciones, con porcentajes menores porque muchos médicos prefieren indicar LTG.

Cuando se considera la variable género en un caso de Epilepsia mioclónica juvenil en una niña adolescente las repuestas que se obtienen son muy diferentes en la práctica pública y privada manteniéndose sin modificar la elección de VPA en el servicio público, mientras que en la práctica privada, se prefiere LTG seguida por las diversas formas de VPA. También en la práctica privada aparece mencionado el LEV. Un grupo importante de colegas señalan la CBZ como el FAE contraindicado.

Elegir un caso de Epilepsia con sólo crisis tónico clónicas generalizadas, que comparte algunas bases genéticas con Epilepsia mioclónica juvenil, nos ha confirmado que las opciones tanto en la forma restringida como amplia fueron muy similares a la Epilepsia mioclónica juvenil, siendo VPA la elección de un amplio número de médicos, con mayor uso de formulaciones retardadas en la práctica privada.

En el status epilepticus la diferencia más notable se refiere al uso de BZD versus VPA como

primera elección en status epilepticus de ausencias, posiblemente porque se dispone de forma EV en la práctica clínica privada. En status parcial, esta diferencia se centra en el mayor uso de LZP en la clínica privada, situación que no ocurre en status epilepticus generalizado.

CONCLUSIONES

No existe una coincidencia clara entre los neuropediatras chilenos en cuanto a la elección de tratamiento farmacológico en cada uno de los síndromes epilépticos y otras epilepsias planteadas. En algunos síndromes sí la hay, como por ejemplo Epilepsia de ausencias de la niñez con hasta más de 90% de coincidencias en el uso del mismo FAE, en cambio en otros, especialmente los menos comunes y los de más difícil manejo hay una gran dispersión, a pesar de existir lineamientos en guías ministeriales (2, 3).

En la práctica privada, cuando se usa VPA se tiende a usar formulaciones de vida media más larga (DVPA y DVA-R) que reducen el número de dosis diarias y mejoran la adherencia al tratamiento. Lo mismo sucede con la CBZ en que se prefiere la formulación retardada. Como era de esperar, los FAEs de última generación que tienen menores efectos secundarios, pero son de mayor costo, se usan con mucha mayor frecuencia en el sistema privado.

Las conclusiones de esta encuesta, confirman la necesidad de realizar un consenso de uso de FAEs, orientado tanto a las epilepsias de presentación más frecuente como a aquellas de baja frecuencia, que se presentan en la infancia, niñez y adolescencia (4, 5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Berg AT, Berkovic S, Brodie MJ, Buchalter J, Cross JH, Van Emde Boas W, Engel J, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010, Special Report 1-10.
2. Carvajal M, Cuadra L, Devilat M, Gnecco G, Gómez V et al. Políticas y Plan Nacional para la Epilepsia en Chile. *Rev Chil Epilepsia*. 2000; 1:54-56.
3. Carvajal M, Cuadra L, Devilat M, Lasso J, Olivares O, Ramírez D, Rivera E, Salinas J, Gómez V, Lemp G. Guía Clínica Epilepsia en el Niño. Ministerio de Salud. 2005. www.minsal.cl
4. Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Chadwick D, Guerreiro C, Kalviainen R, Mattson R, Perucca E, Tomson T. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2006;47:1094-120.
5. The diagnosis and management of the epilepsies in Adults and Children in primary and secondary care, 2004, NICE.



REVISION

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 21, N° 1, Noviembre 2010

Develación del Abuso Sexual en Niños y Adolescentes: Un Artículo de Revisión

Claudia Capella Sepúlveda¹

RESUMEN

El presente artículo corresponde a una revisión de la literatura empírica actualizada acerca de la develación del abuso sexual en niños y adolescentes. Se exponen resultados de investigaciones en cuanto a los tipos de develación propuestos, los factores que se asociarían a estos distintos tipos de develación y a la tardanza en la develación, y los factores que favorecen e inhiben tanto la develación por parte de los niños y adolescentes, como la detección por parte de los adultos. Se concluye que la develación es un proceso relacional complejo que involucra tanto a la víctima como a terceros, y se plantea que esta revisión nos entrega información relevante para pensar en cómo podríamos favorecer la detección temprana del abuso sexual.

Palabras claves: abuso sexual, develación, detección.

ABSTRACT

This article is a review of the recent empirical literature on child and adolescent sexual abuse disclosure. Results of recent research are shown, about types of disclosure, factors associated with different types of disclosure and delay of disclosure, and factors that stimulate or inhibit disclosure by children and adolescents, or detection by adults. This review concludes that disclosure is a complex relational process, which involves both the victim and others, and it aims to give relevant information to help us think how we could promote early detection of sexual abuse.

Key words: sexual abuse, disclosure, detection.

INTRODUCCIÓN

A partir de diversas críticas a los programas de prevención del abuso sexual infantil¹ (Finkelhor, 1993; Martínez, 2000) se plantea la importancia de favorecer estrategias de detección temprana por parte de los adultos (padres y profesores), así como estrategias de prevención que transmitan el mensaje a los niños² de la importancia de recurrir y señalar lo ocurrido a figuras significativas ante situaciones de trasgresión, favoreciendo de esta manera que los niños refieran las situaciones de abuso sexual sufridas. No obstante, para poder crear intervenciones enfocadas en la detección o develación temprana, debemos conocer las condiciones en que éstas ocurren.

Las investigaciones indican que son comunes largas demoras en la develación o incluso la no-develación de estas situaciones. Así, estudios con mujeres adultas señalan que muchas mujeres nunca develan el abuso sexual sufrido en la infancia o sólo lo develan en la adultez,

1 Psicóloga, Master en Salud Mental del Niño y Adolescente, Doctora © en Psicología. Académica Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Psicóloga del equipo clínico infantil de CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales). Santiago, Chile.

2 En el siguiente texto hablaremos de abuso sexual debido a su comprensibilidad en el ámbito psicosocial internacional, sin embargo, nos estaremos refiriendo a los distintos delitos sexuales tipificados legalmente en Chile (violación, abuso sexual, estupro, etc.) o lo que también es llamado desde el ámbito psicojurídico, las agresiones sexuales.

3 Durante todo el documento señalaremos el niño / los niños, sólo con fines prácticos de lenguaje, sin embargo nos estaremos refiriendo siempre a niños y niñas.

El presente artículo constituye una modificación de un trabajo presentado en Enero del año 2008 para un seminario de investigación, supervisado por el profesor Dr. Jesús Redondo, en el Doctorado en Psicología de la Universidad de Chile.

Trabajo recibido 1 Mayo 2010. Aprobado para publicación 8 Septiembre 2010.

indicando la dificultad extrema de develar este tipo de situaciones, las cuales se mantienen muchas veces en secreto (Hershkowitz, Lane y Lamb, 2007, Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt y Tjersland, 2005; London, Bruck, Ceci y Shuman, 2005; Paine & Hansen, 2002). Por ejemplo, un estudio mostró que alrededor del 50% de las mujeres víctimas de agresiones sexuales demoraron más de 5 años en develar la situación y 28% nunca lo develó previo a la participación en el estudio (Smith et al., 2000, en London et al., 2005). Además del gran porcentaje de víctimas que no develan la agresión sufrida, un escaso porcentaje de los casos reportan lo ocurrido a las autoridades, al sistema legal o profesionales; por ejemplo, en el estudio de Priebe y Svedin (2008), esto correspondió a menos del 10%. En cuanto a los niños, en general éstos no develan las situaciones abusivas de manera clara y oportuna, sino que es un complejo proceso en que los niños develan tardíamente o de manera incompleta, o develan y se retractan, o develan de manera progresiva, etc. (London, et al., 2005), lo cual, según Staller & Nelson-Gardell (2005), justifica la investigación en el proceso de develación y los factores que la influyen.

Así, Pope (2002) destaca la importancia de estudiar las develaciones y no-develaciones de los niños y adolescentes, con el fin de saber qué intervenciones realizar con aquellas víctimas que no develan. A su vez, se ha planteado la develación como esencial para detener el abuso, disminuir las consecuencias negativas inmediatas y a largo plazo asociadas a esta experiencia en las víctimas, para poder iniciar intervenciones legales y terapéuticas que contrarresten esas consecuencias. Por otro lado, muchos victimarios agreden a diversas víctimas, por lo cual la develación de un caso puede implicar la identificación de un agresor y prevenir la agresión de otros niños (Alaggia, 2004; Collings, Griffiths y Kumalo, 2005; Godman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones y Gordon, 2003; Hershkowitz et al., 2007; Staller & Nelson-Gardell, 2005). La importancia de conocer las develaciones radica en que en gran parte de los casos, al no haber evidencia física, las develaciones de los niños son evidencia central en los procesos judiciales (London et al., 2005). Finalmente, en la práctica clínica

con niños que han sido agredidos sexualmente, resulta relevante tener en cuenta el proceso de develación de la experiencia, ya que nos aporta en conocer la forma en que se detuvo la experiencia abusiva, los factores y personas involucrados en esta develación, etc., los cuales son elementos relevantes para realizar un completo diagnóstico del caso, identificar posibles factores protectores y de riesgo, y proponer lineamientos de intervención.

Es por esto, que el presente trabajo se centra en el proceso de develación del abuso sexual en niños y adolescentes, más aún considerando la escasa literatura en nuestro país respecto al tema. Diversos autores han propuesto elementos teóricos que permiten comprender el complejo proceso de develación y factores que la inhiben o favorecen (Barudy, 1998; Finkelhor y Browne, 1985; Summit, 1983; Perrone y Nannini, 1998; entre otros). No obstante, el presente trabajo pretende ser una revisión bibliográfica de investigaciones empíricas actualizadas respecto al tema.

Para esto, se revisaron revistas especializadas en el tema (*Child Abuse & Neglect*, *Child Abuse Review*) y bases integradoras de datos en Internet. Se seleccionaron artículos desde el año 2002 en adelante, y además dos textos previos a esa fecha, uno por ser frecuentemente citado en la literatura (Sorensen & Snow, 1991) y otro por ser literatura disponible en español (Hooper, 1994). Todas las investigaciones revisadas consistieron en estudios empíricos, con excepción de dos, que consistieron en una revisión de la literatura empírica (Paine & Hansen, 2002; London et al. 2005). La mayor parte de la investigación en esta área se basa en reportes retrospectivos de adultos que fueron abusados sexualmente en la infancia o adolescencia, sin embargo, se encontraron artículos que trataban específicamente el tema de la develación en niños o adolescentes, especialmente estudios con adolescentes (Paine & Hansen, 2002).

Cabe destacar que el concepto de develación ha sido cuestionado, ya que es inespecífico y se utiliza de múltiples formas (Alaggia, 2004). Para efectos del presente trabajo nos referiremos a develación como el proceso por el cual

el abuso sexual es conocido por personas ajenas a la situación abusiva (personas distintas del agresor y la víctima), siendo la primera instancia en que esta situación es “descubierta” o divulgada. Este proceso tiene dos caras centrales, siendo posible la propia develación por parte del niño o adolescente, y la otra, la detección por parte de adultos. Además, cabe destacar que en el presente trabajo nos abocaremos a la develación en el contexto informal, como la primera instancia en que esta situación es “descubierta”. Cabe este alcance, debido a la existencia, en la literatura, de investigaciones que se centran en estudiar la develación del abuso sexual por parte del niño o adolescente en contextos de evaluación forense (por ejemplo, Hershkowitz, Horowitz y Lamb, 2005; Sjöberg y Lindblad, 2002).

El análisis de la revisión bibliográfica se ordenará, planteando inicialmente los tipos de develación propuestos, y los factores que se asociarían a estos distintos tipos de develación y a la tardanza en la develación. En segundo lugar, nos enfocaremos en los factores que, se han mostrado inhiben o favorecen la develación por parte de los niños y adolescentes, y la detección por parte de los adultos.

Tipos de develación

Comúnmente en nuestro país se han utilizado, para caracterizar las develaciones, las categorías: premeditada (víctima intencionalmente devela lo ocurrido) o circunstancial (se descubre la situación abusiva), tardía o inmediata/reactiva (para señalar el tiempo transcurrido entre el inicio de la experiencia abusiva y la develación), directa (se señala lo ocurrido a las figuras parentales) o indirecta (se señala lo ocurrido a otras figuras) (Salinas, 2004). Esta categorización ha sido de gran utilidad para el entendimiento en profesionales que trabajamos en esta temática. Sin embargo, en la práctica clínica nos encontramos con que esta clasificación no es aplicable a todos los casos de manera cabal (por ejemplo, un niño devela a partir de preguntas de la madre por sus cambios conductuales; lo cual no es una develación ni totalmente premeditada ni totalmente circunstancial).

A nivel internacional se han descrito diversas clasificaciones. En general, las develaciones han sido descritas en diferentes dimensiones: (1) Intención, en el sentido que pueden ser accidentales o premeditadas, (2) Espontaneidad, ya que pueden ser espontáneas o elicítadas/provocadas por eventos o preguntas de otros, (3) Detalle, en tanto explícitas o vagas, (4) Latencia, ya sea la develación inmediata o tardía en el tiempo, y (5) Duración temporal, concibiéndose como un evento versus un proceso (Collings et al. 2005; Paine y Hansen, 2002). Sin embargo, se plantea que estas categorías no son exhaustivas y que se relacionan entre sí.

En esta línea, Alaggia (2004), en un estudio con 24 adultos que fueron víctimas de abuso sexual en la infancia, observó que de las principales categorías existentes (premeditada, accidental, reactiva/ elicítada), sólo el 42% de las develaciones correspondió a éstas, siendo la más frecuente la premeditada. Junto con esto apreciaron ciertas categorías emergentes a partir del análisis de las respuestas de los participantes, las cuales fueron tres: conductual, intencionalmente no revelada y gatillada. Así, entre las tres categorías existentes y las tres emergentes, los tipos de develación planteados por Alaggia (2004) serían los siguientes:

1. Premeditada: develación intencional del abuso sexual a través de verbalizaciones directas.
2. Accidental: una tercera persona detecta la situación, a través de observación directa de la situación (testigo), evidencia física y síntomas, que resultan en verificación del abuso.
3. Reactiva/elicitada: develación a través de entrevistas investigativas, terapia, u otros medio ambientes apoyadores.
4. Conductual: la víctima intencionalmente intenta develar a través de conductas (por ejemplo, pataletas, reacciones agresivas, aislamiento, etc.), comunicación no verbal o claves verbales indirectas (por ejemplo, decirle a la madre ¿puedes volver más temprano a la casa? ¿tienes que ir a trabajar?), con el fin de entregar un mensaje de que algo pasaba. Sin embargo, estas indirectas verbales y conductuales son complejas y

ambiguas, ya que pueden ser interpretados como ligados a diferentes dificultades, no claramente a un abuso sexual.

5. Intencionalmente no revelada: a pesar de oportunidades o intervenciones para develar, la víctima elige no contar, e incluso ante preguntas cuando niños, las víctimas negaban haber sido agredidas sexualmente, a pesar de tener conciencia de la victimización.
6. Gatillada: develación precipitada por el recuerdo de memorias olvidadas o reprimidas de abuso sexual de la niñez. Esta es una categoría aplicable sólo en adultos.

Estas categorías entregan importante información, sin embargo implican la recolección en la adultez, no siendo todas las categorías aplicables a niños y adolescentes, y quizás tampoco siendo exhaustivas para este grupo etario.

Collings y sus colegas (2005) estudian los tipos de divulgación del abuso sexual en Sudáfrica en una muestra de 1700 casos de niños reportados a la policía. Los resultados del estudio les permiten describir dos dimensiones de la develación; el agente, o sea si la develación es iniciada por el niño o la situación es detectada por un tercero; y la duración temporal, o sea, la develación ocurre como un evento o un proceso. A partir de estas dos dimensiones, que se interrelacionarían, describen cuatro tipos de develaciones, las cuales se grafican en la siguiente tabla (tabla 1).

Tabla 1
Tipos de develación (Collings et al., 2005)

	<i>Develación</i>	<i>Detección</i>
Evento	Develación premeditada	Detección por testigos
Proceso	Develación indirecta	Detección accidental

La develación premeditada es una develación en un evento, que implica una clara y espontánea develación verbal por parte del niño (ej: mi tío puso su pene en mi vagina), lo cual ocurrió en un 30% de los casos del estudio. La develación indirecta es una develación por parte

del niño, pero ocurre en un proceso, en tanto es un comentario verbal espontáneo ambiguo del niño, y no constituye una develación explícita del abuso pero alerta una preocupación de que algo puede pasar (ej: me da susto ir al parque después del colegio), que implica que el adulto le pregunte más detalles al niño, llevando a una eventual develación del niño de la situación de abuso. Esto ocurrió en 9% de los casos del estudio. La detección por testigos, es una detección por terceros en un evento, en que el abuso sexual es directamente observado por un tercero que reporta el abuso a un familiar o directamente a las autoridades. Esto ocurrió en un 18% de los casos del estudio. La detección accidental fue la forma más común de divulgación en la muestra, ocurriendo en un 43% de los casos, e implica una detección por parte de terceros que ocurre como un proceso, ya que implica que un tercero se preocupa del niño debido a la observación de lesiones, cambios conductuales o cambios en el estado emocional del niño, lo que lleva a que se le pregunte al niño o se le lleve a un profesional, saliendo a la luz la situación abusiva.

Esta categorización resulta de gran interés, sin embargo, en la práctica clínica es difícil identificar si la develación ocurre en un evento o en un proceso, en tanto generalmente la víctima y su familia recuerdan la develación final que lleva a la denuncia, a acudir a tratamiento, etc., siendo difícil distinguir los procesos previos a esto, que se dan en gran parte de los casos. Además en muchos casos, vemos develaciones previas "fallidas", en el sentido que no culminaron en la apertura de la situación a instancias legales, o no favorecieron la protección de la víctima, etc., elementos relevantes para entender el proceso de la develación, pero difíciles de categorizar.

A partir de la revisión de la literatura, y de la experiencia clínica en la realidad nacional, la autora realiza una categorización de diferentes tipos de develación, la cual -con modificaciones-, se está utilizando en el equipo clínico de CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales), para la elaboración del plan de intervención de cada caso. La propuesta considera diferenciar la forma en que se inicia la develación, la persona a la cual

ésta se dirige y la latencia entre el inicio de los hechos abusivos y su develación. A continuación se detalla esta propuesta de categorización de los tipos de develación:

Según la forma en que se inicia la develación del niño o adolescente:

- Premeditada y espontánea del niño o adolescente: el niño o adolescente de manera espontánea e intencionada devela la situación abusiva a través de verbalizaciones directas y claras, sin ser reactiva a un evento específico o a las preguntas de otros.
- Elicitadas por eventos precipitantes: el niño o adolescente devela a partir de un evento precipitante en el medio ambiente (por ejemplo, el niño devela a partir de un programa en la televisión donde se habla del tema de las agresiones sexuales, el niño devela previo o posterior a una visita al supuesto agresor, etc.).
- Provocada a partir de preguntas de adultos: el niño o adolescente devela a partir de preguntas de adultos, ya sea pertenecientes al contexto familiar o externos a este contexto. Estas preguntas surgen generalmente a partir de la preocupación del adulto por cambios conductuales o del estado emocional del niño o adolescente, o verbalizaciones ambiguas por parte de éste (por ejemplo, la madre pregunta al niño porqué andas tan triste o dónde aprendiste esos juegos (sexualizados), a partir de lo cual el niño devela); o a través de entrevistas por profesionales, los cuales muchas veces intervienen con el niño o adolescente debido a preocupación de los padres o de las propias observaciones del profesional (ejemplo, psicólogos, asistentes sociales, profesores, etc.).
- Circunstancial o accidental: la develación no se produce inicialmente por un relato del niño o adolescente sino por el descubrimiento accidental de una tercera persona, a través de la observación directa de la situación o de evidencia física, que resultan en la verificación o develación del abuso. Estos son los casos en que se descubre la situación abusiva por embarazo, presencia de una enfermedad de transmisión sexual o que alguien es testigo ocular de los hechos abusivos, entre otros.
- Sospecha / no revelada: se refiere a circuns-

tancias en que no está clara la situación abusiva, pero hay sospechas de ésta y el niño o adolescente no ha entregado un relato claro acerca de los hechos.

Según la persona a la cual se dirige la develación del niño o adolescente:

- Figura adulta familiar: el niño o adolescente devela inicialmente la situación a su figura materna, paterna y/o a otra figura adulta significativa o cuidadora dentro del núcleo familiar (abuela, tía, etc.).
- Figura adulta externa al medio familiar: el niño o adolescente devela inicialmente la situación a una figura adulta externa al grupo familiar (profesora, profesionales, vecino, amigo de la familia, etc.).
- Par: el niño o adolescente devela inicialmente la situación a una figura niño/a o adolescente, ya sea familiar o externo al grupo familiar (amigos, primos, hermanos, etc.).

Según la latencia entre el inicio de los hechos abusivos y la develación:

- Inmediata: el niño o adolescente devela de manera inmediata a la ocurrencia de los hechos abusivos, develando horas luego de su ocurrencia.
- Tardía: el niño o adolescente devela días, meses o años luego de que los hechos abusivos han comenzado.

Esta propuesta intenta rescatar los principales elementos detallados en la literatura, buscando integrar los elementos de mayor relevancia para la práctica clínica con un caso, considerando los factores de riesgo y protectores asociados a la develación, así como elementos que permiten la comprensión de la develación. Sin embargo, la categorización, deja fuera elementos que pudieran ser de relevancia, pero difíciles de categorizar, tales como la presencia de circunstancias previas a la develación (lo que los autores denominan proceso), y la reacción social y familiar frente a la develación (existencia de denuncia, protección, reacción adecuada o no, etc.). Así, esta es una propuesta inicial de la autora, sin embargo, deberá evaluarse su utilidad y precisión a partir de la práctica clínica y posibles investigaciones en la realidad chilena.

Factores asociados a la develación en niños y adolescentes

Diversos estudios con niños y adolescentes, han encontrado factores de la víctima, los padres y la situación abusiva, asociados a una develación o no-develación, a la tardanza en la develación, así como también a diferentes tipos de develación.

Edad

Las investigaciones han mostrado que los niños menores (preescolares) tienden a develar de manera vaga, indirecta, accidentalmente y en respuesta a eventos precipitantes, presentando dificultades evolutivas para develar de manera explícita; en cambio los niños mayores (etapa escolar) tienden a develar de manera premeditada (Collings et al. 2005; London et al, 2005; Paine y Hansen, 2002; Sorensen y Snow, 1991). Por otro lado, los niños tenderían a develar a sus figuras de cuidado primarias u otras figuras adultas, en cambio los adolescentes tenderían a develar mayoritariamente a amigos/as de su edad, lo cual se comprende a partir de la importancia de los pares en la adolescencia y posibles temores ante la develación a adultos (Kogan, 2004; London et al. 2005; Priebe y Svedin, 2008).

La latencia de la develación también se asocia a la edad, ya que cuando la edad de inicio de la agresión es en la etapa preescolar la develación inmediata es poco frecuente, siendo común la tardanza en la develación (Kogan, 2004), lo que se puede entender a partir de que los niños preescolares, debido a sus recursos evolutivos, frecuentemente presentan dificultades para comprender la situación de abuso sexual como abusiva, lo que retrasa su develación. Sin embargo, otros estudios muestran que en comparación a los niños menores, los niños mayores tardan más tiempo en develar (Goodman-Brown et al., 2003; Hershkowitz et al., 2007), lo que puede asociarse a que los niños mayores comienzan a comprender la inadecuación de los contactos sexuales, y muchas veces se sienten más responsables por el abuso y temen más consecuencias negativas si develan (Goodman-Brown et al., 2003).

Género

Algunos estudios no han encontrado relación entre género y develación (Goodman-Brown et al., 2003), pero otros estudios plantean que las dificultades en develar es un problema especialmente relevante en los niños y adolescentes varones, en tanto los estudios muestran que las mujeres develan en proporción más que los hombres (London et al 2005; Paine y Hansen, 2002; Priebe y Svedin, 2008). Esta menor proporción de develación en hombres se puede explicar probablemente debido a mitos sociales que dificultan la develación en este género, tales como que los niños varones agredidos serán homosexuales o potenciales agresores (Faller, 1989 en Paine y Hansen, 2002, Priebe y Svedin, 2008).

Relación con el agresor

Los estudios muestran de manera consistente que los niños abusados por un miembro de la familia o conocido reportan menos el abuso que aquellos agredidos por un desconocido (Kogan, 2004; London et al, 2005; Paine y Hansen, 2002; Priebe y Svedin, 2008), lo cual puede comprenderse a partir de las complejas dinámicas abusivas en la agresión intrafamiliar y por conocidos, y por las potenciales consecuencias negativas que la víctima visualiza se pueden generar en la familia y el entorno a partir de la develación (Kogan, 2004). Además, cuando el agresor es conocido o familiar la tardanza en la develación es mayor y los niños tienden a develar menos a sus padres (develando primeramente a otras personas) que cuando el agresor es un desconocido (Hershkowitz et al., 2007). La tardanza en la develación es especialmente relevante en casos de abuso sexual intrafamiliar, lo cual se hipotetiza podría relacionarse con que estos niños temen más a las consecuencias negativas de la develación (por ejemplo, disolución familiar), presentan conflictos de lealtad, preocupación respecto a la respuesta familiar a la develación, desconocimiento que los actos sexuales son inadecuados (ya que al ser presentados por una figura cercana puede ser menos clara su inadecuación), entre otros elementos (Goodman-Brown et al., 2003). Por otro lado, cuando el agresor es desconocido,

las develaciones tienden a ser inmediatas (Kogan, 2004).

A pesar de estas importantes asociaciones, un reciente estudio mostró que en el caso del abuso sexual la relación agresor-víctima no tenía relación con la tardanza en la develación (a diferencia del abuso emocional o físico), aún cuando las autoras plantean que esto puede explicarse por la baja cantidad de reporte en la muestra de agresiones por personas cercanas a la víctima, por lo cual sus resultados deben ser interpretados con cautela (Foynes, Freyd y DePrince, 2009).

En cuanto al tipo de develación, cuando el agresor es un familiar tienden a ser menos frecuentes los casos de develación premeditada y detección por testigos (Collings et al. 2005). Los niños agredidos por un conocido tienden en mayor frecuencia a develar de manera elicitada (ante preguntas directas) y los niños agredidos por un desconocido de manera espontánea (Hershkowitz et al., 2007).

En cuanto a la figura que recibe la develación, cuando la agresión es cometida por un familiar la develación tiende a realizarse a una figura adulta (versus un par), y por otro lado, en el caso de adolescentes, cuando la agresión sexual es cometida por un par, es frecuente la no-develación, o develar sólo a un par, sin develar la situación a un adulto (Kogan, 2004).

Características del abuso (severidad y cronicidad)

Los niños que han sido víctimas de agresiones calificadas por los autores como más severas (tocaciones bajo la ropa y penetración) presentaron más tardanza en la develación que niños víctimas de abusos calificados por los autores como menos severos (exposición por el agresor, tocaciones sobre la ropa) (Hershkowitz et al., 2007). Sin embargo, Gomes-Schwartz et al. (1990, en Paine y Hansen, 2002) encontraron que los niños en ambos extremos de severidad del abuso tienden a develar menos, lo cual puede entenderse por un lado por las dinámicas abusivas en los casos más graves, y por la minimización de la experiencia en los

casos menos graves. Por su parte, Kogan (2004) encontró que las víctimas de agresiones que involucraron penetración develaron más frecuentemente a una figura adulta.

En cuanto al número de eventos, los niños víctimas de repetidos episodios de agresión sexual tardaron más en develar que los niños víctimas de un episodio único (Hershkowitz et al., 2007; Kogan, 2004), y las víctimas de abusos repetidos tendieron a develar a figuras adultas, en cambio, las víctimas de episodio único más a sus pares (Kogan, 2004). Las víctimas de abusos serios y episodios repetidos fue más probable que develaran al ser elicitados, en comparación a víctimas de abusos menos graves y de evento único, que tendieron a develar de manera espontánea (Hershkowitz et al., 2007). En contraposición a esto último, Collings et al. (2005) encontraron que las formas explícitas de detección (develación premeditada y detección por testigos) estarían más asociado al abuso repetido.

Estrategias de victimización

En cuanto a las estrategias de coerción utilizadas por el agresor para agredir, obtener sumisión y secreto en las víctimas, y su relación con las características de la develación, ésta no es clara (London et al, 2005). Sin embargo, las investigaciones muestran que las diversas estrategias que utilizan los agresores, son estrategias que efectivamente inhiben al niño de develar el abuso. Específicamente el que el agresor sea frecuentemente alguien de confianza, y parte de las estrategias sea ganarse la confianza del niño y la familia, complica la habilidad del niño de reconocer la situación como abusiva (Paine y Hansen, 2002). En cuanto a algunos elementos puntuales, se ha mostrado que el uso de amenazas por parte del agresor es una estrategia que disminuye la develación en los niños (Lyon, 1996 en Paine y Hansen, 2002), que cuando se utiliza fuerza física como forma de coerción los niños develan más (London et al., 2005), y cuando la agresión ha involucrado lesiones se devela más frecuentemente a figuras adultas (Kogan, 2004).

Percepciones de la víctima

Goodman-Brown et al. (2003) encontraron que los niños que tenían consecuencias negativas hacia otros (por ejemplo, daño a familiares) y los niños que percibían mayor responsabilidad por el abuso tardaron más tiempo en develar. Por otro lado, los adolescentes que sintieron temor de morir (ser matados) tendieron a develar a un adulto, y quienes temían por la seguridad de los miembros de su familia tendieron a no-develar (Kogan, 2004).

Expectativas en relación a los padres

Cuando los padres tendían a reaccionar al estrés en general de manera ansiosa, los niños presentaron más tardanza en la develación y los padres fueron en menor medida receptores de la primera develación, que cuando los padres tendían a reaccionar de manera calmada (Hershkowitz et al., 2007). Además cuando los adolescentes percibían a sus padres como sobreprotectores o por otro lado, como escasamente preocupados tenían menor probabilidad de develar los abusos sufridos (Priebe y Svedin, 2008). Los niños más frecuentemente expresaron temor o vergüenza de develar a los padres cuando el agresor era conocido, cuando la agresión había sido de carácter grave y repetido. Los niños que presentaron temor o vergüenza de develar a sus padres tendieron a tardar más en develar, develaron a otras personas distintas de los padres y no develaron de manera espontánea (Hershkowitz et al., 2007).

Factores que favorecen e inhiben la develación por parte de niños y adolescentes

Aún cuando son pocos los estudios que entregan datos acerca de las motivaciones de los niños y adolescentes a develar y de las circunstancias que facilitan o dificultan la develación (Paine y Hansen, 2002), a continuación destacaremos algunos aspectos señalados en las investigaciones.

En cuanto a aspectos que favorecen o gatillan las develaciones por parte de niños y adolescentes se han destacado los siguientes:

En algunos niños la develación surge previo o posterior a las visitas con el agresor, siendo el contacto con el agresor gatillante de la develación (por ejemplo, niño dice que no quiere ir donde el abuelo, a partir de lo cual madre pregunta porqué y el niño devela el abuso). En otros casos es la pregunta por los síntomas exhibidos por los niños (tales como por ejemplo, conductas sexualizadas o uso de vocabulario inadecuado) lo que precede a la develación (Jensen et al., 2005; Sorensen y Snow, 1991).

En cuanto a factores asociados a la develación premeditada que favorecen la develación, se encuentran la toma de conciencia a través de la educación (formal o al ver películas, programas de televisión sobre abuso sexual, etc.) y la influencia de pares (ver que otros niños develan o ser apoyados por pares a contar, o a partir de conversaciones darse cuenta de la inadecuación de la conducta abusiva, etc.) (Crisma, Bascelli, Paci y Romito, 2004; Sorensen y Snow, 1991). Otros factores que favorecen la develación son el deseo de detener el abuso, y el deseo de obtener apoyo con su vivencia (Lamb & Edgar-Smith, 1994 en Paine y Hansen, 2002). En la práctica clínica también se observa como elemento relevante en algunos casos el querer proteger a otros de la situación abusiva (por ejemplo, niños que develan porque temen que sus hermanos menores sean agredidos por el mismo agresor).

Un elemento relacional que facilita la develación es la posibilidad que el abuso sea conversado en un contexto compartido, como por ejemplo, en el estudio de Jensen et al. (2005) muchas develaciones surgieron a partir de un programa de televisión o de compartir situaciones íntimas similares a aquellas en que se daba el abuso (por ejemplo, al bañarlos). La develación surge a partir de un foco de atención común que recuerda al abuso, lo cual hace que sea más fácil para el niño hablar del abuso o para la madre preguntar a partir de lo que recientemente han compartido. Así también los niños señalan que para develar es esencial sentir que serán creídos (Jensen et al., 2005).

Jensen y sus colegas (2005) concluyen que

en su estudio aparecen como centrales en el proceso y contexto de la develación, tres aspectos centrales: oportunidad, propósito y conexión. La develación se vería facilitada si el niño percibía una oportunidad para hablar, un propósito para hablar y una conexión de lo que estaban hablando con su confidente.

En cuanto a aspectos que inhiben o dificultan la develación por parte de los niños y adolescentes se han destacado los siguientes:

Una primera barrera importante para develar es la escasez de información, incluyendo una escasa conciencia del abuso sexual y el derecho de no ser transgredidos, especialmente en los niños. La idea estereotipada de que las agresiones sexuales son perpetradas por extraños y asociadas a violencia física, hace que muchos niños y adolescentes estén inseguros de si considerar su experiencia por parte de una persona de confianza como abusiva. Esta creencia puede ser un factor en la resistencia a develar a un adulto de confianza y buscar ayuda, especialmente si consideramos las estrategias implícitas (como la seducción, el engaño, la manipulación emocional, etc.) que utilizan los agresores para persuadir a sus víctimas de que el abuso es normal o aceptable, y que deben mantener el secreto (Crisma et al 2004).

Junto con esto, un importante factor que inhibe la develación, es el sentimiento de responsabilidad de los niños, en tanto se sienten culpables del abuso o tienen sentimientos de vergüenza y estigma asociados al abuso, lo que ocurre en la mayor parte de los casos (Paine y Hansen, 2002).

Uno de los principales factores que influyen en la tardanza en la develación en los niños y adolescentes son las consecuencias negativas percibidas, especialmente, lo que muestran los estudios es que los niños estaban preocupados de consecuencias negativas hacia las madres, por ejemplo, el divorcio, o dar más problemas a la madre de los que ya tiene, o apenarlas. Pero los niños también estaban preocupados por las consecuencias para ellos mismos, tales como sentimientos de tristeza, temor y vergüenza de hablar del abuso sufrido.

Por otro lado, cuando el agresor es una figura cercana, el niño tiende a tener sentimientos ambivalentes hacia él, por lo cual puede expresar preocupación por su bienestar físico o emocional si devela el abuso sexual, por ejemplo, temor a que sea encarcelado, o temor a que la familia no lo pueda ver, etc. (Crisma et al., 2004; Jensen et al., 2005; Paine y Hansen, 2002).

Por otro lado, muchos niños temían no ser creídos o que sus motivos para develar iban a ser malinterpretados (por ejemplo, como querer llamar la atención), y muchos también temen al cumplimiento de las amenazas del agresor (por ejemplo, que va a causar daño a algún miembro de la familia) (Jensen et al., 2005; Paine y Hansen, 2002).

Por otra parte, se plantean aspectos relacionales, tales como que en el estudio de Jensen y sus colegas (2005) muchos niños señalaron que nunca fueron preguntados directamente acerca de un posible abuso, y que ellos querían contar pero era difícil encontrar una situación en que estuvieran solos con el confidente o tener tiempo de sentarse y conversar, y en general los niños sentían que no había oportunidad para contar el abuso, en tanto habían escasos momentos que dieran la privacidad y tiempo que los niños sentían que requerían para revelar algo tan personal y privado. Junto con esto, Crisma et al. (2004) plantean que un importante impedimento para la develación es la poca apertura y preparación de los adultos para dar apoyo y escuchar a los niños y adolescentes.

En relación a esto, algunos investigadores han planteado la develación premeditada por parte de los niños y adolescentes como un proceso. En este sentido, a partir de los resultados de su estudio con adolescentes, Staller y Nelson-Gardell (2005), plantean que la develación es un proceso, que en una primera fase comprende una fase personal, en que los niños deben reconocer la naturaleza de la experiencia abusiva, conceptualizarla como abuso, entender sus sentimientos en torno a esto y a partir de eso tomar la decisión de develar la situación. Luego, habría una segunda fase, en que los niños encuentren un lugar, tiempo

y persona de confianza a la cual contar lo sucedido. Finalmente habría una tercera fase de consecuencias, en que los niños se encuentran con las consecuencias en otros de su develación (por ejemplo, rumores en el colegio o barrio, disrupción familiar, escasa credibilidad familiar, pérdida de figuras de confianza, respuestas desde las instituciones, etc.).

A partir de esto se propone entender la develación por parte de los niños y adolescentes como un proceso interactivo, en que los niños deben tomar conciencia o darse cuenta de ciertos elementos, pero que también consideran la relación con los adultos en el proceso de develación, y la reacción de los adultos puede influir decisiones posteriores a la primera develación (Staller y Nelson-Gardell, 2005). En este sentido, son esenciales las respuestas de los adultos. En relación a esto, Alaggia (2004) encontró que algunos niños intentan develar a través de manifestaciones conductuales, pero si los adultos no entienden estos intentos, el niño abandona los esfuerzos. A su vez, Jensen et al. (2005) plantean que las respuestas iniciales de los confidentes a la develación muchas veces son decepcionantes para los niños, en tanto no dieron credibilidad o dudaron de lo que el niño reportó.

Todos estos aspectos, asociados a una reacción negativa por parte de otros ante la develación y/o la incredulidad de figuras significativas, pueden asociarse al fenómeno de la retractación, y en muchos casos los niños retractarse de lo relatado, que se refiere a cuando los niños modifican la versión original respecto al abuso sexual sufrido o cambian la figura del agresor (Rivera y Salvatierra, 2002; Summit, 1983), fenómeno complejo, con múltiples consecuencias para la víctima, su familia y las intervenciones del sistema legal y de salud.

Por otra parte, teóricamente se han descrito diversos elementos que dificultan la develación por parte de los niños y adolescentes, y que se refieren al "atrapamiento" de la víctima en la dinámica abusiva, estando la víctima silenciada a partir de elementos como por ejemplo, el hechizo, la imposición del secreto, los sentimientos de culpa, etc. (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1998).

Factores que favorecen e inhiben la detección por terceros

En cuanto a la detección por terceros, existen menos estudios que se centren en esto, y en general se han enfocado en la detección por parte de las madres.

Así, Hooper (1994) y Plummer (2006) estudian el proceso de detección en madres, planteando que éstas muchas veces tienen sospechas de que "algo no anda bien", pero tardan un largo tiempo en detectar la situación de abuso sexual en tanto "juntan piezas de un rompecabezas" de diversos eventos, fragmentos de cosas que han visto u oído, intuiciones, etc., sintiendo que ante sus sospechas deben confirmar o descubrir la ocurrencia del abuso sexual.

Hooper (1994) describe el complejo proceso de detección cuando las madres sospechan de abuso sexual de sus hijos, ya que además de tratar de averiguar más para obtener más pruebas, por otro lado, se cuestionan acerca de la interpretación de la evidencia disponible y su valoración, preguntándose por ejemplo ¿qué es normal y qué es abuso sexual?. Estas dificultades para trazar la línea entre las relaciones normales (por ejemplo, en la relación padres-hijos) y el abuso sexual, la ambigüedad de la evidencia disponible y el conflicto acerca de su significado, implica que las mujeres experimentan continuamente dudas sobre sus sospechas.

Aspectos que permitieron confirmar las sospechas de las madres y así detectar la situación de abuso sexual fueron hablar con el niño, hablar con familiares y amigos de sus preocupaciones con el fin de entender lo que está pasando (Plummer, 2006) y observar síntomas en los niños (Hooper, 1994).

Aspectos que dificultaron la detección fueron que al preguntar al agresor sobre sus sospechas, éste generalmente las negó (Plummer, 2006), incluso muchas veces al preguntar a los mismos niños éstos negaron el abuso (Hooper, 1994). Un importante aspecto que dificultó la detección fueron los propios deseos de las madres de que sus sospechas de abuso

sexual no fueran ciertas, la propia violencia de parte de su pareja y la dependencia emocional y económica de éste (cuando el agresor era su pareja). Otra dificultad es entender los signos indirectos transmitidos por los niños, que suelen ser ambiguos (Hooper, 1994).

Por otro lado, otro aspecto que dificulta la detección es que las madres señalan que tendieron a restringirse de hablar de estos temas con sus hijos, porque no se sentían competentes para hablar con sus hijos de temas tan delicados, y otras sentían que tenían que estar seguras antes de preguntar a sus hijos (y causarles innecesaria preocupación). Otras madres sentían temor de influenciar un potencial proceso legal, en términos que alguien las podría acusar de poner palabras en el niño, influenciadas así por los debates acerca de los falsos reportes de abuso sexual (Jensen et al., 2005).

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura empírica actualizada, expuesta en este artículo, entrega importantes elementos para comprender el complejo proceso de la develación del abuso sexual en los niños y adolescentes.

Primero se presentaron distintas clasificaciones de los tipos de develación, proponiéndose desde la autora una categorización, que intenta ser una integración de los elementos aportados por la literatura y elementos observados en la práctica clínica. Esta propuesta, debe ser evaluada, en cuanto a su utilidad y precisión a partir de la práctica clínica, y de posibles investigaciones en la realidad chilena.

Dentro de los factores revisados relacionados con la develación destacan tanto factores de la victimización (severidad, relación con el agresor, etc.), como de la víctima (edad, género, sus percepciones, etc.), y asociados a la relación con otros. En este último punto, destaca los elementos relativos a las expectativas de los padres, siendo esencial la percepción de calma y preocupación por parte de éstos como elementos asociados a la develación por parte de los niños y adolescentes. Junto con esto, destacan dentro de los elementos

que favorecen tanto la develación por parte de los niños y adolescentes, como la detección por parte de los adultos, elementos asociados a la disponibilidad de los adultos para ver y escuchar a los niños y adolescentes, tales como por ejemplo, que los adultos puedan preguntar a los niños por sus síntomas, la percepción de que las figuras adultas darán credibilidad, entre otros. Como otro elemento que destaca, en cuanto a los factores que favorecen la develación premeditada por parte de los niños y adolescentes, es la toma de conciencia de la inadecuación de la situación abusiva por parte de la víctima.

A partir de estos elementos, se comprende que la develación es un proceso complejo, que se da en el tiempo y que involucra no sólo al niño o sólo a los terceros, sino que es un proceso relacional, en tanto el niño devela a partir de su comprensión de la situación abusiva, en un contexto en el cual siente que puede ser escuchado o contenido por otros, y por otra parte, los terceros detectan a partir de la interpretación de ciertas claves que observan en los niños, y que éstos expresan, ya sea de manera intencionada o no. Así, la develación es un proceso tanto individual como social.

Estos aspectos descritos en las investigaciones aportan información relevante para pensar en cómo podríamos favorecer las develaciones por parte de los niños y adolescentes y la detección por parte de adultos, con el fin de promover la detección temprana del abuso sexual infanto-juvenil. En este sentido, se aprecia la importancia de que las intervenciones apunten hacia los factores que hacen difícil al niño develar el abuso, favoreciendo las develaciones al aminorar los impedimentos para la develación temprana (por ejemplo, apuntar a los temores de las consecuencias negativas), y potenciar elementos que favorecen la develación, tales como dispositivos educativos que promuevan la toma de conciencia respecto a la inadecuación de las situaciones abusivas. Sin embargo, para la implementación de estas intervenciones, se deben tomar importantes resguardos técnicos y éticos (Martínez, 2000).

Por otro lado, al ver la develación como un proceso relacional también se aprecia la nece-

sidad de paralelamente educar a los padres, familiares, y profesionales trabajando con niños y adolescentes, acerca del abuso sexual, con el fin de que tengan más herramientas para poder detectarlo, y también acerca del proceso de develación, las dificultades para esto y la contención que necesitan las víctimas, entregando así herramientas para una mejor escucha, contención y protección ante la develación de un niño o adolescente. Por otra parte debe relevarse la importancia de los pares en la adolescencia, en tanto las investigaciones muestran que muchos adolescentes develan a sus pares, requiriendo también orientarlos respecto a cómo acoger una develación y apoyar a sus amigos, con el fin que la develación pueda ser acogida por un adulto y se favorezca la protección.

A pesar de estos importantes elementos para la comprensión de la develación, a partir de esta revisión, podemos ver también que las investigaciones en niños y adolescentes son escasas. En este sentido, Paine y Hansen (2002), al hacer una revisión bibliográfica extensa, plantean que la mayoría de las conclusiones acerca de las develaciones en los niños y adolescentes se basan en estudios retrospectivos de adultos o son resultados periféricos de estudios que investigan otros aspectos del abuso sexual. Aún cuando algunos de los estudios revisados, se basan en estudios con adolescentes, faltan estudios acerca de las develaciones de los niños y adolescentes, especialmente estudios donde se exploren los temores y percepciones de los mismos niños (Paine y Hansen, 2002). Por otro lado, también observamos que faltan estudios acerca de la respuesta y detección del abuso sexual por parte de terceros, tanto por parte de la madre, pero especialmente por parte de otras figuras, como por ejemplo, profesores, otros familiares, etc.

Además, todas estas investigaciones han sido realizadas en el extranjero (principalmente en Estados Unidos, pero también en Sudáfrica, Israel, Noruega, etc.), países con distintos contextos socioculturales al nuestro. Es por esto, que surge la relevancia de estudiar el proceso de develación del abuso sexual en nuestro país y observar si en este contexto sociocul-

tural particular se reproducen los mismos elementos observados en las investigaciones extranjeras aquí expuestas. Este conocimiento respecto al proceso de develación en nuestro país, nos permitirá realizar intervenciones que favorezcan la detección temprana de manera informada en la evidencia, y de aspectos relevantes y pertinentes para nuestra realidad nacional, lo cual se podría traducir en intervenciones más efectivas.

Por otro lado, falta resolver en términos de discusión teórica - clínica, elementos de relevancia en la práctica clínica con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, tales como, la forma en que consideramos e incluimos en el análisis de cada caso, el proceso de la develación previo a la develación final que conlleva a la denuncia o búsqueda de atención, incluyendo las develaciones previas "fallidas", los intercambios entre la víctima y terceros, etc., todos aspectos relevantes para comprender la vivencia de la víctima, e integrar estos elementos en el plan de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28:1213-1227.
2. Barudy, J. *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Editorial Paidós; Barcelona, 1998.
3. Collings, S., Griffiths, S. & Kumalo, M. Patterns of disclosure in child sexual abuse. *South African Journal of Psychology*, 2005, 35(2); 270-285.
4. Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D & Romito, P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 2004, 28; 1035-1048.
5. Finkelhor, D. Evaluación de programas de prevención del abuso sexual: problemas e investigaciones. En *II Congreso Estatal sobre infancia maltratada*. Bilbao: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.
6. Finkelhor, D. y Browne, A. The traumatic impact of child sexual abuse: a concep-

- tualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985, 55(4):530-541.
7. Foynes, M.M., Freyd, J. & Deprince, A. Child abuse: Betrayal and disclosure. *Child Abuse & Neglect*. 2009, 33(4):209-217.
 8. Goodman-Brown, T., Edelstein, R., Goodman, G., Jones, D. & Gordon, D. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2003, 27:525-540.
 9. Hershkowitz, I., Horowitz, D. & Lamb, M. Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child Abuse & Neglect*. 2005, 29:1203-1214.
 10. Hershkowitz, I., Lanes, O. & Lamb, M. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse & Neglect*. 2007, 31:41-123.
 11. Hooper, C. A. Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, 1994.
 12. Jensen, T., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S. & Tjersland, O. A. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*. 2005, 29:1395-1413.
 13. Kogan, S. M. Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*. 2004, 28(2):147-165.
 14. London, K., Bruck, M., Ceci, S. & Shuman, D. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy and Law*. 2005, 11 (1):194-226.
 15. Martínez, J. Prevención del Abuso Sexual Infantil: Análisis crítico de los Programas Educativos. *Revista Psykhé*. 2000, 9(2):63-74.
 16. Paine, M. & Hansen, D. Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*. 2002, 22:271-295.
 17. Perrone, R. Y Nannini, M. Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1998.
 18. Plummer, C. The discovery process: What mothers see and do in gaining awareness of the sexual abuse of their children. *Child abuse and neglect*. 2006, 30:1227-37.
 19. Pope, Hp. Delayed disclosure by victims of child sexual abuse: an important topic for study. *Acta Pædiatrica*. 2002, 91:1293-1295.
 20. Priebe, G. & Svedin, C.G. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*. 2008, 32(12):1095-1108.
 21. Rivera, M. & Salvatierra, M. Estudio descriptivo comparativo sobre las variables que influyen en la retractación de los menores, entre 4 y 16 años, que han sido víctimas de agresiones sexuales. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, 2002.
 22. Salinas, M.I. Agresión sexual. Clase dictada en el Diplomado en Psicología Jurídica y Forense, Universidad Diego Portales. 2004, Santiago.
 23. Sjöberg, R. & Lindblad, F. Delayed disclosure and disrupted communication during forensic investigation of child sexual abuse: a study of 47 corroborated cases. *Acta Pædiatr*. 2002, 91:1391-1396.
 24. Sorensen, T & Snow, B. How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare (League Am)*. 1991, 70 (1):3-15.
 25. Staller, K. & Nelson-Gardell, D. "A burden in your heart": Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 2005, 29:1415-1432.
 26. Summit, R. The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 1983, 7:177-193.



Alexitimia y Adolescencia. Reflexiones desde la anorexia nerviosa.

Gonzalo Morandé L.¹

INSIGHT, HINDSIGHT, BLINDSIGHT.
MIRAR HACIA DENTRO, MIRAR ATRÁS Y NO
PODER MIRAR.

He dedicado buena parte de mi vida profesional a la anorexia nerviosa, en especial a aquellas de inicio temprano o muy temprano. Inicié justamente mi carrera con desnutrición en primera infancia y fue después, al venir a España cuando hace ya 30 años pude atender los primeros casos de anorexia en adolescentes. No tenía claro si eran pacientes psicósomáticos; lo parecían. Lo que sí percibía es que estaba con un tipo de paciente que me interesaba y justamente por la interacción de fenómenos psicológicos, de conducta y repercusiones fisiológicas varias.

Debo reconocer que soy sospechoso, vengo de una familia de psicósomáticos y alexitímicos, nadie en ella cree en la Psiquiatría o la Psicología. Todos o casi todos y somos muchos, son asmáticos, ulcerosos, atópicos, hipertensos hasta cubrir la mayoría del espectro psicósomático. Yo también, me reconozco en las características familiares aunque mi escepticismo es distinto, después de muchas dudas me hice psiquiatra, con más dudas aún me abrí al mundo intrapsíquico y curiosamente me curé de un colon espástico en un semáforo cuando vino a mi cabeza una tormenta de recuerdos que parecieron destapar el intestino hasta el día de hoy.

Jorge Thomas, fue un amigo mayor que posibilitó que hiciera psiquiatría. Ya en la clínica Tavistock de Londres, dedicó sus estudios a psicósomática y familia en adolescentes. En sus viajes a Madrid de los que inicialmente fui culpable, hablábamos mucho. Tenía la pa-

ciencia de escuchar con entusiasmo, lo que animaba a seguir pensando.

Hace ya algunos años comentaba con el doctor Thomas que nuestras pacientes adolescentes anoréxicas presentaban en inicios un escaso insight que hacía inviable un abordaje psicoterapéutico.

El concepto de insight que manejábamos era el aprendido en años de formación y bastante amplio, una mirada hacia los adentros.

Me parecía que ellas, las pacientes, tenían un estrechamiento o aplastamiento del espacio mental que sólo se ampliaba en la medida que iban mejorando. No eran conscientes de tener un problema mental, eran un problema mental para sus horrorizados padres y no parecían darse cuenta hasta que no lo superaban. Algunas no lo conseguían nunca o solamente como una intelectualización. Aquellas, decíamos en esa época, para las que todo lo humano le es ajeno.

El doctor Thomas asentía y sonreía al revisar nuestros apuntes donde una mano negra había escrito "hindsight" en lugar de insight. Esto es más difícil me decía, hindsight en el mejor de los casos, sería mirar al trasero, mirar a la grupa, cuando un jinete mira hacia atrás. Eso, eso, me atreví a decir, mis pacientes no pueden mirar hacia atrás. Parece que su vida se inició cuando decidieron perder peso y con ello la sintomatología anoréxica. No tenían experiencia de aquello que sucedió antes, de su infancia y también tardaban meses en recuperarla. Una especie de borrador había pasado sobre sus recuerdos. Años después también les es difícil recordar el período anoréxico, en ocasiones acuden a consulta para ver si tú lo recuerdas.

¹ Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid

No sólo tenían problemas para mirar hacia dentro, también hacia atrás. Entre risas terminó la conversación y el intento de precisar las diferencias entre introspección y retrospección.

Entre aquellas que más tardaban en recuperar un insight adecuado o no lo recuperaban estaban las que denominábamos psicósomáticas o alexitímicas. Se mejoraban sin darse cuenta si establecían una buena relación terapéutica y también, si recaían lo hacían sin enterarse. Una suerte de estupidez que nos producía alguna irritación y que se acrecentaba cuando veíamos igual limitación en alguno de los padres. Nos compensaba su actitud agradecida, la constancia en el tratamiento y la evolución satisfactoria. La clave estaba en la relación terapéutica, dependiente aunque no explicitada, amable aunque no seductora, agradecida muy agradecida, casi siempre con regalos en ocasiones demasiado buenos.

Teníamos una doble sospecha que la alexitimia era un rasgo de personalidad que acompañaba toda la vida al paciente, eran así, a lo más que se acentuaba con la enfermedad, quizás la facilitaba y que muchos de sus padres presentaban igual limitación.

Desde hace mucho tiempo, las adolescentes con AN han sido sospechosas de padecer una incapacidad alexitímica. Hilde Bruch en 1962, antes que se formulara el concepto de alexitimia, describía que las pacientes anoréxicas no sólo tenían dificultad en reconocer y precisar ciertas sensaciones viscerales sino también parecían desconcertadas ante sus propias emociones y tenían dificultad para describirlas. Los estudios posteriores parecen confirmar la hipótesis en AN y se extiende también a Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracónes (TA) Un 48-77% de las AN presentan Alexitimia y 40-61% de las BN.

El constructo Alexitimia tal como fue definido por Nemiah, Freyberger y Sifneos en 1976 consta de tres elementos principales:

1. Dificultad para identificar y describir sentimientos subjetivos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de actividad

emocional.

3. Capacidad imaginativa constreñida que se evidencia en una limitación de las fantasías.
4. Un estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

No todas las anoréxicas que atendíamos presentaban estas características y nos hacíamos preguntas sobre ellas y sus padres. Nos daba la impresión que aquellas con un episodio depresivo asociado eran más alexitímicas y que tardaban más en recuperarse. Atendíamos también adolescentes deprimidas sin un Trastorno Alimentario y con una clara alexitimia.

Si bien en los grupos de padres había algunos claramente alexitímicos nos sorprendía más la dificultad que tenían para entender a sus hijas que mejoraba al trabajar con ellos. Una suerte de hetero alexitimia que les impedía reconocer cuánto de enfermedad mental había en ellas, las manifestaciones fisiológicas y emocionales del cuadro y la expresión propia de la adolescencia. El grupo psico educativo de padres al que cariñosamente denominaban psicoterapéutico pese a nuestras protestas les era útil para entender a sus hijas y entenderse ellos y muchos de ellos también mejoraban como pudimos comprobar.

En los grupos nos interesábamos si sus hijas siempre habían sido así o la anorexia les dejó así. No nos contestaban o no entendían la pregunta. Respondían que la anorexia sólo había acentuado el mal carácter hasta hacerlo insostenible y al pedirles precisiones de tipo evolutivo recordaban algo que describían como fuerte personalidad, independencia afectiva, autosuficiencia y como contraste cierto candor o inocencia. Es probable que tuvieran razón, la alexitimia de la infancia era un rasgo más de un carácter complejo y de relaciones personales también complejas.

Greeme Taylor anotaba sobre las personas alexitímicas en 1997: "Ni experimentan las emociones en forma adecuada ni las entienden. Tampoco pueden comunicar su malestar emocional a otras personas para encontrar comprensión o ayuda. Las limitaciones imaginativas les hace difícil gestionar sus emociones

con fantasías, sueños, intereses y juegos.”

La disforia o malestar emocional es frecuente en niñas en período peri puberal. La observábamos en la mayoría de nuestras pacientes con trastornos alimentarios, un malestar difícil definir para ellas. Es interesante su presencia en el período prodrómico de la enfermedad que antecede en meses al trastorno y que se combina con una fuerte pulsión a adelgazar que no se traduce en conductas de riesgo, más bien amagos. Un estado de precontemplación y contemplación que puede prolongarse. No han llegado a un nivel decisional, es decir, poner en práctica el esfuerzo para perder peso. Las más creen haber tomado una decisión claramente voluntaria como la tomarán el día que finalmente decidan ponerse bien. Es probable que el grupo alexitímico no vea tan claro esta decisión, puede inferirla pero no reconocerla, parecen una vez más no enterarse. Menos aún si existía como es habitual un evento precipitante. Tampoco se habían enterado que sus padres iban a separarse o que su novio se fue muy lejos.

Cuando toman la decisión se inicia en pocos días la enfermedad, sin embargo, la disforia continua.

Les cuesta pedir ayuda, la provocan, rechazándola. Todos entienden que está mal, padres, amigas, todos, menos ellas. Ahora si que hay precontemplación, todos están empeñados en que algo le pasa, ellos han perdido la cabeza.

Hay dolor mental, aunque no lo reconocen como tal, salvo que se depriman. Ahí sí pueden llegar con la auto observación emocional. Al ser señalada la expresión de pena o sus ojos tristes, se sienten sorprendidas, quizás adivinadas por el terapeuta, casi siempre por el gesto más que por la palabra. Puede ser el inicio de un reconocimiento del clínico como una persona que de verdad se interesa por ella.

Thomas comentaba que las adolescentes borderline cuando se deprimían no soñaban. Nos escuchaba con atención que las nuestras al enfermar también dejan de soñar o sus sue-

ños se transforman en actividad onírica de menos calidad toda ella ligada a las comidas que se desarrolla en etapas II y III del sueño. La recuperación de la actividad onírica normal es un buen indicador de recuperación.

Aunque sean niñas su actividad lúdica disminuye o desaparece, sus intereses se limitan a los estudios y en ellos se enfocan con esfuerzo a las notas, despreciando todo aquello que no parezca de utilidad. Hay que enseñarles a jugar, mientras están en cama se les anima a recortar, hacer puzzles y jugar al parchís o a las cartas.

El mundo de fantasía se resiente, empobrece, incluso se desintegra psicóticamente. Algunas salvan estas funciones así como hay otras que mantienen sus relaciones sociales intactas. Siempre las hemos considerado de mejor pronóstico.

La definición actual de Alexitimia (Taylor 2000) incluye un déficit en la regulación y procesamiento cognitivo de las emociones.

La respuesta emocional y la regulación de las emociones incluyen tres sistemas interrelacionados:

Neuropsicológico: sistema nervioso autonómico y activación neuro endocrina,
Expresividad Motora: cambios en el tono, en la voz, en la postura y la expresión facial.
Experiencial-cognitiva: conciencia subjetiva y expresión verbal del estado emocional.
La regulación de las emociones incluye la interacción recíproca entre estos tres sistemas.

Richard Lane en el año 2000 va más lejos y se pregunta: es la alexitimia un equivalente emocional de la blindsight. No se trata de otra forma de introspección sino de una enfermedad neurológica, una forma de ceguera.

Es una patología curiosa, una lesión en la corteza primaria visual en la cual los pacientes que no son plenamente conscientes de los estímulos visuales demuestran por su conducta que los estímulos han sido percibidos. La alexitimia para este autor representa un déficit en la experiencia consciente de la emoción asociada con la activación autonómica concomitante.

Esta puede ser mediada por una desconexión funcional de la información emocional interoceptiva aferente al cortex cingulado anterior. Dado el rol del cortex cingulado anterior en la regulación de la expresión autonómica, neuroendocrina y motora de las emociones, una deficiencia relativa de la participación de esta estructura en el equipo neuronal que media las emociones puede ayudar a explicar la relación que hay entre la conducta emocional anormal y la propensión a enfermedades físicas observada en la alexitimia.

Nuestras pacientes sufrirían de una ceguera selectiva ante sus propias emociones aunque no se librarían de sufrirlas visceralmente.

La adolescencia es un intervalo clave para la integración cognitiva – afectiva. Un camino de creación y desarrollo único de vulnerabilidades y oportunidades. La neurociencia afectiva está comenzando a proporcionar nuevas aproximaciones para el entendimiento de las influencias afectivas de alta intensidad que emergen durante la maduración puberal.

Las señales afectivas, experimentadas como sentimientos, incorporan procesos inconscientes muy rápidos que se basan en una evaluación multifactorial que relaciona la valencia biológica, emocional y social.

Los estudios sobre el cortex cingulado anterior son un ejemplo de lo anterior. Con una organización compleja es muy activo durante la pubertad y juega un papel importante en la regulación de las emociones y su representación cognitiva. Hay diferencias de género en la maduración emocional y su procesamiento cognitivo. Las chicas lo hacen en tan poco tiempo que aparecen claramente en desventaja. Lo pagan muy caro en síntomas y enfermedades emocionales. Esta disparidad que es evidente en trastornos de ansiedad y afectivos se hace escandalosa en anorexia de la pubertad y adolescencia. En este caso la alexitimia no sería una explicación ya que es aceptado que es mayor en varones.

¿DISLEXITIMIA O ALEXITIMIA DEL ADOLESCENTE?

¿Significaría aquello que en la pubertad y primera etapa de la adolescencia la mayoría de ellos sufrirían alexitimia o una suerte de dislexitimia? Si es normativo este fenómeno nos quedaríamos más con el segundo supuesto, una dificultad para reconocer las emociones, para pensarlas y comunicarlas y no una incapacidad.

Si como sospechamos la alexitimia es un rasgo temperamental con el que se nace, al menos como predisposición y se configura en el apego de los primeros dos años ¿cómo vivirían los niños y niñas alexitímicos la pubertad con el desarrollo de las emociones que implica? Es probable que con más dificultad y mayor número de síntomas somáticos.

No tenemos respuesta aún respuesta para nuestra hipótesis y menos aún una comprobación que vaya más allá de la constatación de la innumerable cantidad de niños que presentan somatizaciones y que se multiplican cuando se inicia el desarrollo puberal. Cefaleas, abdominalgias, vómitos, diarreas, dermatitis, asma bronquial, anorexias, disfagias. Para pediatras y psicopediatras corresponden a somatizaciones de la infancia y con ello un fracaso en la simbolización.

OTRA FORMA DE VER LA ALEXITIMIA. PENSANDO EN PIAGET.

Lane y Schwartz en 1987 proponen que la habilidad individual para reconocer y describir emociones en uno mismo o en los demás. Lo que denominan autoconciencia emocional es una destreza de naturaleza cognitiva que se sustenta en un proceso de desarrollo similar a lo que describe Piaget para la inteligencia en general. Ellos describen cinco niveles de autoconciencia emocional siguiendo el modelo estructural de Piaget. Los cinco niveles son: sensaciones físicas, tendencias a la acción, emociones simples, emociones mezcladas,

mezcla de experiencias borrosas (la capacidad de apreciar la complejidad de la experiencia de uno mismo y del otro).

Hilde Bruch también se había adelantado y ya en 1962 nos enseñaba que las adolescentes anoréxicas fracasaban en su intento de desarrollar un pensamiento formal en especial, en lo referente a ellas mismas.

Eso sí es algo que vemos a diario en nuestras pacientes incluso en las que sacan un 10 en Matemáticas. Se quedan paradas en etapas primeras de la adolescencia y operan con un funcionamiento mental primario seguramente compensado por otras áreas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La alexitimia como rasgo puede ser seguida evolutivamente desde la infancia a la adolescencia. No es un camino que esté terminado. La anorexia nerviosa de la niña y la adolescente permite observar de cerca este proceso en sus implicaciones clínicas y terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 1962;24:187-94
2. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *Br J Psychiatry.* 1992;161:240-3.
3. De Groot JM, Rodin G, Olmstead MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* 1995;34:53-60.
4. Cochrane CE, Brewerton TD, Wislon DB, Hodges EL. Alexithymia in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1993;14:219-22.
5. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Coviello NA, Sifneos PE. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosom Med.* 1994;56:90-3.
6. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In Hill OW edit. *Modern trends in psychosomatic medicine. Volume 3 London.* Butterworths. 1976:430-9.
7. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: alexithymia medical and psychiatric illness.* Cambridge; Cambridge University Press, 1997.
8. Taylor G.J *Recent Developments in Alexithymia Theory and Research.* *Canadian Journal of Psychiatry,* 2000.
9. Lane R. Neural correlates of conscious emotional experience. In *Cognitive Neuroscience of Emotion.* Edit. Lane R, Nadel L, Ahern G, Allen J, Kaszniak A. New York; Oxford University Press, 2000:345-370.
10. Lane R, Schwartz G. Levels of Emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychotherapy. *Am J Psych.* 1987, 144(2):133-143.

Protocolo de intervención en crisis para niños y adolescentes víctimas de desastre

Marcela Abufhele M.¹, Elías Arab L.¹, María José Villar Z.¹, Ricardo García S.¹

INTRODUCCION

Los desastres naturales que han afectado recientemente a la zona central y sur de Chile se constituyen en estresores que pueden afectar la salud mental de la población expuesta.

A raíz de esta situación y a modo de prevenir el posterior desarrollo de patología psiquiátrica derivada de éstos eventos es que se ha confeccionado este documento, cuya teoría es una adaptación del capítulo "Atención Psicosocial a la infancia y adolescencia" escrito por Germán Casas Nieto del documento Rodríguez J, Zaccarelli Davoli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. OPS/OMS Washington, DC. 2006. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres).

Los desastres implican una perturbación psicosocial que puede sobrepasar la capacidad de adaptación o afrontamiento de la población afectada.

Se conoce bastante acerca de la capacidad de adaptación de los niños. Por tener personalidades en formación, los niños tienen una potencialidad innata de aprendizaje, están en continuo desarrollo y deben enfrentar diariamente, en el proceso de superación de cada etapa de su vida, nuevos retos, exigencias y necesidades que los impulsan hacia el crecimiento y las adquisiciones cognoscitivas y afectivas.

Esto supone una cierta ventaja sobre los adultos en cuanto a su posibilidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas. En efecto, esta capacidad de los niños, fruto de su condición de seres en desarrollo, es una

competencia que se puede aprovechar en situaciones de crisis. Los niños entienden que las situaciones son difíciles, ven el peligro y reaccionan, pero así mismo, aprenden de lo que viven y de lo que ven.

Sin embargo, esta misma condición puede también generar una perturbación en el desarrollo; actualmente, los menores son considerados un grupo de alta vulnerabilidad en casos de desastres y emergencias. En investigaciones realizadas en poblaciones afectadas por eventos catastróficos, se ha documentado que, en niños y adolescentes, las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y afectar de manera directa el desarrollo físico, mental y social (Santacruz H, Ardila S, 2003).

La forma como afrontan los eventos traumáticos y como se adaptan a las situaciones extremas depende de la edad de cada niño, de su posibilidad de comprensión, de los eventos vitales a los cuales han estado sometidos y de la percepción de protección y la seguridad que el entorno familiar les suele dar, junto con la precocidad en la contención y reorganización de la red de apoyo social.

Las reacciones de los niños y adolescentes, en su gran mayoría, son respuestas esperadas; es decir, aun cuando son manifestaciones intensas de sufrimiento psicológico y requieren de atención psicosocial, usualmente no son patológicas y la gran mayoría se resuelve en periodos cortos. En ocasiones, la falta de información de los padres y las familias, la ausencia de comprensión por parte de los maestros y la confusión a la que se enfrentan los mismos niños pueden generar que algunas de estas reacciones se compliquen tempranamente y generen secuelas y sufrimiento. Por esto, cualquier plan de intervención debe con-

1 Clínica Psiquiátrica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

siderar acciones para los demás miembros de la familia y la comunidad afectada.

La atención de salud mental a niños y adolescentes luego de un desastre, tiene como objetivos fundamentales:

- Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático.
- Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás y la manera como enfrenten situaciones difíciles en el futuro.
- Reincorporar a los niños y adolescentes a sus actividades cotidianas, en especial, en el seno de la familia y la escuela.
- Obtener aprendizajes de la experiencia y favorecer estrategias de afrontamiento.

El presente protocolo pretende ofrecer, en una guía sencilla, flexible y fácil de aplicar, una modalidad de intervención grupal para niños y adolescentes expuestos, junto con sus cuidadores.

La modalidad se plantea como talleres de un máximo de 15 asistentes (con 1 o 2 guías por grupo), con al menos una sesión semanal y de un total de 4 sesiones en una intervención inicial.

La división de los niños se sugiere sea según periodo de desarrollo de la manera siguiente:

- Taller para preescolares (se realiza para niños de 2 a 5 años, en conjunto con los padres). Idealmente que no exista más de 2 años de diferencia entre los niños de un mismo grupo. Grupo máximo con 8 diadas.
- Taller para escolares (se realiza con niños de 6 a 11 años, en un mismo grupo deben tener edades similares). Idealmente que no exista más de 2 años de diferencia entre los niños de un mismo grupo. Grupo máximo con 15 asistentes.
- Taller para adolescentes (se realiza con niños de 11 a 18 años, en un mismo grupo deben tener edades similares) Idealmente que no exista más de 2 años de diferencia entre los niños de un mismo grupo. Grupo máximo con 15 asistentes.
- Taller para adultos cuidadores (padres y profesores). 2 Sesiones psicoeducativas.

TRABAJO DE GRUPOS

El trabajo en grupos es una manera de favorecer la socialización y la interacción de los menores entre sí. Apoya la superación del duelo y el retorno a la normalidad.

La metodología de trabajo con los niños requiere aplicar modelos flexibles que utilicen los conocimientos y las prácticas tradicionales de las comunidades, así como las propias formas naturales de expresión del niño.

Tanto los profesores como los profesionales de atención primaria pueden ser agentes muy útiles en el trabajo con niños si es que reciben debida capacitación para el manejo de grupos. Muchos de ellos pueden realizar el trabajo de grupos en las zonas donde se encuentran las personas afectadas (por ejemplo, escuelas, albergues y refugios).

Los ambientes de trabajo con grupos de niños deben ser amplios y no restringidos a los muros institucionales. Los espacios comunitarios alternativos y las escuelas deben ser aprovechados; los consultorios deben dar paso a escenarios no convencionales donde grupos de niños interactúen y jueguen.

Las actividades grupales se pueden clasificar según su objetivo en:

- grupos psicoeducativos.
- grupos de atención y recuperación psicosocial.

En este protocolo, los grupos de padres y profesores serán principalmente psicoeducativos y los de niños y adolescentes tendrán ambos componentes.

Recomendaciones generales para el trabajo de grupos con Niños y Adolescentes

Con frecuencia se piensa que los niños no requieren o no entienden la información, por lo que usualmente se les excluye de ésta; la realidad es todo lo contrario. Es necesario explicar de manera breve, veraz y que resulte útil al menor; qué ha sucedido y cuál es la posible evolución de la situación. También hay que contrarrestar el rumor, la confusión y el pánico.



co entre los niños. Se anticipan las emociones posibles, buscando disminuir la ansiedad a través de una familiarización con sus propias reacciones emocionales, de acuerdo con la edad.

Se debe insistir en que son reacciones normales en estos momentos, aunque no todos los niños las presentan. Esta información se debe acompañar de recomendaciones útiles sobre cómo afrontarlas. Es necesario informar a los niños mayores sobre los lugares donde se puede buscar apoyo, qué sitios son seguros y qué sitios no, de quién recibir ayuda, de quién no, etc.

El contenido y los métodos de trabajo deben estar en relación con la edad de los menores. Generalmente los niños mayores de cinco años son los que más se benefician de las actividades informativas.

En cuanto a las actividades de recuperación psicosocial, éstas deben también desarrollarse en el marco de las actividades cotidianas de los menores, idealmente, alrededor de la escuela y los albergues. Se deben aprovechar los espacios naturales de agrupación de los menores, como escuelas y locales comunitarios. Deben adaptarse a las necesidades específicas y del contexto.

Idealmente, esta parte del trabajo de grupo debe ser capacitado, apoyado y supervisado por profesionales de la salud mental.

Los objetivos generales son:

- Ofrecer acompañamiento y apoyo emocional a los menores y favorecer su recuperación en el corto plazo.
- Evaluar el progreso de los niños en su readaptación a la vida cotidiana.
- Identificar la existencia de signos de alarma en casos específicos, para realizar una derivación a atención individualizada.

Reglas básicas para las actividades grupales

- Estructurar una agenda de la reunión del grupo. Todas las actividades deben tener inicio (introducción), desarrollo y conclusión.

- El guía debe llevar un registro de los participantes (identidad y residencia), así como el referente a los padres o responsables para poder establecer contacto con ellos.
- Registrar el desarrollo de la actividad.
- No son simples actividades para la utilización del tiempo libre (recreativas), aunque deben ser atractivas y combinarse con el juego (títeres, dinámicas grupales, juegos de interpretar roles, mímica, etc).
- No reemplazan el tratamiento especializado de los niños que lo requieran.
- Deben adecuarse al contexto cultural y al grado de desarrollo de los niños.
- Facilitar la expresión espontánea de sentimientos y pensamientos de los niños. Aunque no debe forzarse la expresión de sentimientos ni la vivencia repetida de lo ocurrido.
- Se debe guardar y exigir confidencialidad y prudencia con lo manifestado en las actividades.
- No hay que llegar a conclusiones clínicas ni emitir juicios con los relatos de los niños, o con sus materiales: dibujos, juegos.

Esquema Taller para Preescolares (3 a 6 años)

Como a los niños muy pequeños les resulta difícil separarse de los padres, debemos integrar al menos a uno de los padres o cuidadores primarios en la actividad.

Lo ideal es programar actividades de pequeños grupos, que incluyan entre cinco y doce niños por sesión. En estas sesiones, se debe facilitar la expresión mediante actividades lúdicas (de juego) y expresivas (como moldeado con plastilina). Los dibujos, ampliamente utilizados en el trabajo con los menores, deben reservarse para niños más grandes que tengan un desarrollo grafo-motriz más elaborado.

Sesión 1: Relato de la experiencia

Objetivos:

- Informar y orientar acerca de lo sucedido según etapa del desarrollo cognitivo.
- Facilitar el relato de lo vivido en torno al desastre y los días posteriores, poniendo énfasis en la expresión de las pérdidas (hu-

manas, económicas, objetos preciados, seguridad, estabilidad, colegios).

Materiales: plastilina, lápices, papeles, juguetes con formas de niños y casas (madres, padres, casas, niños)

Actividades:

- Todos los niños con sus madres (o cuidadores) se presentan, que hable la madre/cuidador y deje hablar al niño lo que desee.
- Que cada niño cuente lo que sabe de lo sucedido (*si dice terremoto...¿Qué es un terremoto?...que le han dicho, ¿Qué significa tsunami, maremoto?, ¿que ha escuchado? ¿Qué le ha llamado la atención?*)
- Luego cada diada (cuidador- niño) juega, recrea, dibuja cómo el niño vivenció los sucesos y los días posteriores.
- Finalmente brevemente el adulto cuenta lo que hicieron y el guía modera e integra la información con lenguaje acorde a la edad de desarrollo (son útiles en esta edad las explicaciones que incluyan elementos de fantasía "la tierra necesita acomodarse")

Sesión 2: Expresión emocional

Objetivos:

Facilitar el reconocimiento de las distintas emociones, y su expresión en ambiente de escucha atenta, permitiéndolas y validándolas. Mostrar que los sentimientos de tristeza, miedo y rabia son esperables dada la situación.

Materiales: papeles con rostros expresando distintas emociones, papeles, lápices, juguetes de niños y casas.

Actividades:

- Cada madre/cuidador le muestra una hoja con una cara triste al niño y le pide que recree, cuente, juegue o dibuje algo que lo haga sentir triste del último tiempo. Madre/cuidador debe escuchar o jugar con él atentamente sin intentar reprimir la expresión emocional.
- Repetir la acción con las distintas emociones: miedo, rabia, alegría.
- Cierre grupal donde cada adulto cuenta a todos lo esencial de las emociones conversadas y el guía las valida cariñosamente.

Sesión 3: Lo perdido y lo ganado

Objetivos:

Integrar aquello que ha sucedido, incorporando los cambios en sus vidas, tanto negativos como positivos (con énfasis en éstos últimos).

Materiales: plastilina, lápices, papeles, juguetes con formas de niños y casas (madres, padres, casas, niños)

Actividades:

- Cada niño cuenta, juega, recrea o dibuja lo que hizo el día anterior (o un día corriente después del terremoto). Cosas de la vida cotidiana: en que casa vive, con quien duerme, con quién y qué toma de desayuno, si va o no al colegio, que hace el tiempo libre, etc).
- Luego, el cuidador lo ayuda a ir haciendo la diferencia con la vida cotidiana que llevaba antes del terremoto.
- Luego preguntar al niño (en dibujo, juego, relato verbal) qué cambios son negativos y cuáles son positivos. Poner énfasis y valorar lo que menciona como "ganancia". Si el niño no encuentra aspectos positivos, ayudarlo con cosas como "nos hemos acercado como familia", "la gente nos ha ayudado", "me doy cuenta que somos valientes"
- Cierre grupal donde cada adulto cuenta al grupo los aspectos positivos de lo que ha sucedido. El guía modera la información con optimismo y esperanza

Sesión 4: Mis aportes

Objetivos:

Lograr reconocer sus propios recursos y utilizarlos para su adaptación y contribuir a la comunidad en la que están insertos

Materiales: plastilina, lápices, papeles, juguetes con formas de niños y casas (madres, padres, casas, niños)

Actividades:

1. Cada niño cuenta, juega, recrea o dibuja que cosas ha hecho él (y la familia) para ayudar a otros que también fueron afectados por el terremoto/maremoto.
2. Luego fomentar que otras cosas se podrían

- hacer...si no se les ocurre pedir ayuda o sugerencias a los adultos.
3. Cada pareja (cuidador-niño) se compromete a realizar una actividad de apoyo a su familia y/o la comunidad.
 4. Cierre y despedida del taller.

Esquema Taller para Escolares (6 a 11 años).

En este grupo de edad se pueden utilizar el dibujo y otras formas de expresión gráfica, junto con el juego y la expresión verbal más concreta

Sesión 1: Relato de la experiencia

Objetivo:

- Informar y orientar de acuerdo a la etapa del desarrollo acerca de lo sucedido.
- Facilitar el relato de lo vivido en torno al desastre y los días posteriores, poniendo énfasis en la expresión de las pérdidas (humanas, económicas, objetos preciados, fotos, seguridad, estabilidad, colegio, etc)

Materiales: Hojas de dibujo, lápices de color.

Actividad:

1. Todos se deben presentar (nombre, edad, donde viven, con quienes viven, curso, etc), para que cada uno conozca los integrantes del grupo y este pueda cohesionarse a lo largo de las sesiones
2. Se invita a los miembros del grupo a que cuenten lo que entienden de lo sucedido. Que es lo que saben de los temblores, terremoto, maremoto, réplicas, etc. Luego se realiza una conclusión guiada por el facilitador en donde se informe y eduque claramente acerca de lo que son los distintos desastres naturales.
3. Luego a cada miembro se le invita a contar a través de un dibujo, o si no lo desean sólo a través de relato verbal, cómo vivenció los sucesos y los días posteriores al terremoto.
4. Cierre de la actividad

Sesión 2: Expresión de las emociones

Objetivo:

- Facilitar el reconocimiento de las distintas

emociones y su expresión en un ambiente de escucha atenta, permitiéndolas y validándolas.

- Mostrar que los sentimientos de tristeza, miedo, rabia, son esperables dada la situación.

Materiales: Hojas de dibujo, lápices de color.

Actividad:

1. Se invita a cada miembro a que dibuje:
 - Lo que le ha provocado más pena
 - Lo que le ha provocado más miedo
 - Lo que le ha provocado más rabiaPueden dibujar respecto a la emoción que los tenga más conmovidos, no necesariamente pena, miedo o rabia (como por ejemplo: culpa, alegría, ansiedad, angustia, etc).
2. Luego se forma círculo y el guía invita a que los miembros elijan un dibujo y lo cuenten, sin obligar a nadie. El resto del grupo escucha sin realizar juicios y sin reprimir la expresión de las emociones.
3. Cierre

Sesión 3: Lo perdido y lo ganado

Objetivo:

Integrar aquello que ha sucedido incorporando los cambios en sus vidas, tanto negativos como positivos, con énfasis en estos últimos

Materiales: Hojas de dibujo, lápices de color.

Actividad:

1. Que cada uno cuente que cosas de su vida cotidiana son distintas a como eran antes. Por ejemplo: si están viviendo en sus casas, si asisten a escuela, si la escuela cambió, dónde juegan, etc.
2. Que verbalicen y compartan con el resto del grupo los cambios que han sido más difíciles y dolorosos y cuales son las cosas que más le gustan de los nuevos cambios.
3. Que cada uno dibuje lo que ha ganado luego del desastre. Si hay algún niño que no logre identificar ningún aspecto positivo ayudarlo a identificarlo dando ejemplo (ayuda de la gente, la unión familiar, la solidaridad)
4. Cierre

Sesión 4: Mis aportes**Objetivo:**

Que logren reconocer sus propios recursos y utilizarlos para su adaptación y contribuir a la comunidad en la que están insertos (familias, escuela, parroquia, taller deportivo, etc)

Materiales: Hojas de dibujo, lápices de color.

Actividad:

1. Cada niño comparte con los otros qué cosas ha hecho él o su familia para ayudar a otros que también han sido afectados por el terremoto/maremoto
2. Dibuja como puedes ayudar tú en tu comunidad (familia, en tu colegio, con los amigos, etc)
3. Que escriba una actividad que se comprometa a realizar de apoyo a la comunidad
4. Cierre y despedida

Esquema Taller para Adolescentes (12 en adelante)

Las actividades para adolescentes deben aprovechar la tendencia grupal propia de esa edad. Idealmente, se debe trabajar con los compañeros de aula de clase o en los grupos naturales ya establecidos (grupos de amigos y del barrio, grupos deportivos, etc.), designando un tiempo específico y periódico.

La motivación es fundamental; se pueden identificar líderes del mismo grupo para motivarlos y darles responsabilidades dentro de las dinámicas.

En ocasiones, algunos adolescentes se muestran esquivos y evitan la participación en grupos. En estos casos, se recurre a actividades informativas y se buscan desde ahí sugerencias de incentivo desde ellos mismos.

Sesión 1: Relato de la experiencia**Objetivo:**

- Entregar información acerca del terremoto/maremoto en un lenguaje comprensible por los adolescentes, incluyendo algunas explicaciones técnicas al respecto
- Facilitar el relato de lo vivido en torno al

desastre y los días posteriores, poniendo énfasis en la expresión de las pérdidas (humanas, económicas, objetos preciados, fotos, seguridad, estabilidad, colegio, sueños, etc.).

Actividad:

1. Se debe realizar un encuadre donde se debe escuchar con atención y respeto el relato de los otros.
2. Todos se deben presentar (nombre, edad, donde viven, con quienes viven, curso, etc.), para que cada uno conozca los integrantes del grupo y éste pueda cohesionarse a lo largo de las sesiones.
3. Luego a cada miembro se le invita a contar a través de relato verbal como vivenció los sucesos y los días posteriores al terremoto.
4. El guía antes del cierre deberá aclarar la información distorsionada que puedan tener respecto a los terremotos, validar lo normal y agradecer la sinceridad y lo difícil que es relatar vivencias y sentimientos íntimos en grupo.
5. Cierre de la actividad

Sesión 2: Expresión de las emociones**Objetivo:**

- Facilitar el reconocimiento de las distintas emociones y su expresión en un ambiente de escucha atenta, permitiéndolas y validándolas.
- Mostrar que los sentimientos de tristeza, miedo, rabia son esperables dada la situación

Actividad:

1. Se debe realizar previamente un encuadre de la situación, pidiendo respeto cuando uno de los miembros hable, respetar cuando alguno de los miembros, no quiera o no pueda relatar la experiencia.
2. Preguntar ¿Qué has sentido durante y después de la experiencia, por ejemplo qué cosas de lo sucedido te han producido miedo, angustia, pena, rabia o vergüenza? Si algo lo ha conmovido (no necesariamente pena, miedo o rabia, puede ser por ejemplo: culpa, alegría, ansiedad, angustia, etc) permitir la libre expresión de las emo-

ciones, validando la expresión sana. El resto del grupo escucha sin realizar juicios y sin reprimir la expresión de las emociones. En caso que alguno de los miembros comience a llorar hay que escucharlo atentamente hasta que logre desahogarse, en ese momento no interrumpirlo ni hacerle más preguntas, tolerar el silencio, sólo preguntarle si quiere seguir hablando de ello. Es necesario agradecer la sinceridad y volver a validar la expresión emocional

3. Cierre

Sesión 3: Lo perdido y lo ganado

Objetivo:

Integrar aquello que ha sucedido incorporando los cambios en sus vidas, tanto negativos como positivos, con énfasis en estos últimos

Actividad:

1. Que cada uno cuente que cosas de su vida cotidiana son distintas a como eran antes. Por ejemplo: si están viviendo en sus casas, si asisten a escuela, si la escuela cambió, dónde juegan, etc.
2. Que verbalicen y compartan con el resto del grupo los cambios que han sido más difíciles y dolorosos y cuales son las cosas que más le gustan de los nuevos cambios.
3. Que cada uno piense unos minutos y relate lo que ha ganado luego del desastre. Si hay algún adolescente que no logre identificar ningún aspecto positivo ayudarlo a identificarlo dando ejemplo (ayuda de la gente, la unión familiar, la solidaridad). En este caso es importante favorecer la expresión emocional que puede ser un aspecto que difículte lograr el objetivo de esta actividad.
4. Cierre

Sesión 4: Mis aportes

Objetivo:

Que logren reconocer sus propios recursos y utilizarlos para su adaptación y contribuir a la comunidad en la que están insertos (familias, escuela, parroquia, taller deportivo, etc)

Actividad:

1. Cada adolescente comparte con los otros que cosas ha hecho él o su familia para

ayudar a otros que también han sido afectados por el terremoto/maremoto.

2. Relato verbal de cómo cada uno puede ayudar a la comunidad (familia, colegio, amigos, país, etc)
3. Que cada uno se comprometa a realizar una actividad de apoyo a la comunidad.
4. Exponer con lo el grupo de qué manera podrían estar ellos preparados para un evento similar en el futuro. Escribir y escuchar estrategias de los otros.
5. Cierre

Recomendaciones generales para el trabajo de grupos con padres y profesores

La información a los niños debe ser complementada con reuniones paralelas dirigidas a los cuidadores. Son, también, actividades de orientación, información y anticipación.

Las explicaciones deben ser precisas, concretas, breves, gráficas y sin vocabulario técnico o muy elaborado. Es necesario abordar los cambios que ellos pueden esperar en la conducta de sus hijos o alumnos como reacción normal ante el desastre.

Se recomienda que se fomente la participación activa de los padres y se invite a compartir información acerca de cómo creen que reaccionan los niños y lo que han notado en sus propios hijos/alumnos.

Se debe hacer énfasis en la necesidad de comprensión, tolerancia y apoyo.

Las siguientes recomendaciones para los **padres** pueden ser compartidas y trabajadas en el seno de estas reuniones:

1. Disponga de tiempo y paciencia para su hijo. Recuerde que él lo necesita
2. En estos momentos, más que a ninguna otra persona. Esté siempre dispuesto a oírle con atención.
3. Trátele y escúchelo con cariño, dígame cuánto lo quiere y lo importante que él es para usted. Las manifestaciones de afecto fortalecen la seguridad.
4. Hable con su hijo, sin mentirle pero sin exagerar.

5. Trate de explicarle lo que pasó en términos que él pueda entender.
6. Permítale expresar sus sentimientos, en especial, el miedo y el llanto. Acójalo y abrácelo.
7. No se moleste si su hijo o hija quiere estar más tiempo con usted o si protesta cuando intentan separarlo. Permita que esté con usted demostrándole cariño, esto le dará seguridad.
8. Cuando tenga que separarse, prepárelo siempre con antelación, explicándole a dónde va y cuándo va a regresar. Asegúrese de dejarlo con alguien conocido.
9. En principio, no se alarme por los cambios de conducta, usualmente
 - a. son normales ante una situación excesivamente impactante.
 - i. Sólo si esas conductas no van desapareciendo con el paso del tiempo, si muestra muchos problemas en la escuela o si sigue muy triste o callado, busque ayuda psicológica.
 - ii. Si tiene dudas al respecto o si desea orientación de cómo manejar la situación, busque asesoría en los servicios sociales de la comunidad (servicio de salud, escuelas, etc.).
10. Es muy importante tratar de estructurar lo más pronto posible la vida familiar, lo más parecida posible a como era antes del desastre.
11. Tan pronto como sea posible, permita y favorezca que su hijo vuelva a la escuela. Establezca contacto personal con los maestros.
12. Procure no transmitir sus propios temores y ansiedad a sus hijos. Analice si usted mismo necesita ayuda y búsquela.

El contacto con los padres no solamente es importante para orientarlos en su trato con los hijos, sino para coordinar acciones y, además, para explorar la posibilidad de riesgos para los niños en el ámbito familiar, que hayan podido surgir o agravarse (como, por ejemplo, abandono afectivo, maltrato, etc.).

Resulta útil entregar información escrita con recomendaciones y la información acerca de los síntomas de alarma.

En el caso de los profesores, estos son por definición, agentes psicopedagógicos familiarizados con el desarrollo de los niños y los patrones de normalidad. Usualmente, su vocación, formación y experiencia los han dotado de una gran capacidad de comprensión y habilidades no solamente pedagógicas, sino también, aquéllas que facilitan la relación y la comunicación con los menores.

Sus competencias son fundamentales para brindar apoyo emocional a los alumnos y para detectar posibles signos de falta de recuperación o de complicaciones.

Los maestros pueden tener dificultades para enfrentar nuevamente el trabajo con sus alumnos luego de una situación catastrófica. A veces, se sienten abrumados por la responsabilidad que tienen con los niños gravemente impactados y pueden tener dudas acerca de cómo enfrentarlos.

Las actividades con ellos pretenden fomentar su participación y responder a interrogantes sobre las estrategias de atención a los menores. Lo más común es que las actividades informativas a los maestros deriven o se conviertan, en el corto plazo, en procesos de capacitación, los cuales deben ser apoyados por los equipos de salud mental.

Los objetivos generales son:

- Orientar y ofrecer información sobre el desastre.
- Explicar los riesgos psicosociales existentes y las reacciones emocionales esperadas en los menores.
- Reducir la aflicción y confusión en los menores y sus padres.

Esquema Taller para padres y cuidadores

Sesión 1: Como Contener a niños y adolescentes

Objetivos:

- Reconocer el propio estado emocional y las reacciones personales frente al desastre.
- Favorecer y acoger las emociones de niños y adolescentes
- Aprender a reconocer respuestas esperables y manejarlas apropiadamente

Materiales: anexos 1 y 2

Actividades:

1. Presentación de los participantes y del guía
2. Explicación del modo de funcionamiento del taller (horario, lugar, duración)
3. Abrir el tema preguntando al grupo por :
 - a. ¿Cómo se han sentido con lo sucedido?
 - b. ¿Cómo se sienten ellos y cómo valoran sus respuestas emocionales?
 - c. ¿Qué es lo que han observado de reacción posterior al terremoto/maremoto en los hijos/alumnos?
4. Conversar y discutir acerca de las reacciones esperables a las distintas edades de los hijos/alumnos y las acciones a seguir. Para esto se entregara material impreso
5. El guía aclarara las dudas que surjan, desde las experiencias de cada uno.

Sesión 2: Cuando derivar

Objetivos:

Reconocer signos en los niños y adolescentes que hagan sospechar de un mayor riesgo de evolución a trastornos psicológicos, de modo de derivar de forma oportuna a tratamiento individual.

Materiales: anexo 3

Actividades:

1. Conversar y discutir acerca de las reacciones que se escapan de lo esperable, los riesgos que tienen y la forma de recibir atención profesional.
2. El guía hace un cierre informando sobre las personas o lugares a los cuales se pueden dirigir en caso de nuevas dudas.

Sesión 3: Qué aprendimos de esta experiencia

Objetivos:

Reconocer las conductas resilientes e incorporar medidas prácticas de sobrevivencia en un país sísmico como Chile.

Actividades:

1. Conversar y discutir acerca de lo aprendido en esta experiencia.
 - a. ¿cuán preparados estábamos?
 - b. ¿Qué podría haber hecho distinto?
 - c. ¿cómo estar mejor preparado para un futuro evento?
2. Guía reúne conclusiones de lo conversado: el saber cómo actuar frente a situaciones catastróficas disminuye la angustia.
3. Realizar entre todos un “Decálogo de lo que se debe hacer en un futuro evento” desarrollado por ellos mismos. Hacer énfasis en los recursos personales y comunitarios.
4. Cierre.



Anexo 1: Reacciones Esperables

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación • Gritos y llanto frecuentes • Apego exagerado a los padres (no toleran separarse). • No se duermen o se despiertan frecuentemente. • Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es difícil tranquilizarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño. • Pérdida de apetito • Apego excesivo a los padres • Apatía. • Conductas regresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño. • Aumenta la tolerancia a la separación física. • Llanto injustificado.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud. • Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta regresiva: se orinan en la cama, hablan a media lengua, se chupan el dedo. • No toleran estar solos. • Pérdida o aumento del apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la escuela o la guardería. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Se niegan a comer o comen en exceso.

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
3 a 5 años (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación espacial (no reconocen dónde están). • Alteraciones del sueño: insomnio, se despiertan angustiados, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño • Pérdida del habla o tartamudeo. • Miedos específicos: a seres o situaciones reales (animales u oscuridad), o fantásticas (brujas, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegan repetidamente al suceso traumático.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento: pasividad. • Agresividad, irritabilidad. • Confusión (se ven perplejos) y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.). • Llanto frecuente. • Conductas regresivas. • Problemas del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo injustificado. • Dificultad para permanecer quietos. • Dificultad para centrar la atención. • Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. • Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración en la escuela. • Rechazan ir a la escuela. • Sienten culpa o suponen que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo. • Parecen retraídos o tímidos. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión y desorientación. • Rechazo a hablar y aislamiento. • Parecen ausentes o distraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito. • Pérdida de sueño. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Pérdida de interés por las actividades comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rebelión contra la familia o la autoridad en general. • Problemas de comportamiento. • Huida de la casa • Rechazo a la escuela.

Reacciones en el aula (escuela) (6)

Grupo escolar	Reacción esperada en el aula
Preescolares (menores de cinco años)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a ir o quedarse en la guardería o escuela. • Rechazo a seguir las instrucciones o las actividades del aula. • Cambio importante del comportamiento comparado con el anterior al suceso: pasividad, aislamiento o pataletas, agresividad o presencia de conductas ya superadas (regresivas), como chuparse el dedo, falta de control de esfínteres, hablar a media lengua, etc.
Escolares de primaria (5 a 11 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la atención y la concentración. • Hiperactividad • Parecen ausentes (responden poco y lentamente). • Inquietud • Rechazo a la escuela. • Dificultades de memoria que interfieren con el aprendizaje.
Escolares de secundaria (12 a 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a retomar las actividades escolares. • Ausentismo escolar • Hiperactividad • Irritabilidad • Fallas en atención y concentración. • Cambios acentuados en la personalidad: aislamiento, gran timidez. • Cambio en el comportamiento.

Anexo 2:

RECOMENDACIONES FRENTE A LAS REACCIONES ESPERABLES

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Trastornos de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilicelos. • Firmeza sobre la hora de dormir • Acompáñelo un rato. • Luz tenue prendida • Acuda si se despierta por completo y asustado (pesadilla), tranquilicelo; si lo recuerda al día siguiente, hablen de la causa del temor. Si no se despierta por completo (temor), no lo despierte, pues no lo recordará al día siguiente. 	<p>Detecte el problema (por ejemplo, si observa que el niño está excesivamente cansado).</p>
Apego excesivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilicelo. • Permitale la cercanía física y consiéntalo. • Prepare al niño cuando haya separación: a dónde va, cuándo regresa. Asegúrele compañía. 	<p>Permita la presencia de los padres en el aula, por un tiempo, disminuyendo este tiempo poco a poco.</p>

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evite el castigo o la burla. • Cambie las ropas y tranquilícelo. • Limitación de líquidos en la noche • Llévelo al baño antes de dormir y en el curso de la noche. • Resalte satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.) • Luz tenue prendida 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita la burla o el rechazo de compañeras. • Reinicie la actividad escolar lo más pronto posible.
Otras conductas regresivas	<ul style="list-style-type: none"> • No lo castigue (ignórelas). • Distráigalo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distráigalo. • Ignórelas.
Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Busque la rápida reinserción escolar. • No lo castigue por las deficiencias, pero sí prémíelo por cualquier adelanto. • Busque normalizar la vida en el hogar. • Manténgase firme sobre un horario racional para estudiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápida reinserción escolar • Presencia parcial de padres (con los más pequeños) • Apoyo especial cuando baja el rendimiento; ponga al niño en primera fila, atención individual al final del día, etc. • Fomente la participación. • Recompense los logros. • Impida la discriminación.
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelos. • No les trasmita la ansiedad de los adultos. • Explicaciones claras y sinceras sobre la situación pasada y la presente (evite hacer presunciones sobre el futuro incierto). • Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.). • Paulatino enfrentamiento a situaciones de temor, acompañamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que la ansiedad interfiere con la atención y concentración y ocasiona inquietud. • Recompense las conductas positivas: permanecer en su pupitre, obedecer instrucciones, etc. • Periódicamente, haga con el niño un balance de los logros (reconocimiento y refuerzo de lo positivo) e ignore las conductas negativas.
Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dé ejemplo de control. • No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutra (sin disminución del afecto). • Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita conductas agresivas. • Declare la tregua. • Explique qué conducta se desea y espera. • Recompense los logros. • Castigue con la indiferencia.

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Agresividad (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en sitio supervisado por corto tiempo, "hasta que te puedas controlar". • Hágale saber qué tipo de conducta se desea y espera de su parte. • Fomente la canalización del exceso de energía, ansiedad e ira con estrategias no dañinas. • Recompense los logros alcanzados en el autocontrol (abrazos, estampitas, calcomanías, etc.). 	
Rebeldeía Hostilidad Temeridad	<ul style="list-style-type: none"> • Paciencia • Firmeza y oposición a conductas inaceptables. • Ambiente familiar con normas claras • Fomente la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de conducta • Posibilidad de ayuda externa a la familia
Dolores y quejas somáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Descarte una afección orgánica; si es necesario, consulta a un servicio de salud. • Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas. • No permita la manipulación a través de los síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avisele a los padres y facilite la ayuda médica.
Duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Permita que el niño perciba su propia tristeza. • Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar. • Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas. • No oculte la realidad. • No fomente la negación, hable de las pérdidas señalando su carácter definitivo, a pesar de lo cual es necesario "seguir adelante" y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo cual incluye las actividades sociales conjuntas e individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe a los compañeros cuando el alumno se incorpore a las clases. Explíqueles brevemente las reacciones normales que presentará. • Dé apoyo emocional • Facilite espacios para hablar de manera individual, pero no permita que se centre la atención en el niño. • Promueva su participación en actividades regulares educativas y recreativas. • Vigile la evolución y detecte signos de alarma (tristeza que se acentúa, ideas de muerte, de suicidio, etc.).

....

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Duelo (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos en caso de muerte, etc.). • Contrarreste la ira y culpa posibles, explicando las circunstancias reales de la pérdida (o la muerte). • Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establezca contacto con los padres y coordine acciones.

Anexo 3:
SIGNOS DE ALARMA

Grupo de edad	Signos psicológicos de alarma	Signos fisiológicos de alarma	Signos de alarma en el contexto escolar
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del apetito o rechazo persistente de la comida. • Permanece mudo; excesiva pasividad o silencio. • Excesiva inquietud • Desconocimiento, rechazo o evitación de la madre. • Evitación del contacto visual. • Autoestimulación, balanceo o giro permanente de la cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida significativa de peso. • Vómitos, náuseas y rechazo al alimento de manera persistente. 	

Grupo de edad	Signos psicológicos de alarma	Signos fisiológicos de alarma	Signos de alarma en el contexto escolar
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al contacto. • Autoagresión • Aislamiento • Permanente silencio. • Manifestación de deseos de morir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autolesiones • Pérdida significativa de peso o sin ganancia de peso para la edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo total a la escuela. • Autoestimulación o balanceo permanentes. • Pérdida de la comunicación (no habla ni intenta comunicarse de otra forma).
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deseos de huir de la casa o morir. • Aislamiento y tristeza persistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso significativa. • Quejas somáticas frecuentes, se enferma todo el tiempo. • Presencia de lesiones autoinflingidas, como morderse, golpearse, arrancarse el pelo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo total a la escuela. • Crisis grave de ansiedad (pánico) al estar en la escuela. • Desorientación (no sabe dónde está, no reconoce a las personas). • Pérdida de contacto con la realidad.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deseos de huir de la casa o morir. • Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Presencia de conductas antisociales como robo, hurto, riñas graves, etc. • Comportamiento sexual promiscuo o perverso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso significativa. • Evidencia de intoxicación con sustancias psicoactivas o alcohol. • Intento de suicidio. • Sintomatología somática persistente: diarrea, constipación, dolor epigástrico, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestación de deseos de morir o matarse. • Agresividad grave contra otros o contra sí mismo (autolesionarse o intentos de suicidio). • Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

BIBLIOGRAFIA

Adaptado de:
Casas Nieto G. Atención psicosocial a la Infancia y Adolescencia. En: Rodríguez J, Zac-

carelli Davoli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. OPS/OMS Washington, DC. 2006. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres).

REUNIONES Y CONGRESOS

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 21, N° 1, Noviembre 2010

Reuniones y Congresos

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

57th Annual Meeting of the American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry (AACAP)

26 al 31 de octubre de 2010- New York, NY, United States

Más Información:

Contacto: AACAP, 3615 Wisconsin Avenue, N.W., Washington, D.C. 20016-3007, USA

E-mail: meetings@aacap.org

Tel.: +(202) 966.7300

Fax: +(202) 966.2891

XLIX Congreso Chileno de Pediatría

Fecha: 28 al 31 de Octubre de 2010

Lugar: Pucón

Informaciones: Sociedad Chilena de Pediatría

Fonos: 237 1598 - 237 9757, Fax: (56-2) 238 0046.

e-mail: congresopediatria@sochipe.cl

XXX Congreso Argentino de Neurología Infantil

Fecha: 4 al 6 de noviembre de 2010

Lugar: Auditorio Gianantonio de la Sociedad Argentina de Pediatría - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Página web: www.sani.org.ar

LXV Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fecha: 11 al 13 de Noviembre de 2010

Lugar: Coquimbo

Informaciones: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fonos: 2342460 / 2329347 / 3354437.





GRUPOS DE ESTUDIO

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 21, N° 1, Noviembre 2010

Grupos de Estudio

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, Erasmo Escala 2220 (entre Cumming y Maturana) Metro República.

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

Se reúnen los últimos miércoles de cada mes a las 13.45 hrs.

GRUPO DE ESTUDIO TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PEDIATRIA

Se reúnen el primer Miércoles del mes, en las oficinas de MGM ubicadas en Avda. Los Leones 1366, de 12:30 a 13.30 hrs.

GRUPO DE ESTUDIO ADOLESCENCIA Y ADICCIONES

Se reúnen el último Miércoles de cada mes, en Manquehue Norte 1407, Vitacura a las 20.30 hrs.



NOTICIAS

Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. Volumen 21, N° 1, Noviembre 2010

Noticias

Informamos que a partir del segundo semestre de este año ha cambiado el Comité Editorial quedando estructurado de la siguiente forma:

Editor: Dr. Ricardo García S.

Editora Asociada Psiquiatría: Dra. Muriel Halpern G.

Editora Asociada Neurología: Dra. Isabel López S.

Past-Editor: Dra. Freya Fernández K.

Asistentes Editora Psiquiatría: Dra. Marcela Abufhele M., Dr. Matías Irrarrázaval D.

Asistentes Editora Neurología: Dr. Juan Francisco Cabello A., Dra. Patricia Parra V.

Asesoras Resúmenes en Inglés Dra. M. Angeles Avaria, Dra. Viviana Herskovic M.

SOPNIA cuenta con dos e-mails el oficial que se ha cambiado por sopnia@tie.cl y el alternativo sopniasoc@gmail.com

El **XXVIX Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia**, se realizará entre los días 12 y 15 de Octubre de 2011, en el Centro de Convenciones del Hotel de la Bahía, en la ciudad de Coquimbo. La Presidenta del Congreso es la Dra. Keryma Acevedo G., los Coordinadores de los Comités de Neurología y Psiquiatría son la Dra. Carolina Alvarez y el Dr. Alfonso Correa respectivamente.

Sitios de Interés a través de páginas web:

Sociedades

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

Sociedad Chilena de Pediatría: www.sochipe.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica: www.sociedadchilenadepsicologiaclinica.cl

Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología: www.sonepsyn.cl

Sociedad Chilena de Salud Mental: www.schillesaludmental.cl

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

Academia Americana de Neurología (sección Pediátrica): <http://www.aan.com/go/about/sections/child>

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

Sociedad Europea de Neurología Pediátrica: www.epns.info

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

Revistas

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia www.sopnia.com/boletin.php

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

Revista Pediatría Electrónica: www.revistapediatria.cl

Child and Adolescent Psychiatry (inglés): www.jaacap.com

Child and Adolescent Clinics of North America (inglés): www.childpsych.theclinics.com

European Child & Adolescent Psychiatry (inglés): [www.springerlink.com/content/101490/Development and Psychopathology](http://www.springerlink.com/content/101490/Development%20and%20Psychopathology) (inglés): <http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP>

Seminars in Pediatric Neurology (inglés) <http://www.sciencedirect.com/science/journal/10719091>

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

Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com

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

Sitios recomendados en Psiquiatría

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

Conflictos de interés (inglés) www.aacap.org/cs/root/physicians_and_allied_professionals/guidelines_on_conflict_of_interest_for_child_and_adolescent_psychiatrists

Autismo (inglés): www.autismresearchcentre.com

Suicidalidad (inglés): www.afsp.org

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

Sitios recomendados en Neurología

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

Otros sitios recomendados para residentes

Temas y clases de neurología <http://sites.google.com/a/neuropedhrrio.org/docencia-pregrado-medicina/>

Artículos seleccionados del BMJ: www.bmj.com/cgi/collection/child_and_adolescent_psychiatry

Sitios recomendados para pacientes

Recursos generales (inglés): www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia www.aacap.org/cs/resource_centers

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

Salud Mental

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

Chile Crece Contigo: www.crececontigo.cl

CONACE: www.conace.cl

Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008 http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile-2008&catid=74:noticias&Itemid=559

OMS

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

Instrucciones a los Autores

(Actualizado en Octubre 2009)

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

Se enviará el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl – sopniasoc@gmail.com. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico.

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

El envío del trabajo se considerará evidencia de que ni el artículo 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. Todos los trabajos originales serán sometidos a revisión por pares. Los trabajos rechazados no serán devueltos al autor.

Estilo

Los trabajos deben escribirse en castellano

correcto, sin usar modismos locales o términos en otros idiomas a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo, o al pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas 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 donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a 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 princi-

pales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Contaran con la siguiente estructura

a. Introducción

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

b. Método

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

Selección y descripción de participantes

Se describirá claramente los criterios de selección de pacientes, controles o animales experimentales, incluyendo criterios de elegibilidad y de exclusión y una descripción de la población en que se toma la muestra. Se incluirá explicaciones claras acerca de cómo y por qué el estudio fue formulado de un modo particular.

Información técnica

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

c. Estadísticas

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

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

d. Resultados

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

e. Discusión

Siguiendo la secuencia de los resultados se discutirán en función del conocimiento vigente se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan relacionándolos con los objetivos iniciales. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las 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.

f. 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 abreviations, 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 país, el año de publicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA).

Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Editorial Universitaria; Santiago, Chile,1998:96-106.

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

g. Tablas

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto.

Las tablas se presentarán 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).

h. Ilustraciones

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

i. Abreviaciones y símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su

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

5. Revisión de Temas

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

6. Casos Clínicos

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

7. Contribuciones

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

8. Cartas al Director

Espacio abierto, en que los socios puedan plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. En archivos electrónicos deben anexar-

se 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.

10. Publicaciones duplicadas

Podrán publicarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas. Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

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).



