

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

ISSN-0718-3798
Versión impresa



Indexada en LILACS / Volumen 23, Nº 3, Diciembre 2012

Editorial

Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes: ¿cuánto hemos avanzado?

Psychiatric Epidemiology in children and adolescents: how much progress have we achieved?

Trabajos Originales

- Evaluación de síntomas ansiosos y etnicidad en población escolar de la comuna de San Pedro de Atacama.
Assessment of anxiety symptoms and ethnicity in students from the district of San Pedro de Atacama
- Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia.
Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder during Adolescence

Casos Clínicos

- Síndrome de Williams: Características clínicas de tres casos.
Williams Syndrome: Clinical characteristics of three cases.

Revisiones de Temas

- Terapia de Remediación Cognitiva para Anorexia Nervosa.
Cognitive Remediation Therapy in Anorexia Nervosa
- Actualización en intervenciones psicoterapéuticas en el Trastorno Bipolar de niños y adolescentes
An Update on psychotherapeutic interventions in Bipolar Disorders in children and adolescents

Contribuciones

- Violencia y Delincuencia Infanto-Juvenil: Reflexiones acerca de un importante desafío para la Salud.
Children and youth violence and crime: Reflections on a major Health challenge

Comentarios de libros

- Neurología Pediátrica. Perla David, Jorge Förster, Marcelo Devilat, Marcelo Díaz. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2012.

- Reuniones y Congresos / Grupos de Estudios
- Noticias / Cartas al Director



REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ISSN-0718-3798
Versión impresa

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

Volumen 23 - Nº 3 - Diciembre 2012

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PERIODO 2012 - 2013

DRA. ALICIA ESPINOZA ABARZUA

Presidenta

DRA. VIVIANA VENEGAS SILVA

Vice-Presidenta

PSG. GLORIA VALENZUELA BLANCO

Secretaria

DRA. KERYMA ACEVEDO GALLINATO

Tesorera

DRA. DOLLY FIGUEROA ELLINGER

DRA. MARCELA CONCHA CACERES

DR. JUAN FRANCISCO CABELLO ANDRADE

DR. JUAN ENRIQUE GONZALEZ GASTELLU

Directores

DRA. MARITZA CARVAJAL GAME

Past-President

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo

Presidenta

Dra. Daniela Zalaquett

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 NEUROLOGÍA 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

DR. MATIAS IRARRAZAVAL D.
 Asistente Editora Psiquiatría

DRA. XIMENA VARELA / DR. JUAN FRANCISCO CABELLO A.
 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 Las Condes

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

Comité Editorial Internacional

<i>Neurología</i>	Dr. Jaime Campos	Hosp. Clín. de San Carlos, Madrid, España
	Dra. Patricia Campos	Universidad Cayetano Heredia, Perú
	Dra. Lilian Czornyj	Hospital de Niños Garrahan, Argentina
	Dr. Philip Evrard	Clinique Saint-Joseph, Francia
	Dr. Agustín Legido	Univ. de Philadelphia, Estados Unidos
	Dr. Jorge Malagón	Academia Mexicana de Neurol., México
	Dr. Joaquín Peña	Hosp. Clínico La Trinidad, Venezuela
<i>Psiquiatría</i>	Dra. Susan Bradley	Universidad de Toronto, Canadá
	Dr. Pablo Davanzo	Univ. de California UCLA, Estados Unidos
	Dr. Gonzalo Morandé	Hospital Niño Jesús, España
	Dr. Francisco de la Peña	Univ. Nacional Autónoma de México
	Dr. Daniel Pilowski	Universidad de Columbia, Estados Unidos

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 / Cel.: 9799 5964

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.

Editorial

- Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes: ¿cuánto hemos avanzado?
 Psychiatric Epidemiology in children and adolescents: how much progress have we achieved?
Dra. Flora de la Barra MacDonald 153

Trabajos Originales

- Evaluación de síntomas ansiosos y etnicidad en población escolar de la comuna de San Pedro de Atacama.
 Assessment of anxiety symptoms and ethnicity in students from the district of San Pedro de Atacama.
Dra. Elsa Peralta, Dra. Marcela Larraguibel 157
- Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia.
 Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder during Adolescence.
Dra. Camila Besio, Dra. Vania Martínez, Dra. Adela Montero 163

Casos Clínicos

- Síndrome de Williams: Características clínicas de tres casos.
 Williams Syndrome: Clinical characteristics of three cases.
Dra. Javiera Tello, Dra. María Antonia Mena, Dra. María Verónica Julio, Dra. Perla David 171

Revisiones de Temas

- Terapia de Remediación Cognitiva para Anorexia Nervosa.
 Cognitive Remediation Therapy in Anorexia Nervosa.
Dra. Tatiana Escobar-Koch 177
- Actualización en intervenciones psicoterapéuticas en el Trastorno Bipolar de niños y adolescentes.
 An Update on psychotherapeutic interventions in Bipolar Disorders in children and adolescents.
Psic. Cristian Yáñez, Psic. María Elena Montt 190

Contribuciones

- Violencia y Delincuencia Infanto-Juvenil: Reflexiones acerca de un importante desafío para la Salud.
 Children and Youth Violence and Crime: Reflections on a major Health challenge.
Dr. Luis Dueñas, Sr. Lucio Chávez 200

Comentarios de libros

- Neurología Pediátrica.
Perla David, Jorge Förster, Marcelo Devilat, Marcelo Díaz. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2012 207

- Reuniones y Congresos** 208

- Grupos de Estudios** 210

- Noticias** 211

- Cartas al Director** 214

- Instrucciones a los Autores** 217

Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes: ¿cuánto hemos avanzado?

Psychiatric Epidemiology in Children and Adolescents, how much progress have we achieved?

Dra. Flora de la Barra MacDonald¹

El comienzo de la Epidemiología Psiquiátrica como disciplina se puede situar en 1971 con la publicación del Estudio de la Isla de Wight realizado por Rutter y cols. En tanto en Estados Unidos, cinco estudios comunitarios ECA en adultos con trastornos psiquiátricos, mostraban que sus síntomas habían comenzado a edades tempranas. Posteriormente, el Estudio Nacional de Replicación de Comorbilidad confirmó estas observaciones, entregando datos más precisos sobre edades de comienzo (1, 2).

Sin embargo, los esfuerzos para compilar datos de prevalencia en niños y adolescentes son escasos y las necesidades de salud mental de los niños no han sido satisfechas, ni siquiera en países de altos niveles de ingreso. Además, la investigación en estos grupos etáreos está gravemente desfinanciada (3-5).

Otros grupos de estudios también han entregado valiosa información (p.ej. el grupo de Dunedin, Nueva Zelanda) proponiéndose seguimientos longitudinales de cohortes desde los años 60 hasta la actualidad. Han reportado dos grupos de trastornos: aquellos en que la mayoría de los casos comienzan en la niñez, separados de otro grupo en la adolescencia. A partir de estas investigaciones longitudinales, se desarrolla la llamada epidemiología evolutiva unificando contribuciones de múltiples campos, incluyendo la biología y la ciencia del desarrollo. Estudia los orígenes y curso de los patrones individuales de adaptación y desadaptación, así como los cambios en el tiempo y los factores de riesgo y protectores que contribuyen a determinar las distintas evoluciones (6,7). Estos seguimientos permitieron mostrar el efecto de factores de riesgo psicosociales tempranos para enfermedades médicas crónicas de la edad adulta y problemas biológicos y psicosociales tempranos que contribuyen al posterior desarrollo de trastornos psiquiátricos (8,9).

La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos psiquiátricos de comienzo en la niñez deben ser motivo de preocupación para la salud pública y enfatiza que para desarrollar políticas de salud mental infantojuvenil (SMIJ), el primer paso es recolectar información. En cuanto a las prioridades de investigación en SMIJ, señala en primer lugar la epidemiología. En 2005, desarrolló el proyecto Atlas de Recursos en SMIJ, el cual confirmó la escasez de datos epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, especialmente en el mundo en desarrollo (9).

¹ Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Profesor Adjunto, Depto. Salud Mental Oriente, Universidad de Chile. Depto. Psiquiatría, Clínica Las Condes. Correspondencia a Dra. Flora de la Barra, Lo Fontecilla 441, Las Condes, Santiago de Chile.

La epidemiología contribuye con información básica, herramientas de medición y diseños de investigación para diversas intervenciones (10), entre ellas: conocer los procesos del desarrollo que aumentan el riesgo de aparición de algunos trastornos psiquiátricos específicos de comienzo temprano; implementar programas de tamizaje e intervención en esos momentos; crear ambientes en que los niños, incluso los genéticamente vulnerables sean menos expuestos a factores de riesgo o protegidos de sus efectos; efectuar intervenciones tempranas para prevenir o reducir la discapacidad a largo plazo.

Respecto de tratamientos, la epidemiología busca realizar ensayos clínicos multi-sitio complejos. Las intervenciones efectivas probadas con estos métodos pueden reducir la carga de los trastornos psiquiátricos en el individuo y su familia, reduciendo además el costo para la comunidad y los sistemas de salud.

Para analizar los estudios destinados a medir la magnitud de los problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos debemos revisar la metodología: instrumentos utilizados (estandarizados vs. clínicos, dimensionales vs. categoriales); tamaño y tipo de muestras (clínicas o comunitarias); tipo de estudio (transversal o longitudinal) y su significación estadística en los resultados. En los últimos años tanto el número como la rigurosidad de las investigaciones epidemiológicas han tenido un importante progreso (11).

Se cuenta con estudios de diagnósticos psiquiátricos en niños y adolescentes a nivel nacional en Gran Bretaña, Israel, Yemen y Puerto Rico, en varias ciudades de EE.UU de América, Rusia, Bangla Desh y Noruega. En 2009 en EE.UU, comienzan a publicarse los resultados del primer estudio nacional de prevalencia de Trastornos psiquiátricos en adolescentes, que continúa entregando valiosos resultados hasta la actualidad (12, 13). Otra investigación norteamericana es el estudio de Great Smoky Mountains en Carolina del Norte que entrega valiosa información longitudinal (14).

En Latinoamérica se han publicado 3 investigaciones en Brasil y una en Ciudad de México utilizando diagnósticos categoriales y otras con medidas dimensionales en Uruguay, Venezuela y Colombia.

En Chile, tenemos varios estudios en poblaciones clínicas, utilizando diagnósticos clínicos y uno en población escolar, que utilizó medidas dimensionales en forma longitudinal, identificando conductas predictoras al comienzo de la escolaridad básica (15) y una entrevista clínica para diagnosticar trastornos psiquiátricos en 6° básico (16). Existe también una investigación que informa medidas dimensionales en una muestra de preescolares (17) y un estudio de calidad de vida autoreportado en adolescentes (18).

A partir de 2010, se están publicando los resultados del primer estudio comunitario de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en cuatro provincias, con metodología e instrumentos que permiten analizarlo en comparación con otros países y obtener información relevante para los programas de salud mental (19-23).

Si analizamos en conjunto la información, podemos concluir que en nuestro país los estudios muestran prevalencias preocupantes de problemas de salud

mental y de trastornos psiquiátricos. Conocemos algunos factores de riesgo y las brechas en la atención.

Como conclusión, partiendo de lo que ya sabemos, tenemos que desarrollar nuevas investigaciones para llegar a conocer porqué nuestros niños y adolescentes sufren tanta psicopatología,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burke K C, Burke J D, Regier D A, et al. Age at onset of selected mental disorders in 5 community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-8.
2. Kessler R C, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
3. Leckman J, Leventhal B. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *J. Child Psychol. Psychiat.* 2008; 49 (3): 221-5.
4. Patel V, Fischer A, Hetrick S, et al. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
5. Costello E J. Preventing child and adolescent mental illness: the size of the task. In *Reducing risks child and adolescent mental disorders*. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. 2008.
6. Rutter M, Stroufe L. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 265-96.
7. Costello E, Folley JD, Gold A. 10-year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45 (1): 8-25.
8. Barker D. The developmental origins of adult disease. *Eur J. Epidemiol* 2003; 18: 733-6.
9. WHO. Atlas child and adolescent mental health resources global concerns: Implications for the future. 2005. <http://www.who.int/mental-health/resources/Child-ad-atlas.pdf>.
10. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J. Child Psychol Psychiat* 2008; 49 (3): 226-36.
11. De la Barra F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (4): 303-314.
12. Kessler R, Avenevoli S, Costello J, Greif Green J, Gruber M, Heeringa S, et als. National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A): II. Overview and Design. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48(4):380-385.
13. Merikangas K, He J, Burstein M, Swanson S, Avenevoli S, Cui L et als. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2010, 49 : 10, 980-989.
14. Copeland W, Shanahan LE, Costello J, Angold A (2011) Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(3):252-261.
15. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Prediction of behavioral problems in Chilean schoolchildren. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2005 Spring;35(3):227-43.

16. 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): 259-72.
17. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova M, Harder V, Otten L, Bilenberg N. International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports from 24 Societies, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2011; 40:3, 456-467.
18. Molina R, George M, González E, Martínez V, Molina T, Montero A et als. Proyecto Domeyko Universidad de Chile. Estudio Nacional de Calidad de vida Relacionado con la Salud en Adolescentes Chilenos.
19. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, de la Barra F, Valdivia M, Melipillán R et als. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev Med Chile* 2010; 138: 965-974.
20. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, de la Barra F, Kohn R, Melipillán R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* DOI 10.1007/s00127-011-0415-3.
21. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012 Oct;53(10):1026-35.
22. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med. Chile* 2012; 140: 447-457.
23. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Atten. Def. Hyp. Disord.* DOI 10.1007/s12402-012 0090-6.

Evaluación de síntomas ansiosos y etnicidad en población escolar de la comuna de San Pedro de Atacama

Assessment of anxiety symptoms and ethnicity in students from the San Pedro de Atacama district

Dra. Elsa Peralta¹, Dra. Marcela Larraguibel¹.

Resumen. La comuna San Pedro de Atacama (SPA) tiene alta población rural y étnica, grupos vulnerables, según la literatura, a problemas de salud mental. El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en escolares e investigar sus diferencias respecto de variables étnicas, de edad y género. Para ello se utilizó la escala de auto reporte de ansiedad para niños y adolescentes (AANA). La muestra quedó constituida por 416 alumnos, de ellos se analizaron 335 escalas, cuya media de edad fue de 10 años. Un 60,3% obtuvo sobre el punto de corte para sospecha de trastorno de ansiedad. El género femenino tenía mayor sintomatología ansiosa, junto con el grupo etario de 7 a 11 años. No existió diferencias significativas para la variable étnica. Respecto a las subescalas, la distribución etaria de la fobia social fue diferente a lo reportado en la literatura, lo que podría derivar del contexto sociocultural, necesario de investigar en futuros trabajos.

Palabras clave: Trastornos ansiosos, epidemiología psiquiátrica, salud mental infantil, etnopsiquiatría infantil, salud mental escolar.

Abstract. The San Pedro de Atacama (SPA) district has an important number of rural and ethnic population, which according to the literature, is more vulnerable to mental health problems. The aim of this research is to determine the prevalence of anxiety symptoms in school age children and to study its differences in relation to ethnicity, age and gender. The AANA (self report anxiety scale for children and adolescents) was applied in a sample of 416 students, from which 335 questionnaires were analyzed (mean age: 10 years). A 60.3% of the students were above the cut-point for suspicion of an anxiety disorder. Females had a higher number of symptoms of anxiety, as did the group with ages 7 to 11 years. There were no statistically significant differences for ethnicity. In the subscales, the age distribution for social phobia was found to be different from the one previously reported; this could be explained by the sociocultural context, which remains to be studied in future research.

Key words: Anxiety disorders, psychiatric epidemiology, child mental health, child ethnopsychiatry, school mental health.

INTRODUCCIÓN

La comuna de San Pedro de Atacama (SPA) pertenece a la provincia del Loa, II región de Antofagasta, Chile. Se sitúa a 2436 metros sobre el nivel del mar, en pleno desierto de Atacama y fronteriza con los Andes Argentinos y Bolivianos.

Según estadísticas del Censo 2002, su población es de 4969 habitantes, distribuidos en un 61% rural y 39% urbano, donde 58% de sus habitantes se identifica con el grupo étnico Atacameño (Lickanantai). En Chile, el 4,6% de la población dijo pertenecer a uno de los ocho pueblos considerados en la Ley Indígena, de ellos el 3% se considera

¹ Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Unidad de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

Trabajos Originales

atacameño y la mayoría de ellos, un 66%, se concentra en esta región (1). Estudios sobre la pobreza en América, muestran que las poblaciones indígenas son grupos sensiblemente vulnerables y especialmente marginados de los servicios elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos sociales actuales (2).

Las particularidades de la población que se sitúa en la comuna de SPA, no sólo están dadas por su alto componente étnico, fundamentalmente Atacameño y su alta ruralidad, también por una explosiva movilidad de grupos poblacionales. Informes del municipio local señalan que para el año 1996 se habría duplicado su población producto la emergente actividad turística y minera de la zona (Plan de desarrollo comunal SPA 2006-2010). Los movimientos poblacionales no son nuevos en esta región, ya en el periodo prehispánico de los Andes centro sur, se identifica movilidad atacameña articulada por el tráfico de caravanas de llamas, desarrollados al servicio del control del espacio y cooperación, sin embargo en las últimas la consolidación importante de la industria turística y minera han jugando un rol mucho más fuerte en las movilidades atacameñas actuales (3).

Junto a ello la propia migración rural a urbana, donde los cambios en el estilo de vida se caracterizan por una transición desde culturas comunitarias a culturas individualistas son fuente de mayor vulnerabilidad ante los síntomas y enfermedades relacionadas con la tensión emocional. Esto porque la demanda del ambiente es tal, que crea estados de tensión o amenaza necesarios para los procesos de adaptación, provocando trastornos ansiosos en algunos grupos de individuos (4).

Si bien existe un notable incremento de los estudios de epidemiología psiquiátrica, los datos obtenidos de la psiquiatría infantil juvenil comparada con los adultos son menores (5), más aún son escasos estudios respecto a la situación de Salud Mental Infantil en poblaciones vulnerables por su componente étnico rural y altos dina-

mismos de choque cultural. Estudios que sin duda son necesarios para orientar al diseño de las políticas públicas de infancia y salud mental, que sean ajustadas a las necesidades de estos grupos particulares (6). En tanto, la organización panamericana de Salud (OPS), en su resolución CD37.R5 (1993) recomienda "...la ampliación de las actividades de evaluación de condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo...".

Una reciente publicación sobre el estado global de la patología psiquiátrica en niños y adolescentes según datos de la OMS, informa que casi el 20% de este grupo presenta alguna alteración de la salud mental, y que cerca del 50% de los adultos con patología psiquiátrica comenzó su desarrollo en la adolescencia, siendo así un problema de relevancia mundial (7). La patología psiquiátrica en la población infantil Chilena se estima en prevalencias de un 24% a un 38,7% (8, 9, 10), donde los trastornos ansiosos serían la patología mental más frecuente en todas las edades, con una prevalencia estimada en 2,2% a 27% (11). Los últimos estudios realizados en nuestro país apuntan a un 8,3% de niños y adolescentes que presentan trastornos ansiosos con limitación funcional (12).

La angustia es una expresión normal en la vida humana, ligada a nuevas experiencias y períodos críticos del desarrollo, permite la adaptación y el afrontamiento ante nuevas situaciones (13). En los trastornos ansiosos lo central es la angustia patológica, la que puede ser conceptualizada como aquel estado de expectación o preocupación excesiva que interfiere con las actividades normales de la persona y cuya expresión no es proporcional al nivel de desarrollo del individuo (14).

Los trastornos de ansiedad se definen como la actitud de espera frente a algún evento terrible que va a suceder, produciendo síntomas somáticos, conductuales o actitudes anticipatorias, dependiendo del

nivel cognitivo, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno. Esta sintomatología se presenta fuera de la etapa evolutiva esperada para estos y/o producen un deterioro significativo en el funcionamiento del individuo (15). Resulta entonces un desafío poder distinguir la angustia normal de la patológica en la población infantil que se encuentra en continuo desarrollo.

Esta alta prevalencia en la población infantil y adolescente de trastornos ansiosos se puede presentar como cuadro primario o comorbilidad (6, 16). En la población pediátrica con edades entre 7 y 11 años de edad, se ha encontrado que un 8.9% cumplen algún criterio para algún trastorno de ansiedad (17), mientras que en la población de adolescentes de Estados Unidos, el 8.7% presentaban una disfunción por trastorno de ansiedad que requería tratamiento (18). Los trastornos por ansiedad son cuadros clínicos psiquiátricos frecuentes y predicen un riesgo aumentado de presentar posteriormente trastornos ansiosos y depresivos (19). El diagnóstico es clínico y existen instrumentos de tamizaje como la escala de ansiedad en niños y adolescentes (AAA) validada en nuestro país (AANA), que es un instrumento útil, por ser breve y de fácil aplicación, permitiendo identificar síntomas de ansiedad en población infanto juvenil (12).

El objetivo central de esta investigación es conocer la prevalencia de síntomas ansiosos en escolares de 2° a 8° básico de la comuna de San Pedro de Atacama, como a su vez describir esta prevalencia asociada a las variables étnicas, edad y género, como conocer las diferencias respecto a la sintomatología ansiosa entre las sub escalas: pánico somático, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia social y fobia escolar. Nuestra hipótesis es que la población estudiada tendría altos porcentajes de niños y niñas con puntajes sobre el punto de corte internacional de la escala, para sospecha de Trastorno Ansioso y de mayor prevalencia en población atacameña.

MÉTODO

Esta investigación utiliza una metodología cuantitativa, es un estudio descriptivo de corte transversal. Se aplica la escala de auto reporte de ansiedad para niños y adolescentes AANA, a niños de 2° a 8° básico de las localidades de Río Grande, Talabre, Solor y San Pedro de Atacama, previa coordinación con los directivos de las escuelas y con autorización del municipio local. El total de matriculados de 2° a 8° básico en estas escuelas es de 416 alumnos, los que corresponden al 91,48% del total comunal. Previamente se les solicitó a los participantes consentimiento y asentimiento informado, se excluye a los niños sin lectoescritura.

Las escalas fueron aplicadas por un profesional instruido, a modo colectivo por curso, en el mes de noviembre del 2010. Esta es anónima y se les pide a los niños que registren su edad, sexo y etnia.

La escala cuenta con 41 preguntas, que se divide en 5 ítems según agrupaciones sindromáticas, que incluyen: Pánico Somático (PS), Ansiedad de Separación (AS), Ansiedad Generalizada (AG), Fobia Social (FS) y Fobia Escolar (FE). En cada pregunta el participante elige entre tres alternativas de respuesta, las que apuntan a ausencia de síntomas, síntoma moderado o sintomatología grave, en las dos últimas semanas.

Los resultados se analizaron con el programa de estadísticas descriptivas STATA 10.

RESULTADOS

La muestra quedó constituida por 335 escalas, que corresponde a un 80,52% del universo, de las cuales un 55,3% es de sexo femenino y un 40,46% de sexo masculino. El 66,57% de los niños tienen entre 7-11 años y 33,43% entre 12-16 años. El promedio de edad de los niños es de 10 años. El 59,53% registra identificación con la etnia Atacameña y 40,46% no Atacameño (tabla 1).

Trabajos Originales

Los puntajes de las escalas tienen una distribución normal, con una media de 27,79 puntos con una desviación estándar de 12,34 puntos. Del total de la escala un 60,30% se encuentran sobre el punto de corte de 25 puntos, según normas internacionales, para sospecha de Trastorno Ansioso. Este grupo de niños que puntúan sobre el punto de corte tienen una media de 35,8 puntos con una desviación estándar de 8,33.

El sexo femenino tiene un 70,45% de escalas sobre punto de corte para sospecha de trastorno ansioso, el masculino 48,70%, con diferencia es estadísticamente significativa ($p: 0,01$). Respecto al componente étnico, los identificados como Atacameños tienen un 64,08% versus 60,16% de los no

Atacameños para sospecha de trastorno ansioso, diferencia no estadísticamente significativa ($p: 0,40$).

Respecto a las sub escalas, el 22,39% están sobre el punto de corte para Pánico Somático (PS), 73,73% para Ansiedad de Separación (AS), 38,81% para Ansiedad Generalizada (AG), 74,03% para Fobia Social (FS) y 53,13% para Fobia Escolar (FE), en ellas tampoco existen diferencias con la variable étnica (tabla 2).

Respecto al género, todas las subescalas, a excepción de la fobia escolar, presentan mayor sintomatología en el grupo de sexo femenino. El grupo etario de 7 a 11 años tiene mayor sintomatología en pánico somático, ansiedad de separación y fobia social (Tabla 3).

Tabla 1
Descripción de la muestra

<i>Edad</i>	<i>7 -11 años</i>	<i>12 -16 años</i>
	66,57%	33,43%
<i>Género</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>
	55,30%	46,60%
<i>Etnia</i>	<i>Atacameños</i>	<i>No Atacameños</i>
	59,53%	40,46%

Tabla 2
Porcentajes sobre el punto de corte

<i>Sub escalas</i>	<i>Femenina</i>	<i>Maculino</i>	<i>P</i>	<i>No Atacameños</i>	<i>Atacameños</i>	<i>P</i>
Pánico Somático	28,98	14,94	0,002*	25,20	22,65	0,608
Ansiedad de Separación	82,39	64,29	0,000*	75,61	76,80	0,919
Ansiedad Generalizada	49,43	26,62	0,000*	43,09	38,12	0,811
Fobia Social	80,68	66,88	0,004*	74,80	76,80	0,689
Fobia Escolar	57,39	48,05	0,090*	48,78	58,01	0,113

* Valor $p \leq 0,05$ significativo

Tabla 3

	7 - 11 años	12 - 16 años	P
Pánico Somático	58	16	0.015*
Ansiedad de Separación	175	71	0.00*
Ansiedad Generalizada	93	36	0.089
Fobia Social	174	73	0.011*
Fobia Escolar	117	60	0.848

* Valor $p \leq 0,05$ significativo

DISCUSIÓN

Es indudable la relevancia de la investigación en psiquiatría para levantar información respecto al estado de salud mental de nuestros niños, niñas y jóvenes, más aún en grupos de mayor vulnerabilidad y poco visualizados, como la población rural y las minorías étnicas de nuestro país.

Los resultados de este estudio, muestran que efectivamente los escolares de la comuna de San Pedro de Atacama presentan altas puntuaciones en la escala, la cual se relacionaría, según el punto de corte internacional, con alta sospecha para Trastornos Ansiosos en General.

Si bien este estudio no pretende ser comparativo, resulta interesante considerar los datos de un estudio realizado con el mismo instrumento, en colegios municipalizados del sector norte de Santiago, en que el 46% de los escolares presenta puntajes sobre el punto de corte, esto nos invita a reflexionar respecto a la magnitud de nuestros resultados, donde al menos seis de cada diez niños y niñas presentarían sospecha para Trastorno Ansioso.

Nos ha llamado la atención que la variable étnica no se asoció a mayor sintomatología ansiosa, sospechamos que los factores relativos a las manifestaciones de ansiedad en este grupo de menores, pudiesen estar afectando a todos los niños y niñas de la comuna, una de ellas puede ser los altos

dinamismos de choque cultural que afectarían tanto a grupos Atacameños como a aquellos que han llegado a la localidad. Sin embargo, esto puede deberse a las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, como es el caso de adquirir la información de esta variable que fue preguntada directamente a los niños y no respaldada por la información de padres o de sus apellidos.

Es esperable, según la literatura internacional, que las mujeres presenten mayor sintomatología ansiosa, como también que los grupos de menor edad presenten mayor sintomatología en el área de la ansiedad de separación y expresión somática de la ansiedad, pero nos sorprende que este grupo tenga tanta puntuación en síntomas del área de fóbica social. Este hallazgo es comparable con los datos obtenidos en el último estudio epidemiológico en Chile, particularmente en la comuna de Cautín, donde existe alta concentración de población Mapuche. Uno de los factores importantes a investigar son los dinamismos de choque cultural, pudiendo existir fenómenos de duelo por aculturación, tanto en la población Atacameña que sale de la ruralidad, que se enfrenta a otras culturas, como a la población de hijos inmigrantes que llegan a la zona por motivos de turismo o minería.

La disminución de sintomatología ansiosa en el grupo de mayor edad nos plantea además un escenario diferente y nos preguntamos si tendrían estos un rol adaptati-

Trabajos Originales

vo para el contexto y no configurar necesariamente un trastorno.

Aun cuando la información que se desprende de este estudio, es el resultado de un constructo validado por expertos, para intentar objetivar la presencia de sintomatología ansiosa, no podemos perder la mirada en las características culturales distintas al resto de nuestro país, las cuales pudiesen ser un factor importante de sesgo al momento de completar la escala. Pero sin duda, ante estos altos índices de sospecha, amerita continuar la investigación en esta área, pudiendo incluso completar la investigación con estudio de metodología cualitativa, ya que es la etnografía la que nos pudiera entregar datos relevantes respecto a la vivencia y desarrollo de los Trastornos Ansiosos en los escolares de esta comuna, información relevante para poder afinar los focos de trabajo para intervenciones preventivas en este sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas Chile (INE), censo 2002.
2. Cimadamore A.; Eversole R.; McNeish J. Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinarios. Programa CLACSO-CROP, Buenos Aires, Argentina. Julio 2006.
3. Imilan W. Socaireños en movimiento: Atacameños y Calama. *Revista Estudios Atacameños*, 2007, 33: 105-123.
4. Jadue G. Algunos Efectos de la Ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos* 2001, 27: 111-118.
5. De La Barra F. Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2009, 47: 303-314
6. Kashani J., Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescent. *Am. J. Psychiatry* 1990, 147: 313-318.
7. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008, 49 (3): 226-236.
8. De la Barra F. Prevalencia de síntomas psiquiátricos infatojuveniles. Datos prospectivos. Presentado en 54º congreso de neurología, psiquiatría y neurocirugía. 1999.
9. Ulloa F, Fúnez F., Montenegro P. Prevalencia de desórdenes psiquiátricos en población de 5 a 15 años que ingresa al serv. de cirugía del Hosp. Roberto de Ríos. *Rev. de Psiquiatría*. 1992, 9 (3/4): 1204-12.
10. Almonte C, Montt M, Correa A. Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile. 2003.144-170.
11. De la Barra F., Escobar M. Atención de niños con problemas psiquiátricos en el nivel primario. *Rev. Chil. Ped.* 1987, 58 (2):169-73.
12. Vicente B, de la Barra F, Valdivia S, Riosco P, Melipillán R. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto juvenil en Chile. Documento no publicado. Proyecto FONDECYT 1070519.
13. Almonte C, Montt M, Correa A. Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile. 2012.
14. Leckman J, Vaccarino FM, Lombroso PJ. Development of the symptom of anxiety. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (3rd Ed.) Lewis M (Ed.), Williams & Wilkins, 2002.
15. Almonte C., Montt M., Correa, A. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*, Editorial Mediterráneo, 2003.
16. Bernstein G, Borchardt C. Anxiety Disorder in Childhood and Adolescent: A Critical Review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30: 519-532.
17. Costello E. Child Psychiatry Disorders and their Correlates: A Primary Care Pediatric Sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989, 28: 851-855.
18. Kashani J, Orvaschel H. Anxiety Disorders in Mid-adolescence: A Community Sample. *Am. J. Psychiatry*, 1988, 145: 960-964.
19. Pacheco B, Ventura T. Trastornos de ansiedad por separación: *Rev. Chil. Ped.* 2009, 80 (2): 109-119.

Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia

Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder during Adolescence

Dra. Camila Besio¹, Dra. Vania Martínez², Dra. Adela Montero³.

Resumen. Hasta 85% de las mujeres en edad fértil presentan síntomas premenstruales. Sólo algunas de ellas cumplen criterios para Síndrome Premenstrual (SPM) y menos aún para Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). Ambas patologías comienzan en la adolescencia y se asocian a consecuencias negativas que interfieren en el funcionamiento diario. A pesar de eso, pocas adolescentes consultan por estos síntomas y, cuando consultan, muchas veces, no reciben el diagnóstico ni el tratamiento adecuado. En este artículo se hace una revisión de la epidemiología, diagnóstico y tratamiento del SPM y del TDPM en adolescentes. Educación sobre cambios en estilo de vida, alimentación saludable y ejercicio, son las intervenciones más recomendadas en adolescentes. En cambio, en adultos habría mayor evidencia en tratamiento hormonal y con psicotrópicos.

Palabras clave: Síndrome premenstrual, trastorno disfórico premenstrual, adolescentes.

Abstract. Up to 85% of women of child bearing age present premenstrual symptoms. Only some of them meet criteria for Premenstrual Syndrome (PMS) and even less for premenstrual dysphoric disorder (PMDD). Both diseases begin in adolescence and are associated with negative consequences that interfere with daily functioning. Despite this, few adolescents consult for these symptoms, and when they consult, they do not get proper diagnosis and treatment. In this article we review the epidemiology, diagnosis and treatment of PMS and PMDD in adolescents. Education on lifestyle changes, healthy nutrition and exercise are the interventions most recommended in adolescents. In contrast, in adults, hormone therapy and psychotropic have greater evidence.

Key words: Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios han mostrado que la presencia de síntomas en el período premenstrual se encuentra en mujeres de diferentes culturas, afectando de forma importante su calidad de vida. En Chile existen escasos estudios que indiquen la prevalencia de este problema de salud pública y mucho menos en población adolescente (1).

El objetivo de esta revisión es describir las principales características del Síndrome Premenstrual (SPM) y del (TDPM) en adolescentes, en cuanto a la epidemiología, el diagnóstico, la fisiopatología y el tratamiento.

Haremos la diferencia entre sintomatología premenstrual, la cual se encuentra en alrededor del 60-85% de mujeres en etapa

1. Licenciada en Medicina, Médico-Cirujano, CESFAM Juan Pablo II.

2. Doctora en Medicina, Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Núcleo Milenio Intervención Psicológica y Cambio en Depresión. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

3. Magíster en Bioética, Médico Ginecóloga Infanto-Juvenil. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correspondencia a: Dra. Vania Martínez Nahuel CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile. E-mail: vmartinezn@med.uchile.cl.

Lugar de Realización del Trabajo: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Financiado por Proyecto NS 100018 "Intervención Psicológica y Cambio en Depresión", de la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo.

Trabajos Originales

fértil (2) con SPM y TDPM, que son patologías que se diagnostican con criterios específicos según American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th Edition - Text Revision (DSM-IV-TR), respectivamente. Ambas patologías comienzan en la adolescencia y se asocian a consecuencias negativas que interfieren en el funcionamiento diario. A pesar de eso, pocas adolescentes consultan por estos síntomas y, cuando consultan, muchas veces, no reciben el diagnóstico ni el tratamiento adecuado.

EPIDEMIOLOGÍA

Hasta 85% de las mujeres en edad reproductiva reportan al menos un síntoma premenstrual (2). Cuando estos síntomas son capaces de interferir en algún aspecto de la vida diaria pueden ser considerados como SPM (20-40%) (3). Sólo 2-9%, cumplen todos los criterios descritos en el DSM-IV-TR, para ser considerados como TDPM (2, 5).

Algunos estudios refieren que los síntomas premenstruales comienzan usualmente alrededor de los 20 años de edad, pero que las mujeres no buscan tratamiento hasta 10 años después. Cuando se evalúa la prevalencia de SPM en adolescentes, 51-86% experimentan síntomas premenstruales (2). En Chile, en un estudio realizado a 305 estudiantes universitarias entre 17-32 años, se encontró una prevalencia para el SPM de 19,0% y TDPM de 11,2%. Si bien 69,8% no presentó patología premenstrual, sí refieren la presencia de síntomas en forma frecuente (1).

Las cifras descritas anteriormente pueden variar de estudio en estudio debido a la diferencia entre la metodología de evaluación, las escalas utilizadas y los criterios diagnósticos.

SÍNTOMAS

Tanto el SPM como el TDPM se presentan con síntomas psicológicos: irritabilidad,

cambios de ánimo, ansiedad y tristeza; físicos: mastalgia, fatiga, distensión abdominal; y sociales: aislamiento. Estos síntomas deben iniciarse durante la fase lútea del ciclo menstrual con una remisión a los cuatro días del comienzo de la menstruación (2).

En un estudio en Chile, los síntomas más frecuentes encontrados en los casos de TDPM son: tristeza (100%), distensión abdominal y dolor mamario (97,1%), cambios bruscos de ánimo y/o labilidad emocional y aumento de peso (94,1%). Entre las mujeres con SPM el síntoma más observado fue el de distensión o dolor mamario, presente en el 81%. En aquellas sin patología premenstrual, la distensión abdominal fue el más común, 79,3% (1).

En un estudio argentino en 45 adolescentes universitarias se encontró que los síntomas premenstruales más frecuentes fueron dolores (64,4%), mayor sensibilidad (51,1%) y fatigabilidad (42,2%) (6).

Una revisión de 6 estudios retrospectivos en adolescentes, reveló que entre el 50-100% de las adolescentes presentaron al menos un síntoma premenstrual y de éstos, 13-89% fue descrito como moderado a severo (7).

DIAGNÓSTICO

Por definición los síntomas del SPM y TDPM deben iniciarse posterior a la ovulación (fase lútea) y pueden mantenerse hasta la primera semana de la fase folicular, es decir, hasta los primeros 3-4 días de la menstruación. Debe existir un período libre de sintomatología después del término del flujo menstrual (1, 5).

Existen criterios específicos para el diagnóstico de TDPM según el DSM-IV-TR. Estos son: la presencia de al menos 5 síntomas, por lo menos uno de ellos relacionado al ámbito afectivo; documentados prospectivamente en dos ciclos menstruales consecutivos, restringidos a la fase lútea y con resolución al término de la menstruación;

que alteren el funcionamiento o la calidad de vida; y que no correspondan a la exacerbación de otro tipo trastorno (8) (Tabla 1).

Por otro lado, el ACOG publicó en el año 2000 los criterios diagnósticos para SPM (9). El Síndrome Premenstrual puede ser diagnosticado si se reporta al menos un síntoma afectivo y un síntoma somático (9, 10). Estos síntomas deben comenzar 5 días previos al inicio de la menstruación y detenerse dentro de 4 días de iniciada esta fase, sin recurrir hasta el día 12 del ciclo. Los síntomas deben haberse presentado en los tres ciclos previos y deben ser registrados en forma prospectiva en al menos dos ciclos menstruales consecutivos. Para hacer el diagnóstico es necesario haber descartado el uso de sustancias (fármacos, alcohol o drogas) y deben producir algún tipo de disfunción social o laboral (7).

En un estudio sobre el rendimiento físico e intelectual de un grupo de alumnas universitarias, se encontró que 59% de la muestra percibió una disminución de la concentración, 62% una disminución de la motivación al estudiar y 54% de la asistencia a clases (11).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico del SPM y TDPM se realiza principalmente con la anamnesis, ya que no existen signos clínicos al examen físico o un examen de laboratorio que lo confirme (11). En general las mujeres con TDPM tienen niveles hormonales en rangos normales.

Uno de los aspectos más importantes para establecer el diagnóstico de TDPM, es asegurar la ausencia de otra condición médica o psiquiátrica concomitante. Se ha encontrado que más del 50% de las pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, presentan exacerbación de los síntomas depresivos durante el período premenstrual (11).

Las siguientes son condiciones que presentan incremento premenstrual de su

sintomatología o cuyos síntomas pueden simular el TDPM. Trastornos psiquiátricos como: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Afectivo Bipolar II, Ciclotimia, Trastorno de Pánico o Trastorno de ansiedad generalizada, Bulimia, Trastorno por Estrés Postraumático y antecedentes de abuso físico o sexual. También pueden ser trastornos médicos como: Hipotiroidismo o Diabetes Mellitus, Trastornos vasculares autoinmunes, Anemia, Síndrome de Fatiga Crónica y Endometriosis.

Características claves que ayudan a distinguir TDPM de los trastornos mencionados anteriormente son el "on-off" de la sintomatología en el período pre y post menstrual y que estos síntomas son de tal severidad que causan un impedimento en el funcionamiento normal (11).

FISIOPATOLOGÍA

La etiología del TDPM es multifactorial y su fisiopatología aún no ha sido determinada con precisión (12,13). Varios estudios describen que la sintomatología se produciría por la fluctuación de las hormonas gonadales luego de la ovulación. Si bien, no se ha documentado anomalías en los niveles hormonales, la alteración podría explicarse por una respuesta inadecuada a la exposición y/o retirada de las hormonas circulantes.

Por otro lado, se ha intentado explicar el TDPM con la desregulación de la actividad serotoninérgica y/o del funcionamiento del receptor GABA. Fluctuaciones cíclicas de los niveles de estrógenos y progesterona actuarían sobre el sistema 5-hidroxitriptamina en el cerebro. Este sistema tiene implicancias sobre la regulación del ánimo, apetito, ansiedad, sueño y excitación. Por lo tanto, desregulación del sistema serotoninérgico resultaría en depresión, bajo control de impulsos, ansiedad, pánico, obsesión, compulsión y craving por carbohidratos (2).

El receptor GABAA (13) también se ha relacionado con la fisiopatología de este sín-

Trabajos Originales

Tabla 1. DSM-IV-TR Criterios para TDPM

- I. Al menos 5 de los siguientes síntomas en la mayoría de los ciclos menstruales (incluyendo al menos un síntoma de categoría A), que estén presentes en la mayoría del tiempo una semana antes de la menstruación, que comiencen a disminuir en pocos días después de la fase folicular y que estén ausentes en la semana posterior a la menstruación
 - A. Síntomas primarios
 1. Marcado ánimo depresivo, sentimientos de desesperanza o pensamientos de baja autoestima
 2. Marcada ansiedad, tensión
 3. Marcada labilidad afectiva
 4. Marcada y persistente rabia, irritabilidad o incremento de conflictos interpersonales
 - B. Otros síntomas
 1. Disminución del interés en actividades comunes (hobbies, amigos, etc.)
 2. Sensación subjetiva de dificultad en concentrarse
 3. Letargia, fatigabilidad fácil o marcada falta de energía
 4. Cambio marcado en el apetito, sobrealimentación o deseo específico por un tipo de comida
 5. Hipersomnias o insomnio
 6. Sensación subjetiva de estar sobrepasados o fuera de control
 7. Otros síntomas físicos (tensión mamaria, hinchazón, aumento de peso, cefalea, dolor articular o muscular).
- II. Síntomas interfieren marcadamente en el trabajo, escuela, actividades de la vida diaria y en relaciones con otros.
- III. Síntomas no son causados meramente por una exacerbación de otro trastorno, como episodio depresivo mayor, trastorno de pánico, distimia o trastorno de personalidad.
- IV. Criterios I, II y III son confirmados por un reporte diario prospectivo, por al menos dos ciclos menstruales sintomáticos consecutivos.

Adaptada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado, 2000. Asociación Americana de Psiquiatría.

Tabla 2. ACOG Criterios Diagnósticos para SPM

Síntomas Afectivos	Síntomas Somáticos
Depresión	Tensión mamaria
Arranques de ira	Hinchazón abdominal
Irritabilidad	Cefalea
Ansiedad	Edema de extremidades
Confusión	
Aislamiento social	

1. Se realiza el diagnóstico si hay un reporte de al menos uno de estos síntomas afectivos y somáticos en tres ciclos menstruales previos durante cinco días antes del inicio de la menstruación.
2. Síntomas deben resolverse dentro de 4 días del inicio de la menstruación y no recurrir hasta el día 12 del ciclo.
3. Síntomas deben estar presentes en al menos dos ciclos menstruales en un reporte prospectivo.
4. Síntomas deben afectar en forma adversa actividades sociales o laborales.

Adaptada de Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Practice Bulletin, número 15, abril 2000. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

drome. Este receptor es parte fundamental de la regulación del afecto y de funciones cognitivas. Su expresión es modulada por esteroides sexuales ováricos (12), como el metabolito activo denominado alopregnanolona (metabolito de colesterol y progesterona), también producido por la glándula adrenal y cerebro. Este metabolito tiene la capacidad de unirse al receptor GABAA, resultando un efecto ansiolítico y anticonvulsivante. Se cree que mujeres con TDPM podrían tener menor sensibilidad al efecto ansiolítico y sedante de los neuroesteroides en la fase lútea del ciclo menstrual. Por lo tanto, la disminución de los niveles o de la sensibilidad de alopregnanolona y alteración en la transmisión GABAérgica podrían contribuir a la presencia de la sintomatología ansiosa, de irritabilidad y depresiva del TDPM (2, 12, 13).

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento único universalmente aceptado para el manejo de SPM/TDPM, ya que los resultados de los diferentes estudios son controversiales. Esto hace aún más difícil la validación de las diferentes estrategias terapéuticas en la población adolescente.

Las opciones terapéuticas con mayor evidencia incluyen medidas no farmacológicas como educación, ejercicio, técnicas de manejo del estrés, cambios alimentarios y suplementos alimenticios, y terapia cognitivo conductual. Todas ellas implican un cambio en el estilo de vida. Por otro lado, existen opciones farmacológicas con terapia hormonal, con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con otras drogas. Lo importante es que al momento de elegir el tratamiento, éste sea personalizado y de acuerdo al perfil de síntomas de cada paciente (2, 7, 14).

Medidas no farmacológicas

Educación: En un estudio se implementó un programa educacional a estudiantes adolescentes que incluyó educación con respecto a anatomía femenina, fisiología

del ciclo menstrual, naturaleza del SPM/TDPM y su impacto en la calidad de vida. En una segunda etapa se educó sobre estrategias de manejo del estrés con técnicas de relajación. Este estudio resultó en una significativa reducción en escalas de valoración de SPM (15).

Ejercicio: Si bien la evidencia es pobre en adolescentes con respecto al ejercicio como medida terapéutica, al parecer existiría cierto beneficio del ejercicio aeróbico sobre la reducción de síntomas anímicos (2, 7, 14).

Dieta: Las recomendaciones dietarias incluyen la disminución del consumo de cafeína, sal y azúcares refinados, con el objetivo de disminuir síntomas de irritabilidad, insomnio, retención de líquidos, congestión mamaria y aumento de peso (14).

Carbonato de Calcio: Una revisión sistemática identificó las diferentes hierbas, vitaminas y minerales y determinó su eficacia en disminución de síntomas en el SPM. Se concluyó que el calcio solamente tenía evidencia para apoyar su uso en el SPM. Se ha reportado su uso en forma de carbonato de calcio en dosis de 1.200 mg/día (7, 16).

Vitamina B6: En una revisión sistemática realizada para evaluar la eficacia del tratamiento con Vitamina B6 para el síndrome premenstrual, se concluyó que la evidencia es limitada, pero que existiría algún probable beneficio en el uso de Vitamina B6 en dosis de hasta de 100 mg/día para el tratamiento de síntomas premenstruales (17).

Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Se ha realizado estudios de TCC en población adulta, en los cuales se ha observado mejoría significativa en los síntomas del SPM (2, 7). Esta mejoría es similar en comparación al uso de fluoxetina pero con mayor duración de los efectos en el tiempo (7).

Medidas farmacológicas

Hormonal anticonceptivos orales combinados (ACO): A pesar de que las causas del

Trabajos Originales

SPM/TDPM no han sido completamente determinadas, se acepta que el inicio de los síntomas se originaría por la fluctuación de las hormonas gonadales tras la ovulación. Por lo tanto, es posible pensar la que supresión de la ovulación podría resultar en la disminución de estos. Es por eso que históricamente se han utilizado los anticonceptivos hormonales combinados, como tratamiento del SPM/TDPM (18).

El régimen tradicional de ACO 21/7 (21 píldoras hormonalmente activas/7 píldoras inactivas), permite una fluctuación hormonal que puede asociarse a la presencia de sintomatología premenstrual. Entonces, al acortar el intervalo inactivo estos síntomas podrían reducirse (18).

Existe en el mercado un ACO aprobado por la FDA (US Food and Drug Administration) (2) que contiene 20 mcg de etinil estradiol (EE) asociado a 3 mg de drospironona, en un régimen de 24/4. También ha tenido buenos resultados el uso de 30 mcg de EE/drosperinona en régimen extendido de 42-126 días (7). Drospironona es un análogo de espironolactona, con propiedades antiandrogénicas y antiminerlocorticoideas. Estas propiedades han sido efectivas en la disminución de las molestias premenstruales y por lo tanto en la mejoría de la calidad de vida (19, 20). Un estudio para evaluar los tipos de síntomas que mejoraban con el uso de este ACO, concluyó que existe una mejoría significativa en síntomas relacionados con emociones negativas, deseo de comer carbohidratos y los asociados a retención de líquidos, con respecto al uso de placebo (21).

En adolescentes el beneficio de los ACOs es considerable, además de la prevención de embarazo no deseado, se observan otros efectos concomitantes como disminución de la sintomatología de SDM/TDPM, disminución del flujo menstrual, anemia, acné, etc.) (2, 7).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Los ISRS han sido considerados como tratamiento de elección en SPM severo y TDPM en población feme-

nina adulta. Pocos estudios han incluido adolescentes.

En un metanálisis realizado el año 2008, se revisó en forma sistemática la evidencia acerca de los beneficios de los ISRS como tratamiento de síntomas relacionados con SPM severo y TDPM. Sertralina, fluoxetina y paroxetina fueron los ISRS más estudiados para SPM/TDPM. Todos ellos se asociaron a la mejoría de los síntomas y no existió diferencia significativa entre ellos (22).

Fluoxetina se ha recomendado en dosis de 10-20 mg/día. Dosis de 60 mg/día se asoció al aumento en forma significativa de efectos adversos (23). La dosis recomendada de sertralina fluctúa entre 50-150 mg/día. Se han reportado mejorías sintomáticas significativas y cambios importantes en la calidad de vida (24). El uso de paroxetina en la fase lútea del ciclo menstrual en dosis de 12,25 mg o 25 mg/día es efectiva y en general bien tolerada (25).

A diferencia de lo que ocurre en los trastornos del ánimo, en que se espera una respuesta entre 3-6 semanas de iniciado el tratamiento con ISRS, en el SPM/TDPM, el efecto ocurre dentro de los primeros días de exposición a la droga. Esta rápida respuesta, es la base del esquema terapéutico intermitente de fase lútea de los ISRS. Un estudio concluye que el tratamiento con sertralina administrada en forma intermitente durante la fase lútea del ciclo menstrual es efectivo en la disminución de síntomas y bien tolerado (26).

El esquema intermitente debe iniciarse en el momento en que se presume la ovulación (14 días antes del inicio de la siguiente menstruación) y debe continuar hasta 1-2 días de iniciada la menstruación. Si después de dos meses de tratamiento, no es efectivo, se debe iniciar el esquema continuo (2).

En adolescentes, la indicación de ISRS debe ser muy bien monitorizada.

Otras opciones terapéuticas

Se han estudiado otras medidas terapéuticas que pueden ayudar disminuir las molestias premenstruales. Entre estas medidas están el uso de espironolactona (dosis de 100 mg desde el día 12 del ciclo hasta el inicio de la menstruación) (27). En adultas se ha propuesto el uso de agonistas de GnRH para suprimir las hormonas sexuales ováricas y generar un alivio sintomático (7). Esta medida no se recomienda en adolescentes (2).

CONCLUSIONES

El Síndrome Premenstrual (SPM) y el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) son entidades comunes que afectan frecuentemente en la calidad de vida de mujeres en etapa reproductiva. Existe escasa evidencia con respecto a población adolescente, la cual debiera incrementarse por la alta prevalencia en este grupo etario. Al momento del diagnóstico es importante conocer los criterios diagnósticos definidos tanto por ACOG, como por el DSM-IV-TR y poder excluir otras patologías concomitantes. El tratamiento debe iniciarse con medidas generales dirigidas a conocer y comprender estos síndromes y también en cambiar algunos aspectos de la vida diaria promoviendo un estilo de vida saludable. En cuanto al tratamiento farmacológico es posible utilizar tratamiento hormonal con ACOs o indicar ISRS en forma continua o intermitente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jadresic E, Palacios E, Palacios F, Pooler F, Preisler J, Ordóñez MP, Ovalle P. Síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDP): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias. *Rev Latinoamericana Psiquiatría* 2005; 16-22.
- Rapkin A, Mikacich JA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20: 455-63.
- Heinemann L. Explorative Evaluation of impact of severe Premenstrual Disorder on work absenteeism and productivity. *Womens Health Issues* 2010; 20: 58-65
- Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003; 5: 30-9.
- Grady-Weliky T. Clinical Practice. Premenstrual Dysphoric Disorder. *N Engl J Med* 2003; 348: 433-8.
- Perarnau MP, Fasulo S. Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. *Fundamentos en Humanidades* año VIII 2007; 153-63.
- Braverman P. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 3-12.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, DSM-IV-Text Revision. DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- ACOG Practice Bulletin 15. Premenstrual Syndrome: Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists, 2000.
- ACOG Practice Bulletin: premenstrual syndrome. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 73: 183-91.
- Espina N, Fuenzalida A, Urrutia MT. Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual. *Rev Chil Obstet ginecol* 2005; 70(2): 113-8.
- Yonkers K, O'Brien S, Eriksson E. Premenstrual Syndrome. *Lancet* 2008; 371: 1200-10.
- Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual Syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas* 2006; 55(2): S47-S54.
- Jarvis C, Lynch A, Morin A. Management Strategies for Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 967-78.
- Chau JP, Chang AM. Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. *Health*

Trabajos Originales

- Educ Res 1999; 14: 817-30.
16. Whelan AM, Jurgens TM, Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16(3): e407-29.
 17. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. *BMJ* 1999; 318(7195): 1375-81.
 18. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 39-53.
 19. Marr J, Heinemann K, Kunz M, Rapkin A. Ethinyl estradiol 20µg/drospirenone 3mg 24/4 oral contraceptive for treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Gynecol Obst* 2011; 113: 103-7.
 20. Yonkers K. Efficacy of a New Low-Dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 492-501.
 21. Marr J, Niknian, Shulman L. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with the combined oral contraceptive ethinylestradiol 20mcg plus drospirenone 3mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception* 2011; 84: 81-6.
 22. Shah N, Jones JB, Aperi J. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Obstet Gynecol* 2008; 111(5): 1175-82.
 23. Steiner M, Steinberg S, Steward D, et al. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *N Engl J Med* 1995; 332: 1529-34.
 24. Yonkers K, Halbreich U, Freeman E. Symptomatic Improvement of Premenstrual Dysphoric Disorder with Sertraline Treatment. *JAMA* 1997; 278: 983-8.
 25. Steiner M, Hirschberg AL, Bergeron R, et al. Luteal phase doping with paroxetine controlled release (CR) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 352-60.
 26. Halbreich U, Bergeron R, Yonkers K, Freeman EE, Stout A. Efficacy of Intermittent, Luteal Phase Sertraline Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Obst Gynecol* 2002; 100(6): 1219-29.
 27. Wang M, Hammarbacks S. Treatment of premenstrual syndrome by spironolactone: a double-blind, placebo-controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 803-808.

Síndrome de Williams: características clínicas de tres casos

Williams syndrome: clinical characteristics of three cases

Dra. Javiera Tello¹, Dra. María Antonia Mena¹, Dra. María Verónica Julio¹, Dra. Perla David².

Resumen. El Síndrome de Williams (SW) es un síndrome genético generado por la delección del gen de la Elastina y genes contiguos del cromosoma 7q11.23. Tiene una incidencia de 1:7500-20.000 recién nacidos vivos. Se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos con compromiso multiorgánico y un fenotipo conductual distintivo. **Objetivo:** Describir la clínica del SW en relación a tres casos clínicos. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de fichas clínicas de pacientes estudiados y tratados entre el 2006 y 2012. **Resultados:** Tres varones con rango de edad entre 4 y 6 años. Todos presentaron dismorfias características y se asociaron a cardiopatía congénita: estenosis aórtica supravalvular. En los rasgos de personalidad destacaron alta sociabilidad y habilidades en lenguaje expresivo, RM leve a moderado y mala coordinación motora. **Conclusión:** Todos nuestros pacientes presentaron características concordantes con las descritas para SW. Existen alteraciones funcionales cerebrales en pacientes con SW que tienen relación con el perfil cognitivo observado.

Palabras Clave: Síndrome de Williams, manifestaciones clínicas, perfil cognitivo, estenosis aórtica supravalvular.

Abstract. Williams Syndrome (WS) is a genetic disorder caused by deletion of elastine gene and contiguous genes of chromosome 7q11.2. It has an incidence of 1:7.500-20.000 newly born. It is characterized by a group of symptoms and signs with multiorganic involvement and a distinctive behavioural phenotype. **Objective:** To describe the clinical manifestations of WS in relation to three case reports. **Method:** review of clinical reports of patients diagnosed and treated between 2006 and 2012. **Results:** Three boys aged 5-9 years, all of them presented distinctive appearance, associated to congenital heart disease: aortic supravalvular stenosis. Behavioral features included high sociability and expressive language skills, mental retardation and poor motor coordination. **Conclusions:** All of our patients had clinical characteristics corresponding to the ones described for WS in the literature. The peculiar cognitive profile is presumed to be related to functional brain alterations described in WS.

Key words: Williams Syndrome, clinical manifestations, cognitive profile, aortic supravalvular stenosis.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Williams (SW) descrito inicialmente por Williams en el año 1961 (1) y Beuren en el año 1962 (2), se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos con compromiso multiorgánico: facies dismórfica, malformaciones cardíacas, retraso del desarrollo psicomotor y un perfil cog-

nitivo en donde destaca la desinhibición, alta sociabilidad y habilidades lingüísticas particulares, en el contexto de un retraso mental leve a moderado (3). Este cuadro corresponde a un síndrome de delección de genes contiguos, que afecta la denominada región crítica del síndrome de Williams Beuren (WBSCR), ubicada en 7q11.2 y que afecta alrededor de veinte genes, entre los

1. Médico Cirujano, Universidad de los Andes

2. Neuróloga Infantil, Docente Universidad de Los Andes, Profesora agregada Universidad de Chile

Correspondencia a: Dra. Javiera Tello O. Poeta Angel Cruchaga 1751-C Dpto. 21, La Reina, Santiago de Chile. E-mail: javieratello@gmail.com

Casos Clínicos

cuales el más importante es ELN (elastina). En ocho de los genes involucrados se ha podido determinar la relación exacta con el fenotipo: *ELN* (elastina); su delección es responsable de las anomalías de tejido conectivo, incluyendo la enfermedad cardiovascular. *LIMK1* (lim kinasa 1), con expresión en el cerebro, su delección se ha relacionado con las dificultades visoespaciales descritas en SW. *GTF2I* (factor general de transcripción II, D); se ha sugerido que su delección tendría un efecto negativo sobre el CI. *STX1A* (syntaxina 1A), involucrada en la liberación de neurotransmisores y secreción de insulina, su delección tendría un rol en la diabetes del SW. *BAZ1B* ("bromodomain adjacent to a leucine zipper 1B"), que se liga al receptor de vitamina D, por lo cual se ha vinculado a la hipercalcemia del SW. *CYLN2* (ligante citoplásmico 2), de fuerte expresión cerebral, se relacionaría con alteraciones cerebelosas. *GTF2IRD1* (parte de la familia de transcripción *GTF2IRD1*), involucrado en características cráneo-faciales de SW. *NCF1* ("neutrophil cytosolic factor 1"), codifica un componente del sistema NADPH oxidasa. La hemizigocidad para este gen se asocia con menor riesgo de hipertensión en este cuadro. En 40% de los individuos con SW se encuentra una delección de este gen. No se conoce la relación del resto de los genes involucrados con el fenotipo de SW: *RFC2*, *FZD9*, *FKBP6*, *TBL2*, *WS-bHLH*, *BCL7B*, *CLDN4*, *CLDN3*, *EIF4H*, *LAT2*, *WBSR11*, *GTF2IRD2* (4).

Según refieren distintos estudios, la incidencia del SW es de 1:7500 a 1:20.000 nacidos vivos; independiente de género o etnias (5, 6). La mayoría de los casos son esporádicos, aunque se han descrito algunos casos familiares con herencia autosómica dominante (7). Inicialmente el diagnóstico se realizaba sólo a través de la clínica, pero en el año 1993, Ewart y cols. demostraron la existencia de una delección en el locus del gen de la elastina y genes contiguos en el cromosoma 7, de aproximadamente 1,5 a 2,5 Mb, con compromiso de aproximadamente 25 genes (3). Actualmente la técnica de hibridación fluorescente in situ (FISH)

permite detectar dichas anomalías en los pacientes con SW, demostrando la delección de parte de la banda 7q11.23 que incluye el gen de la Elastina (*ELN*) (8).

Como se ha señalado el SW se destaca por hallazgos distintivos al examen físico tales como facies característica: prominencia de la región periorbitaria, filtrum largo, micrognatia, boca grande, labios gruesos, cuello largo y delgado y estatura corta. Un 70% de los pacientes presentan manifestaciones de "arteriopatía elastínica" siendo los hallazgos más frecuentes la estenosis aórtica supraavicular o la estenosis de arterias pulmonares (6, 9). Dentro de las anomalías neurológicas, se ha detectado la presencia de hiperreflexia, hipersensibilidad acústica, nistagmus y problemas en la coordinación motora (10). Se ha descrito una triada diagnóstica para el SW que consiste en hipercalcemia, facies dismórfica y estenosis aórtica supraavicular, sin embargo, se ha visto que no siempre está presente y no conduce a un diagnóstico precoz. Por otra parte, se han descrito signos de aparición precoz en pacientes con SW, tales como bajo peso de nacimiento, retraso del DPM, fracaso en la lactancia materna y reflujo gastroesofágico, que ayudarían a establecer un diagnóstico más temprano (11).

Estos pacientes presentan retraso psicomotor y posteriormente un CI en rango de retardo leve a moderado, destacando que a menudo en la vida adulta, las capacidades adaptativas son menores a lo esperado; tienen relaciones sociales pobres, debido a déficits en el componente social perceptual y social cognitivo de las relaciones interpersonales. Se han descrito fobias no sociales y ansiedad generalizada como comorbilidades frecuentes (6, 12). Llama la atención un perfil cognitivo distintivo, caracterizado por buenas habilidades en memoria de corto plazo y lenguaje y marcadas dificultades en habilidades viso-espaciales (13). Su personalidad es también característica, destacando la sociabilidad exacerbada, alta ansiedad y dificultades de atención (12).

Muchos trabajos han tratado de dilucidar

cómo influyen los genes afectados en la cognición y comportamiento de los pacientes con este síndrome. Una revisión realizada por Eisenberg et al, describe la existencia de múltiples estudios que demuestran un tamaño y curvatura cerebral reducidos en pacientes con SW, con anomalías en el surco central y fisura silviana, lo que refleja alteraciones en la maduración cerebral de estos individuos (6). Además, Kippenhan et al, han descrito una disminución de la profundidad de los surcos bilateralmente en las regiones intraparietales y parietocipitales, con reducción de la sustancia gris en el surco intraparietal (14). Por otra parte, un trabajo realizado en la Universidad de Chile en que se hizo SPECT en pacientes con SW, describe la existencia focos de hipoperfusión frontal e hiperperfusión del cíngulo bilateral, con hiperperfusión parietal derecha en uno de los pacientes del estudio (15).

Asimismo, en el sistema límbico existiría una disrupción de la conexión entre la corteza orbitofrontal y la amígdala, implicados principalmente en la valoración motivacional de los estímulos sociales (5, 6).

En este trabajo se reportan las características clínicas de 3 pacientes con SW y se discuten en relación a la literatura disponible.

PACIENTES Y MÉTODO

Se utilizó una metodología de estudio descriptivo retrospectivo con el fin de analizar fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de SW. Se realizó una revisión de los registros clínicos de tres pacientes con dicho diagnóstico, estudiados y tratados entre el año 2006 y 2012.

El criterio diagnóstico que se utilizó fue fenotipo concordante y confirmación diagnóstica con la técnica de FISH.

RESULTADOS

Se realizó la revisión de fichas clínicas de pacientes con SW. La muestra consistió en tres pacientes en total, todos ellos varones.

El promedio de edad fue de 6,6 años, con un rango etario entre 5 y 9 años. No había consanguinidad parental en ninguno de los casos. En cuanto a los antecedentes perinatales, todos los pacientes presentaron dificultad para alimentación con lactancia materna, reflujo gastro-esofágico y bajo incremento ponderal. La madre de uno de los pacientes presentó diagnóstico de depresión post-parto.

Todos presentaron retraso psicomotor y retraso mental, en dos pacientes retraso mental leve y el menor de los pacientes retraso mental moderado; este fue el motivo de consulta en todos ellos. La edad promedio de confirmación diagnóstica fue de 2,8 años, en promedio ocho meses después de haberse planteado el diagnóstico (Tabla 1).

A todos los pacientes se les realizó cariógrama con resultados normales; la confirmación diagnóstica de SW se realizó con la técnica de FISH. Todos presentaron exámenes de laboratorio normales, sin hallazgo de hipercalcemia. Se descartaron enfermedades metabólicas en todos los casos.

Al analizar los rasgos fenotípicos, todos los sujetos presentaron una facies característica, destacando región periorbitaria prominente, filtrum largo, micrognatia y boca grande. Todos presentaron cuello largo y delgado. Los tres casos se asociaron a cardiopatía congénita con diagnóstico de estenosis aórtica supra-avalvular.

En los rasgos de personalidad destacaron grandes habilidades en el ámbito social y lenguaje expresivo, con una alta empatía. Sin embargo, presentaron alteraciones visuoespaciales y mala coordinación motora. Los tres eran fanáticos de la música. Dos pacientes presentaron comorbilidades neuropsiquiátricas: el mayor de ellos síndrome de déficit atencional (SDA) y el menor de los pacientes hiperactividad.

Cabe destacar que hubo una paciente con características dismórficas faciales típicas de SW, que llevaron a una alta sospecha

Casos Clínicos

Tabla 1
Caracterización de la muestra

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad	5 años	6 años	9 años
Edad al diagnóstico	3,5 años	3 años	2 años
Facies dismórfica	Sí	Sí	Sí
Cardiopatía congénita	EASV	EASV	EASV
Hipercalcemia	No	No	No
Enfermedades metabólicas	No	No	No
Retraso Mental RGE	Moderado Sí	Leve Sí	Leve Sí
Otras comorbilidades	SDA	-	Hiperactividad

EASV: Estenosis aórtica supraavalvular. RGE: Reflujo gastroesofágico. SDA: Síndrome déficit atencional.



Figura 1. Hibridación fluorescente in situ (FISH) en cromosomas metafásicos de un paciente con síndrome de Williams. Las flechas verdes indican las señales de referencia en el cromosoma 7 y la flecha amarilla la señal crítica del segmento 7q11.23 indicando delección. Aravena et al. Rev Med Chile 2012; 130: 631-637.

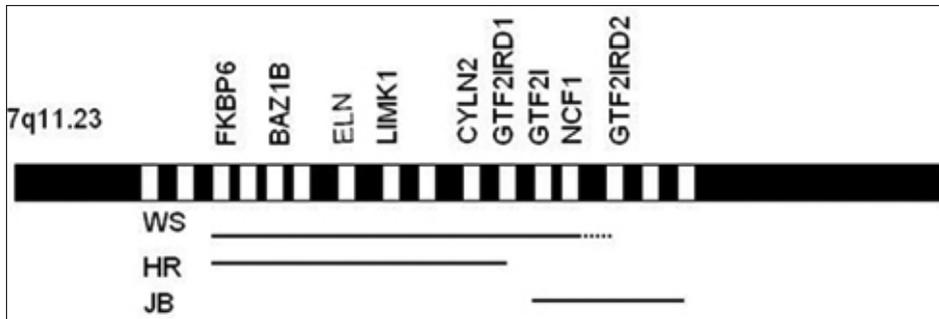


Figura 2. Esquema que muestra las deleciones típicas asociadas al SW. *Frontiers in Psychology* 2012; 3: 186 doi: 10.3389/fpsyg.2012.00168.

diagnóstica, a los cinco años de edad, sin embargo, no presentaba alteraciones en el ecocardiograma. Una prueba de metilación y posterior FISH confirmaron el diagnóstico de Síndrome de Angelman.

CONCLUSIONES

Se han descrito alteraciones estructurales y funcionales cerebrales en pacientes con Síndrome de Williams que se relacionan con los defectos cognitivos observados en nuestros pacientes. Aunque la muestra es pequeña, todos nuestros pacientes presentaron características dismórficas y conductuales concordantes con las descritas para el SW, con diagnóstico confirmado por técnica de FISH.

Todo paciente con sospecha de Síndrome de Williams debe estudiarse, siendo fundamental el realizar un cariotipo y FISH para la confirmación, evitándose así errores diagnósticos. Un estudio realizado por Carrasco y cols describe que sólo la mitad de sus pacientes con sospecha de SW presentaron FISH positivo, lo que nos sugiere que los rasgos dismórficos no son el signo más importante para realizar su diagnóstico. Signos más precoces como bajo peso de nacimiento, retraso del DPM, fracaso en la lactancia materna y reflujo gastroesofágico en pacientes con las características previas son altamente sugerentes del diagnóstico (11). Asimismo, siempre debe solicitarse ecocardiograma en búsqueda de cardiopatía congénita. Cabe destacar que no siempre se encuentra la tríada diagnós-

tica de hipercalcemia, facies dismórfica y estenosis aórtica supra-auricular. Todos nuestros pacientes presentaron los dos últimos componentes, pero ninguno de ellos presentó hipercalcemia, coincidiendo con lo descrito por Carrasco et al.

Se ha descrito mayor afinidad por la música y el arte en los pacientes con SW, nuestros tres pacientes eran fanáticos de la música.

En cuanto a las comorbilidades, distintos trabajos han establecido asociación a distintas patologías neuropsiquiátricas, tales como SDA e hiperactividad, trastornos del espectro autista y fobias sociales. Dos de nuestros pacientes presentaron dichas comorbilidades, el mayor de ellos tenía diagnóstico de SDA y el menor de los pacientes hiperactividad.

Al ser un trastorno genético, el SW no tiene un tratamiento específico. Sin embargo, es importante tratar las distintas complicaciones que influyen en la salud, como también las alteraciones del desarrollo y la conducta según cada caso.

Cumple un rol crucial la educación y consejería de las familias de los pacientes, destacando la importancia de la estimulación temprana y del apoyo terapéutico adecuado para alcanzar el máximo potencial de desarrollo de los individuos. Es importante complementar el tratamiento con terapias de apoyo psicológico y lingüísticas en forma precoz, para lograr una mejor integración social de estos pacientes. El trata-

Casos Clínicos

miento debe ser multidisciplinario, con apoyo de distintas especialidades médicas y de rehabilitación. El tratamiento médico debe indicarse según la sintomatología en cada caso particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams JC, Barratt-Boyes BG, Lowe JB. Supravalvular aortic stenosis. *Circulation*. 1961;24:1311-8
2. Beuren AJ, Apitz J, Harmjanz D. Supravalvular aortic stenosis in association with mental retardation and a certain facial appearance. *Circulation*. 1962;26:1235-40
3. Ewart AK, Morris CA, Atkinson DL, Jin W, Sternes K, Spallone P, Stock AD. Hemizygoty at the elastin locus in a development disorder, Williams syndrome. *Nat Genet* 1993; 5: 11-6
4. Morris CA. Williams Syndrome. 1999 Apr 9 [Updated 2006 Apr 21]. In: Pagon RA, Bird TD, Dolan CR, et al., editors. *GeneReviews(tm)* [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1249/>
5. Walter E, Mazaika P, Reiss A. Insights into brain development from neurogenetic Syndromes: Evidence from Fragile X syndrome, Williams syndrome, Turner syndrome and Velocardiofacial syndrome. *Neuroscience* 2009; 164(1):257-271
6. Eisenberg D, Jabbi M, Berman K. Bridging the gene-behavior divide through neuroimaging deletion syndromes: Velocardiofacial (22q11.2 deletion) and Williams (7q11.23 deletion) syndromes. *Neuroimage* 2010; 53(3): 857-869
7. Ounap K, Laidre P, Bartsch O, Rein R, Lipping-Sitska M. Familial Williams-Beuren syndrome. *Am J Med Genet* 1998; 80: 491-3.
8. Pérez-Jurado L, Peoples R, Kaplan P, Hamel B. Molecular Definition of the Chromosome 7 Deletion in Williams Syndrome and Parent-of-Origin Effects on Growth. *Am. J. Hum. Genet* 1996; 59:781-792.
9. Sadler LS, Pober BR, Grandinetti A, Scheiber D, Fekete G, Sharma AN, Urban Z. Differences by sex in cardiovascular disease in Williams syndrome. *J Pediatr*. 2001;139:849-53.
10. Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR. Intermediate phenotypes and genetic mechanisms of psychiatric disorders. *Nat Rev Neurosci*. 2006 Oct;7(10):818-27.
11. Carrasco X, Castillo S, Aravena T, Rothhammer P, Aboitiz F. Williams syndrome: pediatric, neurologic, and cognitive development. *Pediatr Neurol* 2005; Mar 32(3):166-72.
12. Bellugi U, Adolphs R, Cassady C, Chiles M. Towards the neural basis for hypersociability in a genetic syndrome. *Neuroreport* 1999; 10: 1653-1657.
13. Greer MK, Brown FR, Pai GS, Choudhry SH, Klein AJ. Cognitive, adaptive, and behavioral characteristics of Williams syndrome. *Am J Med Genet*. 1997;74:521-5.
14. Kippenhan JS, Olsen RK, Mervis CB, Morris CA, Kohn P, Meyer-Lindenberg A, Berman KF. Genetic contributions to human gyrification: sulcal morphometry in Williams syndrome. *J Neurosci*. 2005 Aug 24;25(34):7840-6.
15. Aravena T, Castillo S, Carrasco X, Mena I, López J, Rojas JP, Rosemberg C, Schröter C, Aboitiz F. [Williams syndrome: clinical, cytogenetical, neurophysiological and neuroanatomic study]. *Rev Med Chil*. 2002 Jun; 130(6):631-7.

Terapia de Remediación Cognitiva para Anorexia Nervosa

Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa

Dra. Tatiana Escobar-Koch¹

Resumen. La anorexia nervosa (AN) es una enfermedad grave que se inicia en la adolescencia y afecta a mujeres jóvenes. Los diversos tratamientos psicológicos y farmacológicos empleados, no han mostrado resultados exitosos ni modificado su pronóstico. En este trabajo se revisa las bases y la evidencia disponible para la aplicación de Terapia de Remediación Cognitiva (TRC) en pacientes que sufren AN. Esta terapia aborda procesos cognitivos, enfocándose en mejorar flexibilidad cognitiva y coherencia central o estilo de procesamiento global, aspectos deficitarios en pacientes con AN. Los positivos resultados obtenidos con TRC en adultos con AN, plantean que podría ser una herramienta de gran utilidad en adolescentes.

Palabras clave: anorexia nervosa, terapia de remediación cognitiva, estilos de procesamiento cognitivo, adolescentes.

Abstract. Anorexia Nervosa (AN) is a severe disease which starts in adolescence and affects young women. Diverse psychological and pharmacological interventions have not shown usefulness or modify its prognosis. This review discusses the basis and available evidence for the application of Cognitive Remedial Therapy (CRT) in patients suffering from AN. CRT focuses in cognitive processes, aiming to improve cognitive flexibility and central coherence or global processing style, both insufficient in AN patients. The positive results obtained with CRT in AN adults, raise its potential contribution as a useful tool in the treatment of adolescents.

Key words: anorexia nervosa, cognitive remedial theory, cognitive processing styles, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nervosa (AN) es un trastorno psiquiátrico grave que afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes (1) y se asocia a importante discapacidad física y psicosocial (2,3). Más aún, las tasas de mortalidad de la AN están dentro de las más altas de los trastornos mentales, y se ha descrito que pacientes de sexo femenino con AN tienen una probabilidad de morir 12 veces mayor que mujeres de edad similar en la población general (4).

Pese a los esfuerzos terapéuticos y de investigación que se han realizado, el pronóstico de la AN no parece haber mejorado en el siglo XX (4) y los resultados de terapias

psicológicas y psicofarmacológicas en general siguen siendo bastante pobres (5). Se ha investigado la efectividad de diversas psicoterapias para el tratamiento de la AN incluyendo psicoterapia cognitivo conductual, interpersonal, cognitivo analítica, conductual y psicoterapias de orientación psicodinámica, pero el apoyo empírico para la eficacia de todas éstas en la AN sigue siendo débil (3). Sólo la terapia basada en la familia cuenta actualmente con apoyo empírico moderado (3), específicamente para el tratamiento de adolescentes con AN (6-8).

Frente a este panorama poco alentador, resulta de gran importancia considerar los factores predisponentes y mantenedores de

1. Magister Salud Mental, de la Universidad de Londres, Reino Unido (Master of Science in Mental Health Studies, King's College London, University of London)

la AN, ya que intervenciones que se enfoquen en estos factores podrían mejorar los resultados de tratamiento. Estudios clínicos y de personalidad en AN han demostrado que estos pacientes tienen altos niveles de perfeccionismo, presentan rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y evitan tomar riesgos (12). Se han investigado rasgos neuropsicológicos que se asocian a estas características y a la AN, y se ha sugerido que algunos de estos rasgos presentes en la fase aguda de la AN pueden estarlo desde la niñez y predisponer al trastorno, y luego actuar como mantenedores de la enfermedad (9), que no mejoran tras la realimentación y la normalización del peso (10,11). Dentro de estos se destacan la tendencia a la rigidez cognitiva y la excesiva atención al detalle (12). El desarrollo de intervenciones que se enfoquen en estos estilos de procesamiento cognitivo podría contribuir a mejorar los resultados de tratamiento en la AN ya que el practicar destrezas cognitivas mejora el funcionamiento mental y la meta-cognición (pensar sobre el pensamiento), lo cual a su vez promueve la auto-regulación, el ajuste del procesamiento cognitivo a las demandas del entorno y la transferencia de destrezas cognitivas a situaciones nuevas (13). Por lo tanto, las mejoras en estilos de procesamiento cognitivo podrían contribuir a mejorar síntomas y funcionamiento social y general en la AN. El objetivo de este trabajo es describir la terapia de remediación cognitiva para AN, una intervención que fue desarrollada en pacientes adultos con el fin de ayudarlos a mejorar sus estilos cognitivos ineficientes, y examinar la evidencia existente sobre los resultados de este tratamiento. Además se desea discutir la aplicabilidad de la terapia de remediación cognitiva en adolescentes con AN.

ESTILOS DE PROCESAMIENTO COGNITIVO EN AN

Tendencia a la Rigidez Cognitiva en AN

La flexibilidad cognitiva (“set-shifting”) se refiere a la habilidad para alternar entre operaciones, actividades o esquemas

mentales y es un aspecto importante de las funciones ejecutivas (14); permite al individuo adaptar sus respuestas a las contingencias ambientales. Las dificultades en “set-shifting” llevan a la rigidez cognitiva, que se manifiesta como respuestas rígidas y perseverativas a los estímulos o formas inflexibles de enfrentar la resolución de problemas (15,19).

La investigación en neuropsicología ha demostrado que las pacientes con AN presentan ineficiencias en “set-shifting” (flexibilidad cognitiva reducida) (12,16-20). Más aún, se ha sugerido que el déficit de flexibilidad cognitiva podría ser un endofenotipo de la AN, ya que está presente en pacientes con AN aguda, no mejora con la ganancia de peso y se mantiene en pacientes recuperadas (21). Además de esto la flexibilidad cognitiva reducida se ha encontrado en mayor proporción en hermanas no enfermas de pacientes con AN en comparación con un grupo control (21). Todo lo anterior sugiere que es un rasgo estable y no una consecuencia del trastorno.

Excesiva Atención al Detalle: Coherencia Central Débil en AN

Existe evidencia que demuestra que las pacientes con AN prestan excesiva atención al detalle y son menos eficientes en el procesamiento de información de forma más integrativa, y a este estilo cognitivo que prioriza el detalle por sobre lo global se le ha llamado coherencia central débil (22, 23). Se está estudiando su potencial como endofenotipo y se ha planteado que específicamente la excesiva atención al detalle sería un rasgo estable, ya que está presente tanto en pacientes enfermas como en aquellas recuperadas, y también en sus hermanas sanas (24). El procesamiento global, por otra parte, se asociaría más a la enfermedad y mejoraría en grados variables en pacientes recuperadas (24).

Clínicamente, este tipo de procesamiento de la información enfocado en el detalle contribuye a que las personas con AN evalúen su cuerpo focalizándose en partes

específicas en vez de ver su totalidad (15). Del mismo modo, en relación a la comida, el foco de las pacientes estaría puesto en las calorías y contenidos grasos de cada alimento en lugar de una visión más integrativa que considere todo el valor nutricional de las comidas y como contribuyen a una alimentación sana y balanceada (22).

TERAPIA DE REMEDIACIÓN COGNITIVA PARA AN

Como se ha discutido anteriormente, las ineficiencias en flexibilidad cognitiva y la coherencia central débil caracterizan el procesamiento cognitivo de personas con AN y pueden actuar como factores de mantención del trastorno. En este contexto, la terapia de remediación cognitiva (TRC) surge como una intervención diseñada para ayudar a personas con AN a reflexionar sobre sus estilos cognitivos predominantes, para que puedan ajustar sus estrategias cognitivas y desarrollar nuevas herramientas y estilos de procesamiento cognitivo que podrán aplicar en su vida diaria (25). La idea es que a través de la reflexión sobre estilos cognitivos, una serie de ejercicios cognitivos, y tareas conductuales a ser realizadas entre las sesiones, los pacientes mejoren su flexibilidad cognitiva y desarrollen estrategias más eficientes de pensamiento integrativo. En relación al primer objetivo, se les ayuda a reconocer sus estilos de pensamiento inflexibles y luego a aplicar este conocimiento en las áreas en que presentan comportamientos rígidos tales como al comer, comprar comida o hacer ejercicio (12). El segundo objetivo implica ayudar a los pacientes a reconocer su excesivo enfoque en los detalles y promover el desarrollo del pensamiento más global, por ejemplo pasar de enfocarse en las calorías de los alimentos a tener una visión más amplia de los efectos de la AN en los distintos ámbitos de su vida incluyendo relaciones, trabajo y calidad de vida (12).

A diferencia de otras terapias, la remediación cognitiva aborda los *procesos* cognitivos (*cómo* piensan los pacientes) más que el *contenido* de los pensamientos (*qué* pien-

san los pacientes), y también se distingue en que no aborda directamente sentimientos o emociones (26). Estas características sugieren que la TRC podría tener utilidad como una primera aproximación a tratamiento. Por una parte, se ha planteado que los estilos cognitivos de las personas con AN enunciados anteriormente podrían impactar negativamente en procesos psicoterapéuticos que se enfocan principalmente en los contenidos del pensamiento, por lo que la TRC podría contribuir a preparar el camino para otras psicoterapias (12, 15, 27). Más aún, el no enfocarse en los sentimientos podría aumentar la aceptabilidad de esta intervención como puerta de entrada a otras terapias al proveer un espacio no amenazador para pacientes que aún no están preparadas para trabajar aspectos emocionales (15, 27).

La TRC para la AN se puede realizar en pacientes ambulatorios u hospitalizados. En pacientes que han sido ingresados a una unidad de internación, la remediación cognitiva puede ser la intervención inicial antes de comenzar otras psicoterapias; en pacientes en control ambulatorio también se puede implementar en forma complementaria a otras intervenciones (15).

Formato de la TRC: El tratamiento consiste en un módulo de 10 sesiones, cada una de 30 a 45 minutos de duración, que se realizan con una frecuencia de 1 o 2 sesiones por semana (26, 27). Se utiliza un estilo motivacional para comprometer al paciente con el proceso, y se espera que la terapia de remediación cognitiva sea un espacio seguro, positivo y libre de juicios en el cual el paciente pueda aprender y experimentar (15).

Elementos de las Sesiones de Remediación Cognitiva: Los elementos principales de las sesiones son los siguientes (15, 27, 28):

- La realización de ejercicios/actividades en los que emergen los estilos cognitivos predominantes; discusión y reflexión entre paciente y terapeuta sobre las estrategias cognitivas utilizadas.
- Identificación de fortalezas y debilidades

Revisiones de Temas

de las estrategias utilizadas y reflexión sobre cómo estas se aplican a la vida cotidiana del paciente; discusión entre paciente y terapeuta sobre cómo algunos estilos cognitivos pueden ser útiles en algunas situaciones y no en otras.

- Aprendizaje de estrategias cognitivas nuevas que se practican en la sesión y se aplican a la vida cotidiana del paciente.
- Discusión y reflexión sobre tareas o experimentos conductuales realizados entre las sesiones para practicar las nuevas estrategias cognitivas.

Estructura de sesiones: En las primeras sesiones el terapeuta debe explicar al paciente la lógica detrás de la terapia de remediación cognitiva para la AN, y también se debe establecer una buena alianza terapéutica. Se introducen los ejercicios y se fomenta el que el paciente vaya relacionando su desempeño en los ejercicios con sus comportamientos de la vida diaria. En las sesiones 4-6 se continúa con la práctica de los ejercicios cognitivos y se enfatiza la reflexión sobre las fortalezas y debilidades de las estrategias cognitivas identificadas. Es importante que el paciente reconozca sus fortalezas, lo cual contribuye a aumentar su confianza. Además, se introducen las tareas o experimentos conductuales entre sesiones (15).

En las sesiones 6-8 se mantienen las actividades de las sesiones anteriores, poniendo cada vez mayor énfasis en los experimentos conductuales que el paciente realiza entre sesiones. Estos experimentos pueden ser sencillos, como por ejemplo tomar una ruta diferente en un trayecto habitual, o sentarse en un puesto diferente a la hora de comer, pero pueden ayudar a los pacientes a mentalizar e internalizar los estilos cognitivos nuevos y darles una sensación de logro (15).

En la novena sesión se agrega la reflexión y discusión sobre estrategias para mantener los cambios tras el término de la terapia de remediación cognitiva, y se anticipan posibles dificultades que podrían surgir y formas de superarlas. Además, se introduce

la idea de cartas de despedida. La carta de despedida es una estrategia motivacional en la cual tanto el paciente como el terapeuta reflexionan sobre la experiencia de la intervención, los estilos cognitivos identificados y las nuevas estrategias aprendidas, los principales logros del paciente, áreas que deben seguir trabajando, formas para mantener los cambios alcanzados y como seguir avanzando después de la intervención. Se le pide al paciente que incluya los aspectos que le parecieron más y menos útiles, que comente sobre la aplicabilidad a su vida diaria, si recomendaría la remediación cognitiva a otras personas y sugerencias para mejorar la intervención. En la décima sesión se intercambian y se discuten las cartas de despedida (15).

Ejercicios de la TRC: La TRC incluye ejercicios diseñados para fomentar un estilo de procesamiento cognitivo flexible (“set-shifting”), otros para estimular el pensamiento global (coherencia central), y otros que requieren de ambas estrategias. Hay variaciones importantes en las características cognitivas de los pacientes con AN: algunos tienen un estilo de pensamiento bastante flexible pero coherencia central débil, mientras que otros tienen un estilo de procesamiento cognitivo rígido pero logran un pensamiento más global e integrativo (12). Por esta razón, el terapeuta debe ser flexible y combinar los ejercicios según las necesidades del paciente para que las sesiones sean motivantes, desafiantes y alentadoras.

Los ejercicios de flexibilidad cognitiva tienen como objetivo aumentar la capacidad de cambiar de un estímulo a otro con facilidad; requieren que el paciente alterne entre grupos de estímulos o niveles de procesamiento lo cual implica aumentar el control sobre el foco de atención y la facilidad con la que se mueve entre diferentes ideas y tareas. Un ejemplo de estos ejercicios son las “Tareas de Stroop” en sus distintas variaciones: en el “Stroop Colores” el paciente debe leer unas frases y decir el color en el que está escrita cada palabra ignorando lo que dice la palabra, y luego alternar a decir

cada palabra ignorando el color en el que está escrita; en el “Stroop Flechas” se debe alternar entre decir la dirección en la que apunta una flecha (Norte, Sur, Este, Oeste) y decir la dirección opuesta de donde apunta la flecha; en el “Stroop Imágenes” el objetivo es alternar entre decir lo que una imagen representa y la palabra que aparece escrita sobre la imagen (15, 27).

Otro ejercicio de flexibilidad cognitiva es el de “Atención Alternante” en la cual el paciente debe seguir el alfabeto y alternar entre generar nombres femeninos y masculinos para cada letra (27). Si al paciente le parece muy fácil el ejercicio se puede agregar una tercera categoría (nombres femeninos, masculinos, y animales). La idea de este ejercicio es que el paciente practique alternar fluidamente entre dos piezas de información (nombres femeninos y masculinos), mientras tiene en mente una regla general del ejercicio (que debe recordar la respuesta anterior, es decir la letra del alfabeto) (15). Después de realizar el ejercicio se ayuda al paciente a reflexionar sobre cómo lo que aprendió se podría relacionar a situaciones de su vida cotidiana. El ejemplo a continuación es la reflexión de una paciente:

“...Hablamos mucho sobre mi habilidad para alternar entre dos tareas... exploramos esto más allá utilizando el ejemplo de ser interrumpida por un colega el estar leyendo un documento en el trabajo. Usualmente, yo miraría esto como una intrusión, sin embargo una forma más positiva de mirarlo sería verlo como una elección activa- estoy dándole mi atención a esta otra actividad, en vez de verlo como una acción reactiva o pasiva de ser molestada. Puedo ver los beneficios de aproximarme a situaciones de esta forma ya que podría llevarme a ser más flexible y estar más dispuesta en vez de estar molesta por la supuesta intrusión.” (15, página 86).

Los ejercicios de procesamiento global tienen por objetivo aumentar el uso de estrategias integrativas al aproximarse a diferentes tareas en lugar de enfocarse excesivamente en los detalles. En los ejercicios

se practica el desarrollo de esta visión más amplia en tareas verbales y visuales. Un ejemplo de estos ejercicios es el de “Figuras Complejas”, en el que el paciente selecciona una figura compleja y, sin mostrársela al terapeuta, le describe lo que debe dibujar para formar la figura. Si las instrucciones del paciente son demasiado detalladas la tarea se dificulta, por ejemplo en el caso que el paciente describa que hay cuatro líneas individuales en vez de decir que hay un cuadrado. Por otra parte, la selección de elementos más globales y relevantes por parte del paciente al describir la figura es un método más eficiente y le facilitará la tarea al terapeuta. Cuando el dibujo está listo, se compara el original con el que hizo el terapeuta y se reflexiona sobre el ejercicio. El objetivo es que el paciente descubra su estilo cognitivo a través de la descripción que dio de la figura. Se estimula al paciente a relacionar este estilo de pensamiento a situaciones de su vida diaria en las que elementos irrelevantes nublan los más relevantes y enfocarse en los detalles le impide tener una visión global (15).

Otro ejercicio de procesamiento global es la “Idea Principal”, en el que se le entrega al paciente un texto o una carta con una gran cantidad de información y se le pide que identifique los puntos principales o ideas más relevantes y lo que es detalle, para luego hacer un resumen breve de lo leído. Luego se reflexiona sobre el ejercicio y se relaciona con situaciones de la vida diaria, por ejemplo preguntándole al paciente si logra seguir la trama de los libros que lee o sólo recuerda algunas partes específicas, o si al hablar con alguien logra seguir el hilo de la conversación o se pierde al enfocarse solo en una de las ideas (15).

El siguiente es un ejemplo de la reflexión de una paciente sobre las estrategias aprendidas a través de los ejercicios de procesamiento global que realizó durante la terapia de remediación cognitiva:

“...He encontrado que el concepto de tener una visión más amplia en la vida [...] es una estrategia útil en ayudarme a manejar mis

Revisiones de Temas

ansiedades sobre la alimentación. [...] También la he utilizado cuando me he preocupado por mi aumento de peso y me encuentro atrapada en ansiedades sobre engordar - he tratado de recordarme a mí misma que en el contenido total de mi vida, el peso es solo una parte de quien soy y no debería ser lo más importante. [...] También me ha ayudado a empezar a pensar en forma más global sobre mi recuperación y a ver que el comer y subir de peso es solo un aspecto de asegurar que me mejore y sea feliz - mirando la visión global en general, ahora puedo ver que necesito enfrentar muchos temas y hacer mucho cambios. Ahora puedo ver que quedé atrapada en el detalle de hacer dieta como distracción de enfrentar las realidades más grandes y responsabilidades en la vida.” (15, páginas 107-108).

Otros de los ejercicios de la terapia de remediación cognitiva tienen como objetivo fomentar un estilo de procesamiento cognitivo flexible y al mismo tiempo estimular el pensamiento global. Un ejemplo es el ejercicio de “Ilusiones”, en el cual el paciente mira un dibujo que puede ser visto desde al menos dos perspectivas diferentes, alternando entre una visión detallada y global; de este modo se practica el procesamiento cognitivo enfocado en detalles y el integrativo, y además el alternar entre diferentes piezas de información. Después de realizado el ejercicio se puede ayudar al paciente a relacionarlo con situaciones de su vida cotidiana indagando sobre si le resulta difícil ver las cosas desde un punto de vista diferente o cambiar de opinión, o si al estar en desacuerdo con alguien logra ver la situación desde su perspectiva (15). El ejemplo a continuación es la reflexión de una paciente sobre el ejercicio de “Ilusiones”:

“...También me he dado cuenta de la importancia de ser más flexible y relajada en mi pensamiento a través de tareas tales como el ejercicio de Ilusiones. Estas me han enseñado a tratar de ver las perspectivas de otras personas sobre las cosas, y me han recordado aceptar las opciones e ideas de otros aun que yo tenga dificultad en verlas. También

he pensado, impulsada por los ejercicios, que quizás hay más de una manera de verme a mí misma, y que quizás puedo ser vista como no todo malo, y también que otras personas me podrían estar viendo y juzgando por otras cosas aparte de mi peso o talla de ropa.” (15, página 108).

RESULTADOS DE LA TRC PARA AN

Estudios realizados hasta la fecha han demostrado resultados alentadores de la TRC para AN. En un estudio reciente (35) que incluyó a 30 mujeres hospitalizadas con AN, con una edad promedio de 26.1 años, los resultados mostraron que después de 10 sesiones de remediación cognitiva el desempeño en ejercicios de flexibilidad cognitiva mejoró en tiempo y disminuyó el número de errores de perseverancia, y también se observaron mejorías en el desempeño en ejercicios de procesamiento global. Además, el índice de masa corporal (IMC) de las participantes aumentó en forma significativa, de un promedio de 14.64 a 16.05, pese a que no se puede atribuir este aumento de peso solo a la TRC. Más aún, la intervención fue bien evaluada por las participantes quienes la describieron como útil y efectiva.

Otro estudio (33) que evaluó el desempeño neuropsicológico de 23 mujeres hospitalizadas con AN, con una edad promedio de 28.8 años, antes y después de las 10 sesiones de remediación cognitiva, obtuvo resultados similares: el desempeño cognitivo de las participantes mejoró después de la intervención, tanto en los ejercicios de flexibilidad cognitiva como en los de procesamiento global. Además, el IMC de las participantes aumentó en forma significativa de un promedio de 14.3 en la evaluación inicial a 16.1 después del tratamiento. Un estudio de seguimiento de estas pacientes demostró que las mejorías en su desempeño cognitivo se mantenían 6 meses después de la intervención (34).

Un estudio cualitativo (32) evaluó las percepciones de 19 pacientes entre 17 y 54 años, con una edad promedio de 30.3

años, que recibieron esta intervención. El 89% de los pacientes refirió estar satisfecho con el tratamiento, y 63% indicaron que recomendarían esta intervención a otras personas. Los participantes describieron el tratamiento como entretenida, interesante y refrescante, y destacaron que apreciaban el que no se enfocara en la alimentación ni el peso. Expresaron además que la intervención los había dejado con una sensación de logro y había aumentado su confianza. Describieron que la remediación cognitiva les había servido para comprender las ineficiencias en sus estilos cognitivo y comenzar a aplicar nuevas estrategias cognitivas e implementar cambios en sus conductas. Lograron reducir sus tendencias rígidas y perfeccionistas y ver las cosas de forma más holística. Además refirieron relaciones positivas con sus terapeutas a quienes describieron como empáticos y alentadores.

La perspectiva de los terapeutas que realizan TRC para AN fue evaluada en una investigación que analizó las cartas de fin de tratamiento escritas por 12 terapeutas para 23 pacientes que recibieron este tratamiento (26). Los resultados mostraron evaluaciones positivas de parte de los terapeutas quienes consideraron que esta intervención fue fácil de realizar y un aporte importante en el tratamiento de pacientes con AN.

TRC para AN en Adolescentes

La TRC fue desarrollada para adultos con AN. Sin embargo, debido a la epidemiología de este trastorno, hay creciente interés sobre su aplicabilidad en la población adolescente. Se sabe que las mujeres jóvenes son el grupo más vulnerable a la AN (12), y estudios sugieren que las tasas de incidencia de este trastorno están aumentando en mujeres entre 15 y 24 años, mientras que las tasas en mujeres adultas se mantienen estables (29,30). Por lo tanto, las adolescentes son la población blanco más importante para tratamientos de AN (12).

La adolescencia es un período de cambios biológicos y cognitivos, y se ha planteado

que la TRC podría ser particularmente útil en este grupo etario ya que los estilos de procesamiento cognitivo en adolescentes aún están en desarrollo y podrían por lo tanto ser más fácilmente modificables (31). Más aún, en esta población la duración de la enfermedad generalmente es menor que en la población adulta en la cual hay más pacientes crónicos, y se postula que podría ser beneficioso para el proceso de recuperación modificar estrategias cognitivas desadaptativas más temprano en la enfermedad (31).

Se ha estudiado el perfil neuropsicológico de adolescentes con AN, y se han encontrado importantes similitudes a adultos con AN crónica: los adolescentes con AN tienen menor flexibilidad cognitiva y coherencia central más débil que adolescentes sanos (12). Sin embargo, los problemas de "set-shifting" (flexibilidad cognitiva) en general son menos severos que en pacientes adultos crónicamente enfermos (12). Estos hallazgos confirman que una intervención como la TRC, que tiene como objetivo aumentar la flexibilidad cognitiva y mejorar la coherencia central (procesamiento cognitivo global), es altamente relevante para pacientes adolescentes con AN.

Resultados de la TRC para AN en Adolescentes

Se han realizado algunas investigaciones para evaluar la TRC en adolescentes y examinar la necesidad de modificar la intervención para hacerla más apropiada para este grupo etario. Un estudio (12) evaluó la TRC para adolescentes con AN que estaban hospitalizados en una unidad médica de corta estadía por bradicardia, ortostatismo, hipotermia o desnutrición severa (definida como peso menor al 75% del esperado para talla ajustada por edad y género). Los pacientes tenían entre 12 y 18 años, con una edad promedio de 14.5 años. De un total de 42 pacientes a los que se les describió la TRC y luego se les ofreció la intervención, 40 (95%) aceptaron, una tasa de aceptación sorprendentemente alta ya que es frecuente que los adolescentes con AN (en forma

Revisiones de Temas

similar a los adultos) sean muy resistentes a tratamiento y rechacen la opción de psicoterapia individual. Además, muchos de estos adolescentes habían sido hospitalizados en contra de su voluntad por lo cual se podría haber esperado que estuvieran menos abiertos a la posibilidad de participar en este tratamiento.

Una vez realizada la intervención los adolescentes evaluaron positivamente tanto la terapia como a sus terapeutas, lo cual también es inusual para adolescentes con AN en etapas tempranas de tratamiento. Describieron que los ejercicios les parecían entretenidos porque eran similares a actividades escolares que les eran familiares y en general se sentían competentes para realizarlos. En general no se frustraban frente al aumento de dificultad de los ejercicios y ningún participante pidió que se interrumpiera la terapia; más aún, algunos de los adolescentes solicitaron continuar la intervención en forma ambulatoria tras el alta hospitalaria. Las tareas les parecían interesantes en general, pero los terapeutas refirieron que se necesitaba aumentar la variedad de las tareas para mantenerlos comprometidos. Algunas de los ejercicios de flexibilidad cognitiva les parecían muy fáciles, lo cual se podría explicar por el hecho que los adolescentes con AN presentan menos problemas con “set-shifting” que sus contrapartes adultos. Por esta razón, se decidió aumentar la complejidad de estos ejercicios al trabajar con adolescentes. Además, en la tarea de la “Idea Principal”, cuyo objetivo es mejorar el procesamiento global, el lenguaje de los textos diseñados para adultos les parecía complejo y los temas de los textos aburridos; se planteó por lo tanto modificar los textos utilizados para hacerlos más interesantes y adecuados para este grupo etario. Algunos adolescentes refirieron dificultad en la reflexión posterior a la realización de los ejercicios (“pensar sobre el pensamiento”), lo cual parece esperable ya que en pacientes con edad promedio de 14 años la metacognición y el pensamiento abstracto son destrezas que aún están en desarrollo. Los participantes de esta investigación también refirieron que trabajar

en sus estilos de pensamiento les parecía útil, y apreciaban que el tratamiento no se enfocara en el peso o la comida. Esto es esperable ya que en esta etapa temprana de tratamiento los pacientes en general tienen escasa motivación para cambiar patrones de conducta asociados a la alimentación.

En este estudio (12) también se analizaron algunos beneficios de esta modalidad de tratamiento en el contexto de una unidad médica de corta estadía para adolescentes en la cual hay el tiempo disponible para la psicoterapia individual es limitado debido a otras intervenciones (comidas y colaciones, tratamientos médicos, grupos psicoeducativos, etc). La TRC se realizó en sesiones cortas, de 25 a 40 minutos, en horarios flexibles y podía realizarse sin problemas en pacientes con reposo absoluto en cama. Además debido a su gravedad muchos de estos pacientes no estaban en condiciones de comenzar psicoterapias orientadas al insight. Más aún, como ya se ha mencionado, la TRC no abarca temas emocionales o tan íntimos como otras terapias y pese a que la relación terapéutica es importante no se requiere de una relación interpersonal tan profunda con el tratante. Esto podría ser un beneficio adicional en contextos de pacientes hospitalizados ya que disminuye el riesgo que post alta sientan que perdieron un confidente y que les parezca difícil iniciar un nuevo proceso psicoterapéutico ambulatorio con otro terapeuta.

Finalmente, una limitación para la TRC en este estudio fue que para pacientes adolescentes severamente desnutridos podía ser difícil mantener la concentración que se requiere para esta intervención. Además, ya que las hospitalizaciones eran cortas y el alta muchas veces se decidía de un día a otro se pudieron realizar en promedio solo 5 sesiones. Por esta razón se planteó que sería útil desarrollar un protocolo más breve para ser aplicado en este grupo de pacientes.

Dos investigaciones recientes han evaluado la TRC en formato grupal para adolescentes con AN. Un estudio (28) incluyó 9 pa-

cientes hospitalizados en una unidad para adolescentes especializada en trastornos de la conducta alimentaria (TCA), 8 mujeres y 1 hombre, entre 13 y 19 años. Se realizaron 10 sesiones grupales, inicialmente sesiones de 30 minutos 2 veces por semana y desde la tercera semana 1 sesión semanal con una duración de 45-60 minutos. En la última sesión se realizó una discusión grupal sobre la intervención, luego los pacientes escribieron cartas individuales con sus opiniones y completaron un cuestionario de evaluación. Los resultados mostraron que en general los pacientes habían encontrado la terapia de remediación cognitiva entretenida y habían logrado comprometerse con la intervención. Se destacó el caso de una de las participantes que se mantenía bastante aislada en la unidad y que estuvo dispuesta a comprometerse con este proceso pese a haber rechazado toda la instancia grupales ofrecidas previamente. Los participantes disfrutaron la mayoría de los ejercicios y se sintieron empoderados al lograr realizarlos, pese a que algunos refirieron que ciertos ejercicios eran demasiado fáciles y otros describieron que les costaba mantener la concentración en sesiones que duraban más de 30 minutos. Los adolescentes desarrollaron una buena relación terapéutica con los dos facilitadores del grupo y describieron que este tratamiento les había servido para darse cuenta que era posible ver las cosas desde distintas perspectivas.

Clínicamente, los facilitadores del grupo notaron que durante el desarrollo de la terapia los participantes se hicieron más conscientes de sus déficits cognitivos y se mostraron más dispuestos a discutir sobre sus estilos de pensamiento. Además los adolescentes lograron relacionar lo que aprendían en las sesiones a situaciones de su vida diaria y discutir sobre estrategias alternativas que podrían ser más útiles. Más aún, los facilitadores describieron mejorías claras en los desempeños de los participantes en algunas actividades, tal como el ejercicio de "Figuras Complejas", y destacaron que en las discusiones grupales posteriores a los ejercicios surgían sugerencias para es-

trategias cognitivas que podrían beneficiar a algún adolescente en particular. Los autores del estudio concluyeron que la TRC es una intervención útil para adolescentes y con buena aceptación en este grupo etario, y que el siguiente paso debe ser evaluar su eficacia utilizando evaluaciones neuropsicológicas y psicométricas antes y después del tratamiento.

Otro estudio reciente (31) evaluó la TRC en formato grupal para adolescentes con AN en pacientes ambulatorios que participaban en un programa intensivo diurno de 6 semanas de duración en un servicio especializado en TCA en niños y adolescentes. Un total de 24 adolescentes, 23 mujeres y 1 hombre, participaron en 4 sesiones grupales de remediación cognitiva, en grupos de 4-6 participantes. Se evaluaron los cambios en flexibilidad cognitiva aplicando al Escala de Flexibilidad Cognitiva (desarrollada por Martin & Rubin, 1995), una escala de auto reporte, antes y después del tratamiento, y también se examinaron las percepciones de los participantes sobre la intervención. Los resultados mostraron una mejoría pequeña en la flexibilidad cognitiva de los adolescentes tras las cuatro sesiones de terapia de remediación cognitiva grupal. Esta mejoría en flexibilidad cognitiva es menor a la que se ha encontrado en pacientes adultos que han realizado las 10 sesiones de TRC individual, y se planteó que las 4 sesiones aplicadas en este estudio pueden haber sido insuficientes para producir los cambios esperados. Además, ya que se utilizó una escala de auto reporte, es posible que ésta no haya reflejado con exactitud el cambio en flexibilidad cognitiva. Por lo tanto, se necesitan mayores estudios utilizando otras medidas de flexibilidad cognitiva.

Las percepciones de los adolescentes sobre la intervención fueron positivas en general y similares a las descritas previamente: la intervención les pareció aceptable y les sirvió para empezar a conocer sus estilos de pensamiento y reflexionar sobre cambios que podrían realizar en sus comportamientos en la vida diaria. En general los

Revisiones de Temas

ejercicios les parecieron entretenidos e interesantes, aunque sugirieron que se debería aumentar la variedad de éstos y que se deberían incorporar más experimentos conductuales a ser realizado entre sesiones para probar nuevas estrategias cognitivas.

CONCLUSIONES

La AN es una enfermedad grave que generalmente se inicia en la adolescencia y afecta a mujeres jóvenes. Diversos tratamientos psicológicos y farmacológicos que se han empleado en general no han demostrado buenos resultados, y no se ha logrado mejorar el pronóstico de este trastorno. Se han analizado los factores predisponentes y mantenedores de la AN con el objetivo de desarrollar nuevas herramientas terapéuticas, y los estilos de procesamiento cognitivo de estos pacientes se han convertido en un foco de creciente interés.

Estudios han demostrado que las personas con AN presentan ineficiencias cognitivas principalmente en dos dominios: el "set-shifting" o flexibilidad cognitiva y la coherencia central o estilo de procesamiento global; es decir, tienden a tener estilos cognitivos rígidos y enfocarse en forma excesiva en los detalles en desmedro de una visión más amplia e integrativa. Más aún, la investigación en neuropsicología ha planteado que el déficit de flexibilidad cognitiva y la excesiva atención al detalle podrían ser endofenotipos de la AN.

La TRC para AN fue desarrollada para adultos con este trastorno con el objetivo de mejorar su flexibilidad cognitiva y coherencia central, con la esperanza que esto se traduciría en mejorías clínicas y pronósticas. Los resultados de esta intervención en esta población han sido alentadores: la intervención ha tenido alta aceptabilidad entre los pacientes y ha sido evaluada positivamente por ellos; se han demostrado mejorías en el desempeño cognitivo de los pacientes tanto en los ejercicios de flexibilidad cognitiva como en los de procesamiento global, y estas se han mantenido en el tiempo; la intervención también ha sido

evaluada positivamente por los terapeutas.

Es importante destacar que, a diferencia de la mayoría de los tratamientos para AN, la TRC no se enfoca directamente en temas relacionados con la alimentación y el peso. Esto parece contribuir a la aceptabilidad de esta intervención por parte de los pacientes ya que hay alta resistencia a tocar estas temáticas, particularmente temprano en el tratamiento. Sin embargo, es interesante señalar que tras haber realizado los ejercicios, los pacientes tienden a reflexionar sobre cómo sus estilos cognitivos han repercutido negativamente en su enfermedad, y logran realizar cambios aplicando las nuevas estrategias aprendidas. Esto apoya la noción que las mejorías en estilos de procesamiento cognitivos logradas a través de la TRC podrían traducirse en mejorías clínicas. Se requieren más estudios para evaluar el impacto de este tratamiento en la sintomatología y el pronóstico la AN.

Debido a la epidemiología de este trastorno, hay creciente interés en evaluar la aplicabilidad y eficacia de la TRC en adolescentes con AN, y evaluaciones neurocognitivas en esta población han demostrado ineficiencias cognitivas similares a los pacientes adultos. Las escasas investigaciones sobre TRC en adolescentes con AN realizadas hasta la fecha sugieren que es una intervención con alta aceptabilidad en este grupo etario y que sería útil para que los adolescentes puedan conocer sus estilos de pensamiento y aprender nuevas estrategias cognitivas aplicables a la vida cotidiana.

Se ha planteado que este tratamiento podría ser especialmente beneficioso para adolescentes ya que sus estilos de procesamiento cognitivo aún están en desarrollo. Resulta interesante examinar el impacto que podría tener esta intervención considerando esta perspectiva evolutiva de la maduración cognitiva. Tal como se describió en este trabajo, algunos adolescentes podrían tener dificultades en la metacognición, en pensar sobre el pensamiento, después de realizados los ejercicios. Esto se explicaría

porque en esta etapa se está adquiriendo el pensamiento hipotético-deductivo, y podría haber diferencias en la capacidad de pensar en forma abstracta dependiendo de la edad del adolescente y también de factores individuales. Sin embargo, se podría plantear que la terapia de remediación cognitiva podría apoyar al adolescente en el desarrollo del pensamiento abstracto. También se pueden considerar las ideas de David Elkind (36) sobre las características del pensamiento en esta etapa en la cual se está desarrollando el pensamiento hipotético-deductivo. La tendencia a discutir, en la cual los adolescentes buscan oportunidades de poner a prueba sus capacidades de razonamiento, parece ajustarse muy bien a los ejercicios que forman la base de esta intervención. Más aún, su tendencia a la autoconciencia, caracterizada por la suposición que todos los demás están pensando en lo que ellos están pensando, es decir en ellos mismo, cabe bien dentro de los estilos cognitivos que este tratamiento intenta desafiar. En base a todo lo anterior, se puede concluir que la TRC podría ayudar a los adolescentes a avanzar a la siguiente etapa evolutiva del desarrollo cognitivo, y de esta forma constituirse en una intervención muy provechosa para esta población. Se necesita mayor investigación en TRC tanto individual como grupal para adolescentes con AN para evaluar cómo influye en el desarrollo cognitivo de esta población, y su impacto clínico y pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López C. & Treasure J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes* 22(1):85-97.
2. Treasure J. & Russell G.(2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry* 199:5-7.
3. Treasure J., Claudino A.M. & Zucker N. (2010). Eating Disorders. *The Lancet* 375(9714):583-593.
4. American Psychiatric Association. (2006). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition. EEUU: American Psychiatric Association.
5. Bulik C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., et al. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 40:310-320.
6. Lock J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 24:274-279.
7. Lock J. (2010). Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva Psichiatri* 51(3): 207-216.
8. Lock J., Le Grange D., Agras W.S., Moyer A., Bryson S.W. & Jo B. (2010). Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 67(10): 1025-1032.
9. Lena S. M., Fiocco A. J. & Leyenaar J. K. (2004). The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychological Review* 14: 99-113.
10. Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D., et al. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychological Medicine* 26:15-28.
11. Southgate L., Tchanturia K. & Treasure, J. (2006). Neuropsychological Studies in Eating Disorders: A Review. En P. I. Swain (ed.), *Eating Disorders: New Research*; pp. 1-69. USA: Nova Science Publishers.
12. Tchanturia K. & Lock J. (2010). Cognitive Remediation Therapy for Eating Disorders: Development, Refinement and Future Directions. En R.A.H. Adan and W.H. Kaye (eds.), *Behavioural Neurobiology of Eating Disorders, Current Topics in Behavioural Neurosciences* 6; pp. 269-287, Berlin: Springer-Verlag.
13. Wykes T. & Reeder C. (2005). Cogni-

Revisiones de Temas

- tive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice. New York: Routledge.
14. Lezak M., Howieson D., Loring D., et al. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th Edition). New York: Oxford University Press, Inc.
 15. Tchanturia K., Davies H., Reeder C. & Wykes T. (2010). *Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa* (Manual). En prensa. Utilizado con autorización de la primera autora.
 16. Tchanturia K, Harrison A, Davies H, Roberts M, Oldershaw A, et al. (2011) Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE* 6(6):e20462. doi:10.1371/journal.pone.0020462.
 17. Roberts M.E., Barthel F.M.-S., López C., Tchanturia K. & Treasure J.L. (2011). Development and validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in eating disorders. *Eating Behaviors* 12:168-174.
 18. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, Harrison A, Nakazato M, et al. (2012). Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS ONE* 7(1):e28331. doi:10.1371/journal.pone.0028331.
 19. Roberts M. E., Tchanturia, K., Stahl D., Southgate L. & Treasure J. (2007) A systematic review and meta-analysis of set shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine* 37(8):1075-1084.
 20. Roberts M.E., Tchanturia K. & Treasure J.L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* 44(14):964-70.
 21. Holliday J., Tchanturia K., Landau S., Collier D. & Treasure J. (2005). Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *Am J Psychiatry* 162:2269-2275.
 22. López C., Tchanturia K., Stahl D., et al. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 41:143-152.
 23. Lopez C., Tchanturia K., Stahl D. & Treasure J. (2008). Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine* 38:1393-1404.
 24. Roberts M.E., Tchanturia K. & Treasure J.L. (2012). Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? *World J Biol Psychiatry* PMID: 22263673.
 25. Tchanturia K., Davies H. & Campbell I. C. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 6, doi:10.1186/1744-1859X-1186-1114.
 26. Easter A. & Tchanturia K. (2011). Therapists' experiences of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: implications for working with adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 16:233-246.
 27. Pretorius N. & Tchanturia K. (2007). Anorexia nervosa: how people think and how we address it in psychological treatment. *Therapy* 4:423-433.
 28. Wood L., Al-Khairulla H. & Lask B. (2011). Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 16:225-231.
 29. Lucas A.R., Beard C.M. et al. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatry* 148:917-929.
 30. Lucas A.R., Crowson C. et al. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 26:397-405.
 31. Pretorius N., Dimmer M., Power E., Eisler I., Simic M., Tchanturia K. (2012). Evaluation of a Cognitive Remediation Therapy Group for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot study. *European Eating Disorder Review* DOI: 10.1002/erv.2176.
 32. Whitney J., Easter A. & Tchanturia K. (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: A qualitative study. *International Journal of Eating Disor-*

- ders 41:542-550.
33. Tchanturia K, Davies H, López C, Schmidt, U, Treasure J & Wykes T. (2008). Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case series. *Psychological Medicine* 38(9):1371-3.
 34. Genders R., Davies H., StLouis L., et al. (2008). Long-term benefits of CRT for anorexia. *British Journal of Healthcare Management* 14:105-109.
 35. Davies H., Fox J., Naumann U., Treasure J, Schmidt U. & Tchanturia K. (2012). Cognitive Remediation and Emotion Skills Training for Anorexia Nervosa: An Observational Study Using Neuropsychological Outcomes. *European Eating Disorders Review* DOI: 10.1002/erv.2170.
 36. Elkind D. (1998). *Teenagers in crisis: All grown up and no place to go*. Reading, MA: Perseus Books.

Actualización en intervenciones psicoterapéuticas en el Trastorno Bipolar de niños y adolescentes

An Update on psychotherapeutic interventions in Bipolar Disorders in children and adolescents

Psic. Cristian Yañez¹, Psic. María Elena Montt².

Resumen. Se presenta una revisión actualizada de los principales estudios en intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento del trastorno bipolar en la infancia y adolescencia (TBPI), considerando las dos perspectivas fundamentales en investigación en psicoterapia: basadas en la evidencia y estudios de casos. Se discuten las implicancias en la clínica a partir de las ventajas y desventajas de las principales investigaciones, concluyendo la necesidad de que las intervenciones psicosociales se complementen con intervenciones farmacológicas, a fin de compensar la sintomatología asociada y promover los logros planteados por cada modelo de intervención en particular.

Palabras clave: Intervenciones psicoterapéuticas, trastorno bipolar en la infancia y adolescencia, estudios basados en la evidencia, estudios de casos.

Abstract. This paper presents an updated review of principal research on psychotherapeutic interventions for the treatment of pediatric bipolar disorder (PBD), considering the two fundamental perspectives in psychotherapy research: evidence-based and case studies. We discuss the implications for the clinic from the advantages and disadvantages of the main research and concluded the need for psychosocial treatments are complemented by pharmacological interventions, in order to offset the associated symptoms and promote the achievements raised by each intervention model in particular.

Key words: Psychotherapeutic interventions, pediatric bipolar disorder, evidence-based studies, case studies.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar en la infancia y adolescencia (TBPI) se caracteriza por presentar estados de ánimo mixtos, ciclaje rápido, ánimo exacerbado, predominio de la irritabilidad y frecuentemente condiciones co-morbidas (1). El curso es crónico, con una discapacidad importante, principalmente en el área escolar, interpersonal y familiar (2).

El estudio de este cuadro es reciente y no exento de polémicas en relación a la aplicabilidad directa de los criterios del tras-

torno en adultos planteados por Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) a los niños y adolescentes. Buscando una integración, la presentación clínica del TBPI se ha conceptualizado a través de fenotipos *típicos* y *atípicos*. Los primeros corresponden al trastorno bipolar (TB) de tipo I y II planteado por el DSM-IV, considerando la recurrencia de manía, depresión o hipomanía. Los segundos corresponden a una presentación de estados mixtos, ciclaje rápido o cronicidad de la sintomatología, presentándose de acuerdo a la etapa evolutiva, siendo este fenotipo el más frecuente en los TBPI (3).

-
1. Alumno Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica Infante Juvenil, Becario Conicyt para la Beca de Magister en Chile 2012, Psicólogo Clínica de Atención Psicológica CAPs, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
 2. Psicóloga, Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Sede Norte, Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Dada la complejidad y cronicidad del trastorno, el tratamiento incluye el abordaje farmacológico y en segundo lugar psicosocial. La presente revisión teórica versará sobre los tipos de tratamientos psicosociales publicados hasta el momento para el TBPI. La especificidad se basa en el carácter particular de la manifestación clínica en este periodo de la vida y la importancia que un abordaje temprano, en conjunto con la estabilización farmacológica del ánimo, mejora el pronóstico y curso del cuadro.

Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia.

En la literatura científica se observan algunos modelos de intervención en TBPI que han mostrado evidencia importante en efectividad para la reducción sintomatológica y mejoría del funcionamiento familiar y personal del niño o joven afectado. Al respecto, se ha observado que la psicoeducación y el entrenamiento de estrategias y habilidades han sido favorables para el manejo de los efectos secundarios de la medicación y promover adherencia al tratamiento farmacológico (5).

Dentro de la revisión efectuada por Montt (3) al respecto, destacan intervenciones como la *terapia cognitivo conductual* (TCC), testada en una variedad de trastornos psiquiátricos tanto en adultos como en niños y en procesos psicoterapéuticos con problemáticas de menor gravedad (4). En el caso del TBPI, se ha encontrado evidencia en el manejo de las fases depresivas. La intervención es similar a la del cuadro depresivo solo, abordando la regulación emocional y reestructuración cognitiva por medio del seguimiento de los estados del ánimo, ejercicios para la modificación de cogniciones negativas y el refuerzo positivo, buscando incrementar habilidades sociales y de resolución de conflictos. En adolescentes se encontró que la TCC tiene efectividad en la fase aguda del estado depresivo y previniendo la distimia, depresión mayor y cuadros ansiosos, en contraste a la terapia de apoyo y terapia familiar funcional (3).

La *terapia interpersonal y de ritmos sociales* se fundamenta en la sensibilidad de los sujetos con trastorno bipolar a los ritmos biológicos del cuerpo. Los cambios en la rutina repercuten en el “reloj biológico”, desencadenando los episodios depresivos o maníacos. Se ha testado con resultados positivos en el TBPI y los cuadros depresivos, principalmente en la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas. Además, promueve la comprensión de la enfermedad, la atenuación del efecto de los estresores exógenos y los conflictos personales, y la regulación de rutinas en el niño. Esencialmente, usa la terapia interpersonal, técnicas conductuales y psicoeducación (3).

Un tercer tipo de intervención, la *terapia interpersonal*, aborda igualmente el manejo de la fase depresiva. El cuadro depresivo emergería a raíz de la falta de habilidades para hallar soluciones a los problemas en las relaciones interpersonales. La terapia es breve y focalizada en el “aquí” y en el “ahora”, enfatizando lo vincular y las situaciones que gatillan estrés. La metodología implica el uso de la psicoeducación y la contención en relación al diagnóstico y la pérdida de la salud. En el trabajo con adolescentes, se aborda la temática del duelo y de las implicancias interpersonales que conlleva la sintomatología del trastorno. Con este tratamiento se ha evitado la recaída a través de controles mensuales en un intervalo de 6 meses (3).

Uno de los tratamientos que actualmente ha alcanzado altos niveles de difusión, a raíz de la propuesta integrativa de varios modelos de intervención psicoterapéutica, y trabajo para ampliar su evidencia, es la *terapia familiar-focal cognitivo-conductual* (CFF-CBT) desarrollada por Many Pavulury y cols. en relación al TBPI(1-3, 6-8). Sus fundamentos aluden la asociación de determinados objetivos a lograr durante ésta y el correlato biológico del trastorno. Este último, alude a la disfunción del circuito afectivo del cerebro en las zonas corticales y amigdalinas ante situaciones exógenas frustrantes, implicando dificultades

Revisiones de Temas

importantes en la regulación y modulación afecto. A través del acrónimo RAINBOW (Tabla 1), proponen la intervención como una metáfora de la distinta gama de afectos, partiendo de polaridades (azul y rojo) homologables a los polos dentro de los cuales el ánimo del niño fluctúa (depresión y manía) y se mantiene (6).

Tabla 1: Terapia RAINBOW para TBPI6-8

R: Rutina:	Implementar una rutina simple que otorgue un ambiente predecible y estructurado para el niño. Se busca reducir la excesiva reactividad y la tensión que se produce con los cambios de esquemas diarios. Se implementa la higiene del sueño.
A: Regulación Afectiva	Se promueve la auto-monitorización de los estados del ánimo a través del uso de la metáfora del arcoíris, para que el niño puntúe su ánimo diario. Con los padres se trabaja la contención y reacciones adecuadas ante las crisis de ánimo del niño.
I: Yo puedo hacerlo (I can do it!)	Se genera una lista de características positivas de él para que el niño pueda desarrollar una imagen positiva de sí mismo, buscando motivarlo para lograr una efectiva resolución de problemas. Con los padres se trabaja el reforzamiento y retroalimentación positiva con el niño.
N: No a los pensamientos negativos y vivir el ahora	Se trabaja el reconocimiento de pensamientos útiles y dañinos con el objetivo de moderar las reacciones ante las crisis del niño y evitar el deterioro familiar por un aumento de sentimientos de frustración o tristeza. También se aborda el trabajo “en el presente” para aminorar la sensación de desconcierto o agote por el cuadro que cursa el niño.
B: Ser un Buen amigo y estilo de vida balanceado	Se trabaja con el niño el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales con pares, a fin de generar vínculos altamente significativos. Se entrenan habilidades sociales y se testean en vivo con él. Se trabaja con los padres en innovar el estilo de vida estresógeno, hostil y que consuma tiempo y energías de la familia.
O: Oh, ¿cómo puedo resolverlo?	Implica el uso de estrategias de resolución de problemas cuando el niño está calmo, conllevando el análisis de las soluciones posibles, implementación de nuevas estrategias y en conjunto con los padres, incorporando al niño como un “partner” resolutivo.
W: Vías para tener apoyo (Ways to get support)	Se trabaja la identificación de personas o instituciones que brinden apoyo, soporte y contención afectiva en situaciones difíciles. Conlleva analizar cuándo, cómo y dónde el niño puede obtener apoyo y cuáles serían expectativas apropiadas sobre los otros. Con el niño y los padres se enfatiza la búsqueda de apoyo como signo de fortaleza.
Integrando elementos de psicoeducación, terapia familiar y TCC, la terapia implica trabajo con el niño, los padres, hermanos y con el sistema escolar. Se diagrama en tres fases. La primera implica el establecimiento de la alianza terapéutica, realizar psico-	educación sobre las características del trastorno de forma comprensiva y exhaustiva, explicar el rol de la medicación y lograr el objetivo “R”. En la segunda fase, se busca incrementar

las experiencias positivas, moderar las tonalidades emocionales y sincronizarlas con las consecuencias negativas. Se implementan los objetivos "A", "I" y "N". Se busca influir en la regulación biológica del ánimo al intervenir en la percepción frustrante o negativa de los eventos ambientales.

La tercera fase apunta a la implementación de estrategias de resolución de problemas en el contexto interpersonal. Se abordan los objetivos "B", "O" y "W", buscando intervenir en el afrontamiento de los estresores ambientales que desencadenan la disregulación. De manera progresiva se incorporan otros cercanos al niño, como los hermanos y actores del sistema escolar (6).

La evidencia existente hasta el momento se basa en un ensayo abierto con 34 adolescentes entre 5 a 17 años con fines exploratorios, ya que la edad inicial del programa era para niños entre 8 a 12 años. La factibilidad se evaluó a través de la adherencia al tratamiento psicoterapéutico, cumplimiento de objetivos terapéuticos y satisfacción de los pacientes con la intervención. Se encontró un buen nivel de adherencia (asistencia promedio = 8 de 12 sesiones), un cumplimiento del 100% de los objetivos del programa y un nivel de satisfacción correspondiente a la categoría "muy satisfecho" (dentro de un continuo de 5 puntos que parte desde "muy insatisfecho") señalado por los padres o cuidadores. La reducción de síntomas se evaluó positivamente, encontrándose diferencias significativas ($p < 0,01$) antes y después del tratamiento respecto a los niveles de agresión, manía, hiperactividad, psicosis, depresión, trastornos del sueño, TDAH y funcionamiento general ($p < 0,0005$) (6, 8).

Resalta el involucrar a los actores cercanos a la red de apoyo más próxima del niño (familia y escuela) y la flexibilidad con las familias, respecto a su timing y necesidades para abordar durante la intervención (6, 7). Sin embargo, las dificultades de este estudio son metodológicas: la ausencia de un grupo control y enmascaramiento, la falta de

control de otras variables independientes (como la estabilización en el tiempo de la medicación, las habilidades de los terapeutas y la co-morbilidad, entre otras), además de no consultar a los niños sobre su nivel de satisfacción con el tratamiento, son aspectos que hacen a los investigadores plantear estos resultados como preliminares y no concluyentes sobre RAINBOW (6).

Posteriormente, se probó la efectividad del CFF-CBT para mantener los niveles de funcionalidad a largo plazo (1). Siguiendo a la muestra del estudio anterior (6), se implementó una fase de mantención que implicó sesiones de apoyo y de evaluación del tratamiento farmacológico. Se siguió post tratamiento durante tres años, siendo las sesiones de una vez por semana a una vez cada tres meses, en función de las necesidades de la familia y su acceso a la clínica. Se trabajaron elementos revisados durante el tratamiento inicial tanto con el niño como con su familia. También se abordaron las resistencias al cambio, implementando intervenciones específicas según el objetivo específico del acrónimo que suscitó dificultades en el grupo familiar. Los resultados indicaron la prolongación de los efectos positivos luego de pasar por la fase de mantención, comparando los resultados en los niveles sintomatológicos pre RAINBOW y luego de tres años ($p < 0,0001$), a diferencia de los resultados post RAINBOW y luego de los tres años de seguimiento ($p > 0,05$), implicando que la mejoría se mantuvo (1). Los investigadores concluyen que si bien es posible que existan barreras durante la fase de tratamiento propiamente tal, es imprescindible trabajar las resistencias al cambio posteriormente, reforzando lo revisado durante el tratamiento inicial a fin de mantener el efecto positivo de éste (1).

Se testó en un ensayo abierto la modalidad grupal de RAINBOW por un periodo de dos semanas, en sesiones paralelas de niños y padres, y con los mismos objetivos que la versión individual. Los padres de los 26 niños (9 años, edad promedio) evaluaron favorablemente las nuevas habilidades adquiridas ($p < 0,01$) a la vez que los niños

Revisiones de Temas

disminuyeron la sintomatología maniaca post tratamiento ($p < 0,01$), encontrándose factible la aplicabilidad del programa en una versión grupal. No obstante, conserva las dificultades metodológicas de ser un ensayo abierto y sin enmascaramiento (2).

Otro modelo de intervención basado en la evidencia que cuenta con antecedentes teóricos y empíricos de gran contundencia es la *terapia familiar focal (FFT)* de Mary Frisvad y cols. (3), la cual se basa principalmente en la psicoeducación, estrategias familiares y cognitivo conductuales (9), llamando a su modelo *Psicoterapia psicoeducativa (PEP)*. Ha sido la única intervención probada en depresiones severas y trastornos del espectro bipolar (TEBP) con resultados positivos en relación a la mejoría sintomática y del funcionamiento familiar. Los objetivos de ésta tienen que ver con entregar información sobre la etiología, curso, pronóstico y tratamiento del trastorno. También busca desestigmatizar al niño, resignificar la enfermedad en el niño, aminorando la culpa y separándolo de sus síntomas, e involucrar en la responsabilidad del tratamiento tanto al niño como a toda su familia. Así, el lema en cada sesión implica decir al niño “no es tu culpa, pero es tu cambio”.

La intervención cuenta con dos modalidades: una individual (IF-PEP) y otra grupal (MF-PEP). La IF-PEP consta de 20 a 24 semanas, con sesiones una vez por semana de 50 minutos, algunas con el niño y otras con los padres y hermanos. Se exponen temáticas vinculadas a los hábitos de salud, manejo de los conflictos en el ámbito escolar y psicoeducación en el trastorno. Por su parte, la MF-PEP aborda estas temáticas, pero más condensadas. Se efectúa en 8 semanas donde paralelamente dos terapeutas trabajan con el grupo de niños y otro con el grupo de padres, en sesiones de 90 minutos una vez por semana. Al iniciar cada sesión, se construye el tema a abordar, partiendo de la propuesta de temas por sesión que contempla cada modalidad (9). En la Tabla 2 se presenta el programa de la MF-PEP.

La evidencia encontrada en MF-PEP se llevó a cabo en un estudio randomizado controlado con sujetos de 8 a 12 años, encontrándose evidencia favorable para el grupo que recibió el tratamiento. Se redujo la severidad de la sintomatología del ánimo, incluso a un año después del tratamiento. Para la IF-PEP, en un ensayo de iguales características se aplicó el tratamiento, pero en 16 sesiones. Se encontraron mejoras en la utilidad del tratamiento, mejora del clima familiar y satisfacción con éste, incluso un año después de la intervención. No obstante, el tamaño muestral ($n=20$) no logró establecer significación en las diferencias encontradas. Luego, el IF-PEP se amplió en 20 a 24 sesiones (9).

Dentro de las dinámicas familiares disfunciones a tratar en el PEP se encuentra el nivel de expresividad emocional (EE) de los padres en relación al niño y su conducta. Ésta es definida por las reacciones hostiles, comentarios críticos y contagio emocional con el niño (3, 9, 10). Miklowitz y cols. buscaron conocer el efecto del nivel de EE de los padres en torno a la trayectoria sintomática en un grupo de adolescentes sometidos al FFT (FFT-A) a lo largo de dos años, a través de un estudio randomizado, controlado y doble ciego. Todos los sujetos de la muestra debían estar en tratamiento farmacológico. Ésta se dividió en un grupo de padres con bajos niveles de EE ($n_1=28$) y otro con altos niveles de EE ($n_2=24$). Dentro de cada grupo, se administró a un subgrupo la FFT-A de 22 sesiones por un año. Al otro, una intervención breve (EC) de tres semanas consistente en psicoeducación para prevenir recaídas, fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y mantener un ambiente familiar libre de conflictos (10).

Los resultados arrojaron una asociación significativa en torno al FFT-A, en contraste a EC, en el grupo de sujetos con padres con altos niveles de EE ($d \text{ Cohen}=0,54$), mientras que no se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos en los padres con baja EE ($d \text{ Cohen}=0,08$), en relación a la baja de la sintomatología

Tabla 2: Programa MF-PEP para trastornos del ánimo (9).

<i>Semana</i>	<i>Tema</i>
1	Con el niño: Reconocimiento y afrontamiento de emociones y síntomas. Con los padres: Trastornos del ánimo y sus síntomas.
2	Con el niño: Tratamiento de la enfermedad, incluida la medicación. Con los padres: Tratamiento de la enfermedad, incluida la medicación.
3	Con el niño: Construcción de un kit de estrategias de afrontamiento. Con los padres: Redes de salud mental y establecimientos educacionales.
4	Con el niño: “Pensar, sentir y hacer”, re-estructuración cognitiva. Con los padres: Círculos viciosos y dinámicas disfuncionales en la familia.
5	Con el niño: Aprendizaje de estrategias de resolución de problemas. Con los padres: Resolución de problemas en crisis del niño.
6	Con el niño: Habilidades de comunicación no verbal. Con los padres: Mejora de la comunicación al interior de la familia.
7	Con el niño: Habilidades de comunicación verbal. Con los padres: Manejo de los síntomas del niño y situaciones críticas.
8	Con el niño: Recapitulación y refuerzo de lo trabajado. Graduación. Con los padres: Recapitulación y refuerzo de lo trabajado. Graduación.

depresiva. Se obtuvo el mismo resultado en los padres con alto EE (*d Cohen*=0,62), pero en el de padres con bajo EE se observó mayor efectividad de EC sobre FFT-A (*d Cohen*= -0,52), en torno a la baja de la sintomatología maniaca. Se concluye en la efectividad de la FFT-A cuando el nivel de EE es alto en los padres, pero no cuando el EE es bajo. Esto implica que la FFT-A puede mitigar la asociación en el tiempo entre el estrés familiar y la desregulación emocional, a diferencia de EC, donde no se profundiza en las dinámicas familiares disfuncionales. Al no controlar el efecto de la medicación, no puede explicarse la mejoría sólo por la intervención psicosocial (10).

Finalmente, la Terapia Conductual Dialéctica (DBT) para adolescentes con TBP, con historial de sintomatología grave (suicidalidad y hospitalizaciones psiquiátricas) encontró resultados positivos en un ensayo abierto con 10 adolescentes entre 14 y 18 años, y sus padres. Se adaptó el modelo

tradicional destinado para el tratamiento de sujetos adultos con trastorno de la personalidad borderline. El punto en común sería que cualquier presentación clínica del TBP implica la incapacidad para la regulación de los impulsos y afectos. En el caso de adolescentes, se adaptó en función del lenguaje y gravedad del cuadro. Se efectuó el programa durante un año. Incluyó entrenamiento en habilidades para la familia, psicoeducación (con los mismos contenidos que en FTT) y el desarrollo de habilidades específicas para afrontar las desregulaciones anímicas (11).

Se comparó pre y post DBT en torno al nivel de suicidalidad (ideación o intento suicida y conducta autodestructiva), desregulación emocional, síntomas depresivos, síntomas maníacos y funcionamiento interpersonal (habilidades y conductas pro-sociales). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas sólo en las tres primeras variables, disminuyendo

Revisiones de Temas

los niveles post tratamiento. En las demás se observó una reducción, pero sin significación estadística (11).

Los resultados se explican por la primacía de gravedad sintomatológica por la línea depresiva en la muestra. También, la gravedad de la presentación clínica que caracterizaba esta muestra se asocia a la gravedad que presentan los sujetos borderline. No obstante, los autores sugieren que el impacto en la clínica del TBPI guarda coherencia con el supuesto de la desregulación, refiriéndose a que en un trastorno crónico y de características cíclicas es pertinente una intervención que aborde la construcción de habilidades para mejorar la regulación emocional (11).

Con respecto a las intervenciones en los fenotipos atípicos, como la *Disregulación emocional (DE)*, Cunningham y cols. (12) plantean una para el entorno escolar tradicional, con un modelo de psicoeducación a profesores, psicólogos escolares, pares del niño y apoderados con el objetivo de prevenir el fracaso escolar. Considera informar en torno al cuadro, sus manifestaciones frecuentes, modalidades de tratamiento, incluyendo el farmacológico y sus efectos secundarios. También se educa en medidas de apoyo al niño dentro del ambiente escolar. Dentro de éstas, proponen la estrategia de *resolución colaborativa de problemas (RCP)*, consistente en que los niños trabajen en cooperación con los adultos del medio escolar (profesores y asistentes de aula) en la resolución de conflictos, buscando atenuar la imposición de la voluntad del adulto por sobre la del niño y la consecuente escalada de conductas opositoras y sensación de estrés en ambas partes. También un manejo de casos que implique conocimiento por parte del profesor sobre las posibles manifestaciones conductuales que podría presentar un niño con DE que esté medicado, a fin de permitir, por ejemplo salidas al baño constantes, alimentación para prevenir náuseas, disminución de carga de trabajo, asignar ubicación estratégica dentro del aula, entre otras. Estas intervenciones aún están en estudio para probar su

efectividad.

Estudios cualitativos en intervenciones psicoterapéuticas para el TBPI.

Desde otro marco metodológico y conceptual, destaca el trabajo de Henley (13), quien efectúa una revisión de cuatro casos clínicos de niños y adolescentes que presentan TBPI y co-morbilidad psiquiátrica en el uso del *arte-terapia*. Volviendo la antigua relación entre la genialidad artística y la locura, problematiza la falta de adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los niños y jóvenes afectados, planteando que el impulso en la creatividad, imaginación y actividad artística, más visible cuando se está en fase maniaca, se ve apagado por efecto de la medicación.

La intervención terapéutica que trabaja a través del arteterapia corresponde a la técnica de *nombrar al enemigo*, implementada en la sesión 2 de la MF-PEP, la cual promueve el reconocimiento de los estados anímicos polares que caracteriza la enfermedad a través de la metáfora del “enemigo” (estados de irritabilidad, explosividad, rabietas, etc.) y del “amigo” (estados o conductas útiles, beneficiosas y amigables con los otros) (9). En vez de enlistar al “amigo” y “enemigo” detectado en la semana, el autor propone el uso del arte para aumentar la motivación y promover los procesos de simbolización en el niño. Definido desde el marco psicoanalítico y en particular desde la teoría de las relaciones objetales, la intervención modificada consta de dos modalidades. Una en que se efectúa una conversación previa al trabajo de arte, donde se discute en torno al “amigo” y “enemigo” observado en la semana, proponiéndose un tema a relacionar en la obra artística. La segunda, consiste en omitir o reducir al mínimo la fase previa y pasar directamente al arte, idealmente sin consignar ni sugerencia, sino más bien con la propia iniciativa del niño (13).

Alternando en estas dos modalidades en función del caso, el autor aborda casos de TBPI con co-morbilidad de Ásperger, TBPI

tipo mixto, hipomanía y TDAH, y TBPI de inicio temprano sin co-morbilidad. En la mitad de éstos hubo además antecedentes de estados psicóticos que complejizaban los cuadros. Henley plantea que la interpretación no es siempre necesaria ni pertinente, si no por el contrario. Depende de la fuerza del yo del niño y de la estabilización de su criterio de realidad la posibilidad de mostrar los contenidos inconscientes plasmados en las representaciones artísticas. El terapeuta puede apoyar la creación sugiriendo temas, conteniendo y ordenando los aspectos que el niño quiere graficar, sobre todo cuando se está ante un aparato psíquico frágil, funcionando así como un yo auxiliar que presta recursos para poder simbolizar (13).

A partir del análisis de los casos, en todos el tratamiento individual fue extenso (por lo menos de 4 años) y no en todos hubo éxito inmediato. En uno de ellos, el autor señala un quiebre psicótico del niño en sesión y la necesidad de hospitalización posterior. Sin embargo, esto podría explicarse por la falta de adherencia al tratamiento farmacológico por la que cursaba el niño, mientras que durante la hospitalización se regularizó la medicación y pudo volver a simbolizar problemáticas y a integrar la situación de hospitalización a su identidad en las sesiones de arte-terapia posteriores. Así, Henley concluye que es imprescindible la necesidad de estabilización farmacológica para cumplir la meta terapéutica de la integración, descentramiento de la enfermedad en la identidad del niño y fortalecer sus recursos a través del uso del arte. Con éste, se promueve la organización y la objetivación de la experiencia, a la vez que se contiene la rabia y frustración que constantemente lo asedia. Por otro lado, enfatiza la cautela con el manejo de la técnica, ya que también puede causar el *splitting*, como se ilustró anteriormente. Considerar la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño y el nivel de organización de su yo junto con su fortaleza se torna necesario para evaluar la factibilidad de nombrarle al niño aquello que externaliza (13).

Una segunda intervención desde el marco conceptual biopsicosocial, pero demostrada también por estudios de casos, es la *terapia evolutiva interrelacional*. El TBPI se explicaría por una disregulación sensorial, existiendo niños en quienes tempranamente habría una mayor propensión a la sensibilidad táctil y auditiva. Buscarían mayor estimulación, lo cual les provocarían mayor agresividad, agitación e hiperactivación. La intervención consiste en una psicoterapia individual e interrelacional con trabajo familiar paralelo. Las estrategias utilizadas son la integración sensorial, el juego motor circular, modos de resolución de problemas y programas de rehabilitación específicas de acuerdo a las discapacidades de cada niño, evaluadas al inicio del proceso (3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta revisión, es factible puntualizar algunos elementos en relación a las dos perspectivas de investigación ilustradas. Sobre las intervenciones basadas en la evidencia, destaca el FFT (PEP), CFT-CBT y DBT, siendo modelos construidos y testeados con rigurosidad metodológica, alta coherencia con sus marcos conceptuales, facilidad y aceptación por parte de los usuarios, económicos en cuanto a la limitación temporal y capaces de obtener resultados positivos al menos en la reducción sintomática (1, 2, 6-11). Las dos últimas intervenciones tienen la dificultad de probar mejoría en ensayos abiertos, planteándose la necesidad de estudios posteriores con ensayos controlados y con mayor nivel de enmascaramiento (1, 2, 6-11). Por otra parte, todos requieren estudiar cuál es el porcentaje de la varianza que puede explicar la estabilización farmacológica y/o sus cambios a lo largo de la intervención psicosocial, ya que no ha sido posible por ninguno de estos trabajos precisar si las mejorías se deben al curso natural de la medicación. Lo mismo se aplica para el estudio del efecto de la co-morbilidad, la trayectoria normal de la enfermedad y la variable terapeuta y/o equipo terapéutico con sus respectivas habilidades (6-11).

Revisiones de Temas

En el caso de los estudios cualitativos, sobre todo el de Henley (13), destaca el énfasis en el potencial del niño y una visibilización de sus recursos e identidad más allá de las problemáticas particulares del trastorno. Si bien las intervenciones basadas en la evidencia apuntan hacia la misma dirección, el uso de estrategias como el dibujo y el juego que permiten un procesamiento cognitivo distinto de la experiencia del niño.

El punto en común en ambas perspectivas es en la necesidad de la estabilización del ánimo por la vía farmacológica. Contemplar el uso combinado de la terapia farmacológica y psicosocial hará más probable el logro de las metas terapéuticas de esta última, independiente de la epistemología desde la cual se observe el trastorno y la clínica. Con ello, el trabajo interdisciplinario también se vuelve fundamental, siendo preciso el dialogo constante respecto a los casos para conocer avances y considerar eventuales evaluaciones en pos de la mejoría.

La propuesta de intervención escolar en DE (12) puede adaptarse a los casos de TBPI con la misma flexibilidad que todos los trabajos mencionados. Muchos de los tratamientos basados en la evidencia se han manualizado en guías para terapeutas y para padres y pacientes. Dentro de las operacionalizaciones traducidos al habla hispana se encuentra la guía de Miklowitz destinada para padres y pacientes (14), la cual se fundamenta en los principios de la FFT y PEP.

La propuesta de esta revisión es considerarlos teniendo presente las diferencias culturales tanto de los sistemas de salud como de las poblaciones consultantes, además del vínculo entre ambos. Mientras que intervenciones individuales muchas veces requieren de experiencia clínica, supervisión y una inversión de recursos tanto en los pacientes como en el terapeuta, las intervenciones grupales son útiles en términos de costos para las instituciones y pacientes. Pero en ambos casos, la adherencia al tratamiento y factores socioculturales

son elementos a considerar si se quiere implementar una de éstas en la realidad de las instituciones y la población nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. West A, Henry D, Pavuluri M. Maintenance Model of Integrated Psychosocial Treatment in Pediatric Bipolar Disorder: A Pilot Feasibility Study. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46: 205 - 212.
2. West A, Weinstein S. A Family-Based Psychosocial Treatment Model. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2012; 49: 86 - 94.
3. Montt E. Trastorno bipolar infanto juvenil e intervenciones terapéuticas. En: Correa E, Silva H, Risco L, editores. *Trastornos bipolares*. Santiago: Mediterráneo; 2006. p. 469 - 479.
4. Friedberg R, McClure J. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós, 2005.
5. Vargas A, Zavaleta P, De la Peña, F, Mayer P, Gutiérrez, J, Palacios, L. Manifestaciones clínicas y tratamiento del trastorno bipolar en niños y adolescentes, una actualización basada en la evidencia. *Salud Mental* 2011; 34: 409 - 414.
6. Pavuluri M, Graczyk P, Henry D, Carbray J, Heidenreich J, Miklowitz, D. Child-and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43: 528 - 537.
7. Bradfield B. Bipolar Mood Disorder in children and adolescents: in search of theoretic, therapeutic and diagnosis clarity. *Psychological Society of South Africa* 2010; 43: 241-249.
8. Pavuluri M, Graczyk P, Henry D. RAINBOW: Two programs combined may be better than one for pediatric BP. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter* 2004; 20: 5-7.
9. Fristad M, Goldberg J, Leffler J. *Psychotherapy for Children with Bipolar and Depressive Disorders*. New York: The Guilford Press, 2011.

10. Miklowitz D, Axelson D, George E, Taylor D, Schneck, C, Sullivan A, et al. Expressed Emotion Moderates the Effects of Family-Focused Treatment for Bipolar Adolescents. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 46: 643 - 651.
11. Goldstein T, Axelson D, Birmaher B, Brent D. Dialectic Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46: 820 - 830.
12. Cunningham J, Raffaele L, Sundman A. Best Practices in Working With Students With Emotion Dysregulation. *Communique* 2011; 40: 7-8.
13. Henley D. Naming the Enemy: An Art Therapy Intervention for Children with Bipolar and Comorbid Disorders. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 2007; 24: 104 - 110.
14. Miklowitz D. El trastorno bipolar. Una guía práctica para familias y pacientes. Barcelona: Paidós, 2004.

Violencia y delincuencia infanto juvenil: Reflexiones acerca de un importante desafío para la Salud.

Children and youth violence and delinquency: Reflections on a major health challenge.

Dr. Luis Dueñas¹, Sr. Lucio Chávez².

Resumen. Este artículo es una reflexión sobre el problema de la violencia infanto-juvenil, en el contexto de los cambios socioculturales que afectan, según nuestra perspectiva, tres aspectos fundamentales para el desarrollo de las personas: los vínculos humanos, los ideales y sentido de la vida, y los valores humanos.

Abstract. In this article the authors share a reflection concerning children and youth violence, in the context of socio-cultural changes which, in their perspective, affect three core aspects for human development: human bonds, ideals and sense of life, and human values.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el tema de la violencia juvenil en América Latina ha adquirido creciente relevancia en el debate público, en las agendas de los gobiernos y en los foros y las conferencias internacionales. La violencia ha aumentado en la mayor parte de la región en los últimos años y los jóvenes se encuentran claramente sobrerrepresentados en la incidencia y gravedad de esta tendencia, como víctimas y perpetradores. En muchos países latinoamericanos, los jóvenes cometen delitos violentos y mueren por efecto de esos delitos a edades cada vez más tempranas (1). La OMS lo considera un problema de salud pública (2) y, quienes trabajamos con niños jóvenes, nos corresponde enfrentar el desafío.

En el siglo que acaba de terminar, más de 200 millones de personas fueron masacradas en guerras, revoluciones y conflictos políticos, religiosos y étnicos, sin mencionar las víctimas de la delincuencia común

que ronda por todas partes. La violencia se ha vuelto un hecho común no solamente en los campos de guerra sino también en las calles de la ciudad y en los hogares de nuestras más avanzadas sociedades (3).

En efecto, ante esta cruda realidad nos surgen las preguntas por los orígenes más profundos de esta violencia ¿será esta violencia y delincuencia un clamor de niños y jóvenes, que muestran su descontento, frustración, rabia e impotencia, exigiendo cambios socioculturales de fondo?

La invitación es a dar una mirada más abarcadora al problema con el fin tratar de llegar a una comprensión más profunda e integradora que nos ayude a encontrar respuestas en el largo plazo.

¿Violencia (y delincuencia) infanto-juvenil? o ¿cambios socioculturales violentos?

Creemos que nuestra cultura y estilo de

1. Psiquiatra Infanto Juvenil. Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren. Unidad Infanto Juvenil Hospital Psiquiátrico del Salvador. Profesor Auxiliar Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, V Región, Chile.

2. Profesor de Filosofía y Psicólogo Clínico. Unidad Infanto Juvenil Hospital Psiquiátrico del Salvador. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. V Región. Chile.

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Dueñas Moreno. E-mail: drduenasm@gmail.com

vida está generando condiciones que afectan la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas para un desarrollo sano, favoreciendo la aparición y mantención de sentimientos de frustración, resentimiento, injusticia y **vacío** que pueden traducirse en la creciente violencia mostrada por niños y jóvenes. Como dice Frankl, refiriéndose al vacío existencial: “En este vacío existencial amenaza con proliferar aquella triada neurótica de masas que se compone de depresión, adicción y agresión” (4).

En este sentido, queremos reflexionar sobre algunos de los factores que nos parecen favorecedores de la violencia y delincuencia infantojuvenil.

1. Empobrecimiento de los vínculos humanos

La capacidad de vinculación humana, base del desarrollo de la persona, parece debilitarse. La capacidad de establecer lazos profundos, seguros, de confianza, de valoración y respeto, donde el otro sea alguien significativo, parece empobrecida.

Según Bauman, existe una “extraña fragilidad de los vínculos humanos que expresa el fracaso de los otros para satisfacer necesidades básicas de amor, de aprecio y justicia en quien lo vivencia” (5). Para este autor lo que favorece la fragilidad de los vínculos humanos es “el **frenético consumo** de una sociedad de mercado que ha degenerado nuestros vínculos personales al tratar al otro (...) como una mercancía más de la que puedes desprenderte” (5).

El referido consumo no es sólo de bienes tangibles, como la última zapatilla o el último celular; sino también de intangibles como programas de televisión, juegos de video y, por supuesto, del ya casi “incontrolable” uso de Internet. En 2007, la encuesta Adimark reveló que el 70% de niños menores de 3 años ve TV en forma habitual y el 75% de niños tiene TV en su pieza. Asimismo, en la Sexta Encuesta Nacional del Consejo Nacional de Televisión (2008) indicó que un 57,7% dijo haber visto con-

tenidos inadecuados tales como vocabulario grosero, escenas de sexo, violencia, trato discriminatorio y contenidos de adultos en horario para menores (6).

Sin duda este solo hecho puede afectar la comunicación familiar, dejando el diálogo en segundo plano, ya que, probablemente en estas condiciones, el diálogo no parecerá atractivo, sino más bien aburrido, un estorbo, o no se le considerará necesario.

Los niños y jóvenes, que aprenden este estilo de vida consumista, también aprenden a concebir las relaciones interpersonales en términos de mercado. Como dice Bauman, tienden a “tratar al otro (...) como una mercancía más de la que puedes desprenderte” (5).

Quienes trabajamos con niños y jóvenes, observamos con frecuencia cómo las buenas conductas son “negociadas” dentro de la familia. Así oímos a un hijo decirle a su padre, “si me saco un promedio 6 en el colegio, me compras el último Play Station”, o a una madre decir: “por cada 6 que me traigas te voy a dar \$500”. Estas frecuentes “transacciones comerciales” van regulando las conductas y marcando patrones relacionales “mercantilizados”, fríos, en vez de patrones relacionales paterno filiales sostenidos por una autoridad paternal-maternal que educa, amorosa, firme y consistente.

Como el consumo en nuestra cultura está asociado al bienestar, el éxito y, por ende, a la felicidad, se va constituyendo gradualmente en una fuente fácil y rápida de satisfacción y gratificación. Nuestros niños y jóvenes viven una cultura de lo desechable, de adquirir y descartar, y vinculación y entretención “virtual”, donde los objetos de consumo, siempre novedosos, pasan a constituirse en fuentes indispensables para la alegría del día a día, en desmedro de las que surgen del encuentro personal, del compartir, del servirse mutuamente, del esfuerzo y de conquistas de largo plazo.

De la mano de lo anterior, es sabido el impacto que tiene el abuso en el consumo de

los medios de comunicación y videojuegos en cuanto a aumentar agresividad de niños y jóvenes. Un dato que ilustra de manera sorprendente lo dicho, es que a los 18 años los jóvenes han presenciado 200.000 actos de violencia, solo en TV (7). El consumo de estos medios en el hogar sin un adecuado control es una de las características de nuestra cultura que favorece el desarrollo de la agresividad en los niños y altera sus vinculaciones. Al estar permanentemente expuestos a presenciar conflictos bélicos, actos de delincuencia, terrorismo, injusticias, etc., la violencia aparece como la alternativa natural para resolver diferencias.

Así, **la cultura del consumo y los medios de comunicación, no orientada a un fin superior, desregulada y sin un sentido educativo**, afecta el desarrollo de vínculos en los niños y jóvenes. En efecto, los vínculos se construyen y enriquecen en el encuentro familiar, a través del diálogo, el cual, para cumplir esta función vinculante, debe ser frecuente, rico en contenidos, dinámico y, habitual para resolver los conflictos de las familias. Así se logran tejer las redes vinculares que sostienen, modulan y enriquecen el desarrollo de los niños y jóvenes.

2. Ausencia de ideales y sin sentido

La globalización económica ya no es una teoría, o un posible camino de la economía y el mercado, sino un hecho concreto que está cambiando por completo las estrategias económicas de las naciones, redefiniendo las relaciones internacionales y creando nuevos y poderosos patrones culturales, y donde la familia, como institución social, ha vivido transformaciones significativas (8). En efecto, la invasión de estilos de vida “foráneos” ha influido fuertemente en el desarrollo de niños y jóvenes, quienes poco a poco van perdiendo sus “ideales de ser”, lo propio, su identidad, lo especial que los identifica y hace diferentes, que los hace únicos como personas.

También vemos que este desmoronamiento

de ideales, ocurre junto a la desacreditación de las instituciones que antes regulaban la vida del hombre, como las Iglesias, el Estado y partidos políticos, agrupaciones que ofrecían ideales comunes. Hoy es frecuente pensar que las nuevas generaciones no creen en nada “ni en Dios ni en la ley”. Así vemos a los jóvenes, carentes de ideales, de guías confiables, cómo actúan “des(motivados)” en la falta de confianza, la apatía y el conformismo. Un ejemplo claro es la alta tasa de abstención observada en las recientes elecciones municipales de nuestro país, la cual llegó a un 60% nacional, luego de haberse aprobado la “ley de inscripción automática y voto voluntario”. Esto ha sido un complejo mensaje para los partidos políticos y la ciudadanía en general.

Por esto los jóvenes parecen transitar de forma desorientada por la vida, agrupándose con otros jóvenes en “tribus urbanas”, más bien por la similitud de una imagen o territorio, que por la de sus pensamientos o ideales. Así, los actos violentos que vemos cada día, pueden ser solo eso, actos carentes de sentido y valor, donde la palabra y la reflexión ha dejado de funcionar como vehículo de la convivencia humana, dejando a individuos que violentan a otros como buscando una explicación o afirmación en el sin sentido de sus vidas. Más aún, en un contexto donde el individualismo y el hedonismo, dominan sobre la amistad o la compasión, el mundo parece un lugar donde se olvida con facilidad la presencia de otros, donde el consumo exagerado parece ser el modo mediante el cual se intenta llenar el sinsentido y el vacío de las vidas de los jóvenes de hoy.

En este sentido, Frankl señala que “la sociedad industrial aspira a satisfacer todas las necesidades humanas, es más, como sociedad de consumo, hasta produce algunas necesidades para luego poderlas satisfacer; solo una necesidad queda sin ser satisfecha, la necesidad más humana... la necesidad de sentido de vida” (9).

3. Crisis Valórica

Ortega y Gasset reflexionó sobre el mundo de los valores y planteaba lo siguiente. Primero, que hay distintos tipos de valores, los que se muestran de manera jerárquica e incluyen un aspecto positivo y negativo (10), y los agrupó del siguiente modo:

- **Sensibles** (Placer/Dolor, Alegría/Pena...)
- **Útiles** (Capacidad/Incapacidad; Eficacia/Ineficacia...)
- **Vitales** (Salud/Enfermedad; Fortaleza/Debilidad...).
- **Estéticos** (Bello/Feo; Elegante/Inelegante; Armonioso/Caótico...).
- **Intelectuales** (Verdad/Falsedad, Conocimiento/Error...)
- **Morales** (Justicia/Injusticia; Honestidad/Deshonestidad; Solidaridad/Insolidaridad)
- **Religiosos** (Sagrado/Profano)

Segundo, que ante un valor positivo, la conducta adecuada sería *respetarlo* donde ya está incorporado, *defenderlo* en situaciones con dificultades y *encarnarlo* donde predomine valores negativos (11).

Tercero, que los valores específicamente morales se caracterizan por tres factores: Dependen de la libertad humana. Somos responsables de realizarlos.

Pertenecen solo al mundo humano, no pueden atribuirse a animales, plantas u objetos inanimados.

Su ausencia en la vida humana indica “falta de humanidad”, y si no los “universalizamos”, dejamos de respetarlos, defenderlos y encarnarlos.

Y cuarto, los valores morales pueden ser integrados a otros valores, buscando hacerlo de la forma más humana posible (11). En este sentido, una sociedad hedonista, centrada en el consumo, la gratificación inmediata y la competencia, puede desembocar en la renuncia a un proyecto de convertirnos en mejores seres humanos, al abandono de los valores que nos “hacen más humanos”, y de ser así, ¿no se estará

reflejando esto en los niños y jóvenes por medio de la violencia y la delincuencia?

Al respecto Bauman indica que “la nuestra es una sociedad crecientemente individualizada, en la cual el ser competitivo, más que solidario y responsable, es considerado clave para el éxito. La felicidad es vista como momentos, como encuentros breves, más que como un derivado de la consistencia, la cohesión, la lealtad y el esfuerzo a largo plazo que sostenían la mayor parte de los filósofos modernos” (5).

En nuestra sociedad individualista se privilegia el bien personal por sobre el bien de un grupo. Se compite por alcanzar el propio éxito, incluso, a cualquier costo. Prima el valor del “yo, que compite con otro yo”, por sobre el valor del “yo, junto otro yo”, esencia de la solidaridad. En efecto, éste valor moral parece ser difícil, porque muchas veces puede exigir sacrificios personales, renunciadas, desprendimiento y generosidad. Una señal en esta dirección es el debilitamiento de los grupos sociales de referencia (centros comunitarios, agrupaciones de madres, clubes de barrio, sindicatos, centros juveniles, etc), que velan por el bien de la comunidad.

Si niños y jóvenes crecen en ambientes individualistas, con menos preocupación y respeto por el otro, como persona, donde se va generando un entorno de intolerancia, donde con facilidad surgen los desacuerdos, las luchas de poder y las descalificaciones, predominarán sentimientos de frustraciones y de impotencia; entonces fácilmente se verá afectada la autoestima, la autovaloración y la propia identidad. En efecto, si la identidad que necesita reafirmarse, se siente apabullada, puede surgir la violencia como única arma de autoafirmación.

En ambientes como el descrito van perdiendo fuerza valores esenciales para el desarrollo de una sociedad solidaria, en paz, en la que prime el bien común por sobre el bien personal. **La renuncia a los valores que nos unen como seres humanos, plan-**

tea el desafío de su reconquista.

Esta reconquista de valores morales como la solidaridad o la compasión, nos humaniza al estimular el desarrollo de la empatía e impulsarnos a una permanente búsqueda del bien común; porque como nos recuerda Ortega y Gasset “yo soy yo y mis circunstancias y si no las salvo a ellas no me salvo yo” (12).

La compasión es uno de los valores que mejor describe la particularidad del género humano, a diferencia de muchos animales, los seres humanos podemos sentir sufrir por lo que le vive otro, es decir, podemos “padecer con otro”, experiencia muy disímil a la competitividad desmedida que estimulamos en nuestros niños y jóvenes. Como señala el Dalai Lama, (1989) “la compasión es el deseo de que los demás estén libres de sufrimiento (...) consiste en cultivar sentimientos de empatía o proximidad hacia los demás” (13).

La reconquista de los valores humanos nos lleva a referirnos a lo que se le conoce como el fin último o el valor supremo de la vida que ha considerado el ser humano: **la felicidad.**

Muchos filósofos pensaron en la felicidad y la asociaron a la alegría. Aristóteles decía que “la alegría es la reacción a una vida feliz” (14). Santo Tomás de Aquino consideraba el cultivo de la alegría, como medio esencial para lograr la felicidad, al decir que “la alegría es el reposo del apetito en la expectativa segura o en la posesión o el recuerdo de un bien conveniente” (14).

Otros autores consideran la alegría como una experiencia incondicional, no depende de conseguir un fin, y sólo es posible en la actitud de apertura y acogida al otro que se hace presente a mí. Como señala Lévinas, en la medida en que salgo de mí al encuentro de otro “rostro”, me hago cargo de él, me responsabilizo del otro, porque la responsabilidad siempre se entiende como compromiso hacia otro. Si no hay compromiso, la inquietud que acompaña la vida

de la persona en su hacerse, se torna tranquilidad mortecina, lo que se traduce en preferir cerrarnos a ellos tratándoles como meros instrumentos, intentando dominarlos, haciendo imposible todo encuentro y, por ende, la alegría del mismo (15). La ausencia de compromiso con los otros, en nuestra cultura implica paradójicamente, vivir distraído de lo esencial de uno, para perderse en alguna dimensión parcial de la propia vida (trabajo, sexo, diversión, etc), lo que también puede ser acompañado de actitudes de rechazo, negación, exclusión, agresión hacia los otros, porque el otro se convierte en una amenaza, pone en peligro, con su sola presencia, ese estado de distracción de lo esencial de uno mismo. Sin embargo, muy por el contrario, cuando hay una *actitud de apertura y acogida al otro que se hace presente a mí*, entonces consideramos que el otro no es amenaza para una frágil identidad, sino realidad posibilitante, enriquecedora de experiencias.

Por lo anterior, es posible afirmar que la alegría y la felicidad parecieran ser experiencias básicas de todo ser humano y, como tal, se buscan para ser vivenciados como algo profundamente humano.

Pero, ¿dónde hemos estado buscado las fuentes de la felicidad y la alegría? ¿De dónde se nutren nuestros jóvenes para hallar orientaciones que los aproximen a la felicidad y la alegría?

Pareciera que hemos equivocando el camino para encontrar las verdaderas fuentes de la felicidad y la alegría. Como indica Bauman, “la felicidad es vista como momentos, como encuentros breves, más que como un derivado de la consistencia, la cohesión, la lealtad y el esfuerzo a largo plazo” (5). Justamente, una de las características de nuestra cultura es que la felicidad se busca en las emociones fuertes, ansiando llenar la sensación de insatisfacción y vacío que la misma búsqueda deja, al buscar incesantemente donde finalmente no se encuentra. La violencia, la delincuencia, la venganza y el castigo, también formarían parte de estas emociones fuertes, que al ser satisfechas se

espera, vanamente, encontrar la felicidad.

En suma, el encuentro con los demás en la acogida responsable y comprometida, como un medio para vivir la alegría que brinda la felicidad del encuentro humano, no parece ser parte del repertorio de posibilidades que reciben como mensaje nuestros niños, niñas y jóvenes.

CONCLUSIONES

Tenemos un gran desafío, la creciente violencia y delincuencia infantojuvenil se ha constituido en un verdadero problema de salud.

Como agentes de salud, nuestra respuesta pasa principalmente por la prevención, pesquisa temprana de niños, jóvenes y familias en riesgo, junto al tratamiento de niños y jóvenes con trastornos que pueden facilitar el desarrollo de conductas violentas y delincuencia.

Ayudar a las familias significa facilitar que logren que sus hijos se sientan queridos, valorados y puedan desarrollarse en plenitud, sostenidos por padres que educan sin renunciar a corregir y con ejemplos consistentes.

Ahora, esta ayuda pasa, también, por promover cambios culturales, porque como dijimos, cada vez más la familia está influida por una sociedad globalizada y masificada que afecta su sano y pleno desarrollo.

Hemos reflexionado sobre tres aspectos que creemos son esenciales en este cambio cultural que favorece el sano desarrollo y que previene la aparición y mantención de sentimientos de frustración, resentimiento, injusticia y vacío, que pueden expresarse en una creciente violencia en los niños y jóvenes, a saber:

- El cultivo de los vínculos humanos como sustento de un sano desarrollo individual, familiar y comunitario.
- La reconquista de ideales y búsqueda de sentido de vida, que animan e iluminan el camino del desarrollo humano.

- La educación de valores como la solidaridad y la compasión que humanizan la cultura.

Tenemos un gran desafío, La educación y manifestación de estos valores en nuestras vidas, para orientar hacia fuentes de felicidad y proyectos de convivencia “más humanos”, en la esperanza de construir un mundo de equilibrio y estabilidad, soportados en una inmensa red de vínculos personales, familiares y sociales, que harán posible constituir una cultura de la Paz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CEPAL (2009). Panorama social de América Latina. Capítulo IV. Violencia juvenil y familiar en América Latina: agenda social y enfoques desde la inclusión.
2. Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y salud. Washington, D.C.)
3. Narváez, L. (2005). Desmovilización, camino hacia la paz. Elementos Básicos del Perdón y la Reconciliación.
4. Frankl, V. (1990). Logoterapia y Análisis Existencial. Editorial Herder, Barcelona.
5. Bauman, Z. (2005). Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Editorial Fondo de Cultura Económica.
6. Rojas, V. Influencia de la televisión y videojuegos en el aprendizaje y conducta infanto-juvenil. Rev. Chil. Ped. 2008.
7. Williams, TB. (1986) The impact of television. Tracking 17 years of 707 families in NY. Academic Press.
8. Mateus, J & Brassat, D. (2005). La globalización: sus efectos y bondades. Fundación Universidad Autónoma de Colombia.
9. Frankl, V. (1990). Logoterapia y Análisis Existencial. Editorial Herder, Barcelona.
10. Ortega y Gasset, J. (2004). Introducción a la estimativa de los valores. Encuentro Ediciones, S.A.
11. Cortina, A. y otros. (2001). El siglo XX:

Contribuciones

- mirando hacia atrás para mirar hacia adelante. Capítulo Valores morales y comportamiento social.
12. Ortega y Gasset, J. (2005). *Meditaciones del Quijote*. Alianza Editorial.
 13. Gyatso, T. & Lama, D. (2010). *El arte de la compasión. La Práctica de la Sabiduría en la Vida Diaria*. Debolsillo.
 14. Muñoz, M. (2008). *Las virtudes del obrar humano, fundamento para la formación ética del médico. Aportes de la filosofía realista*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
 15. Levinás, E. (2006). *Más allá del versículo. Lecturas y discursos talmúdicos*. Editorial Lilmod.

Neurología Pediátrica

*Dra. Perla David, Dr. Jorge Förster,
Dr. Marcelo Devilat, Fnlg. Marcelo Díaz.
Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile,
2012.*

Se ha publicado recientemente el primer texto de Neurología Pediátrica chileno, que tiene como precedente el Manual de Neurología Pediátrica (Editorial Mediterráneo), editado hace años por el equipo de neuropediatras del Hospital Luis Calvo Mackenna. Otros textos chilenos han abordado áreas específicas de la especialidad tales como: Neurología Neonatal, Errores Innatos en el Metabolismo del Niño, Síndrome de Déficit Atencional, Medicina del Sueño.

Los editores emprenden una tarea ambiciosa, a la cual invitan a participar a 102 autores, entre ellos 21 colegas de Latinoamérica, España y los Estados Unidos de Norteamérica y 81 autores chilenos. En 744 páginas organizadas en 18 secciones y 92 capítulos se proponen generar una obra de primer orden, que cubra los principales temas de la Neuropediatría y que instale una perspectiva nueva y actualizada, escrita en su mayoría por especialistas chilenos.

En general el texto tiene un diseño visualmente agradable, incluyendo tablas, figuras e ilustraciones que facilitan su lectura. Las secciones definidas abordan la mayoría de las áreas de la Neurología Pediátrica. Aun-

que con diferentes énfasis, entregan una visión clara y práctica del abordaje clínico a grandes temas de la especialidad. Excelente calidad alcanzan las secciones de "Funciones Cerebrales Superiores", "Epilepsia", "Técnicas Neurofisiológicas y de Imagen" y "Trastornos del Sueño en Niños y Adolescentes". Vale destacar en forma individual los capítulos de "Desarrollo Neurológico Normal", "Desarrollo Psicomotor", "Regresión del Desarrollo Psicomotor. Enfermedades Heredodegenerativas y Heredometabólicas", "Neurocisticercosis", "Enfermedades Neuromusculares", "Electroencefalografía en la Epilepsia", "Neuroimágenes en Neuropediatría". Se felicita igualmente la incorporación de capítulos que tratan aspectos éticos en el ejercicio clínico. En tanto texto de consulta, sería deseable que futuras ediciones den mayor realce a temas como Neuroneonatología y Enfermedades Desmielinizantes e Inflammatorias del SNC.

Este texto es un reflejo del buen nivel de desarrollo que ha alcanzado la Neuropediatría en Chile, especialmente por el gran número de autores que participa y por la calidad de sus contribuciones. Su estructura y sus énfasis remiten al excelente nivel que han alcanzando en nuestro país en particular algunas áreas como son Neurodesarrollo y sus alteraciones, Epilepsias, Enfermedades Neurometabólicas, Sueño. Sin duda su publicación es un valioso aporte para estudiantes, médicos en formación, pediatras y neuropediatras.

Dra. Isabel López S.

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

• XXXI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia.

“Más Allá de la evidencia” nuevos avances en Neurología y Psiquiatría Translacional Chile.

Lugar: Hotel Sheraton Miramar Viña del Mar.

Fecha: 23 al 26 de octubre de 2013.

Informaciones: Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.

Fono/Fax: 632 08 84

E-mail: sopnatie.cl.

“Más allá de la Evidencia” Psiquiatría y Neurología Translacional

La medicina translacional es un paradigma emergente de la práctica médica y la epidemiología intervencionista, y se fundamenta en el proceso de la investigación translacional. La conjunción de las investigaciones básicas orientadas al paciente, junto con las investigaciones preclínicas y las clínicas, se denomina investigación translacional.

La Neurología y Psiquiatría translacional es la versión actualizada de la medicina basada en evidencias, con la aplicación integrada de herramientas novedosas en genómica, proteómica, farmacología, biomarcadores, diseños, métodos y tecnologías clínicas que aumentan la comprensión patofisiológica de las enfermedades.

Esta integra la participación de los dominios de investigación biomédica con los dominios clínicos, además las modificaciones de los comportamiento sociales y políticos que permiten optimizar el cuidado integral del paciente; uno de los requerimientos son reprogramar la educación biomédica de grado y posgrado, así como la participación de organizaciones, científicos, legisladores, inversionistas y bioeticistas, entre otros.

En el año 2008 se fundó, Clinical and Translational Science Institute at Children's National (CTSI-CN) para desarrollar una perspectiva pediátrica única y específica.

La investigación translacional es una de las actividades más importantes en la medicina moderna y ha permitido mejorar la práctica clínica, uno de sus principales ejemplos son los beneficios logrados de la aplicación de las células troncales (*stem cells*). El éxito de la transferencia de información genómica es una lección valiosa que augura que la investigación translacional beneficiará la práctica de la medicina actual.

Numerosos hospitales de alta especialidad en el mundo cuentan con unidades de investigación translacional, las cuales han generado o se encuentran integradas a líneas de investigación básicas o preclínicas de los centros de investigación biomédicos o de las industrias farmacéuticas biotecnológicas.

Lo cual remarca la interacción entre la investigación básica y la medicina clínica, superando con ello la tradicional separación entre la investigación básica y la práctica clínica en medicina.

Se ha aceptado actualmente que la investigación en seres humanos es necesaria para el avance de nuevos tipos de tratamiento, y particularmente los ensayos clínicos controlados constituyen la mejor herramienta para demostrar la eficacia de nuevas medidas terapéuticas. La aplicación de los principios de la medicina translacional en los ensayos preclínicos y en los estudios clínicos fases I y II aumenta también el índice de resultados satisfactorios/ inversión económica.

La generación de información sobre investigación translacional está impactando internacionalmente a los académicos biomédicos: cerca de 6000 artículos relacionados publicados en revistas indizadas en Pub-Med.

Para nosotros los clínicos, médicos, profesionales de laboratorio y pacientes, esta herramienta es necesaria para acelerar y alcanzar beneficio de las investigaciones acortando la brecha entre “cuanto se sabe y cuanto podemos aplicar a la práctica clínica. Es decir que los avances diagnósticos y terapéuticos prueben ser efectivos en ensayos clínicos para la práctica médica diaria y por consiguiente en la salud pública.

Queden todos invitados.

Dra. Lucila Andrade
Presidenta XXXI Congreso
de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría
de la Infancia y Adolescencia

• **XX Simposio Internacional Sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría.**

Lugar: Barcelona Auditori AXA
Fecha: 18 - 19 abril 2013
Informaciones: Beatriz Jiménez
Departamento de Divulgación
admin2@geyseco.es Pueden obtener información actualizada del Symposium a través de la Web: <http://www.geyseco.es/controversias>

V Simposio sobre Trastorno Límite de la Personalidad que tendrá lugar en el Audi-

torio del Hospital General de Catalunya de San Cugat del Vallés en Barcelona los días 15 y 16 de Febrero de 2013.

Rogamos su colaboración para promover este Evento. Nos sería de gran ayuda si pudiesen publicarlo en su página Web, en la Agenda o darlo a conocer a sus miembros a través de un mailing por ejemplo, si así lo ven conveniente.

Este evento, dirigido por el *Dr. Miquel Gasol*, tiene como objetivo facilitar el intercambio de ideas y conocimientos así como el contacto personal entre los profesionales dedicados a la *Psiquiatría/Psicología*. Será un honor contar con prestigiosos ponentes nacionales que compartirán con nosotros sus conocimientos y experiencia.

Confianto que esta información sea de su interés y quedando a su disposición para cualquier consulta al respecto, también les adjuntamos el programa del congreso para su mayor información o bien, si prefieren información actualizada pueden consultar a través de la web: <http://www.geyseco.es/trastornolimit/>

Reciban un cordial saludo, Albert Unió

Departamento de Divulgación
admin2@geyseco.es

GRUPOS DE ESTUDIOS

- GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

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

Dra. Daniela Zalaquett

- 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.

Coordinador Ricardo Erazo

- GRUPO DE ESTUDIO TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PEDIATRÍA

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.

Coordinador Dr. Tomás Mesa

- GRUPO DE ESTUDIO ADOLESCENCIA Y ADICCIONES

Coordinador Dr. Alejandro Maturana

Mail: almaturana@vtr.net

CONGRESO 2012

En relación a la organización general del evento, al equipo organizador en pleno, nos queda una enorme satisfacción de "tarea cumplida". Quiero destacar que la conformación del equipo organizador se estableció a fines de Octubre 2011, una vez finalizado el XXIX Congreso de Serena, siendo destacada la participación desde sus inicios del Equipo Local. Para el logro del financiamiento, se desarrollaron a partir de noviembre del año 2011, reuniones y entrevistas con los posibles aportes y auspiciadores (Industria Farmacéutica), cuya incorporación fue concretada y confirmada a principios de marzo del año siguiente de la iniciación de dichas gestiones, logrando sumar un número mayor de auspiciadores a los habituales. La definición del lugar, "Puerto Varas", fue un gran acierto, a pesar de las condiciones climáticas adversas. Se supera con creces la participación histórica en regiones, alcanzando a un total de **353 asistentes** (41% más de lo proyectado). Tuvimos la presencia de **22 invitados** (15

nacionales y 7 internacionales). De la totalidad de los asistentes 85 % fueron médicos (psiquiatras, neurólogos y generales), el resto se distribuyó entre profesionales afines y estudiantes, manifestando la importancia de otorgan los profesionales de nuestra sociedad científica a esta actividad. Por su parte, el Programa Científico, fue muy bien conceptualizado por todos los profesionales, abarcando temáticas de su interés y en diversas modalidades, destacando los espacios de discusión de temáticas teóricas con discusión de casos clínicos asociados a las mismas. Dicha entidad adquirió un valor de relevancia en la medida de que los casos clínicos presentados, eran de la región y aludían a instancias diagnósticas no resueltas o sin progresión. La participación e integración de los diversos equipos del país, generando nuevas propuestas terapéuticas, de estudio y/o diagnósticas, favorecieron altamente el intercambio de experiencia profesional. Lo mismo sucedió con los casos Neuro-psiquiátricos, que plantearon una complejidad en su abordaje. Respecto de otros aportes, cabe resaltar,



"No todo fue estudiar y trabajar"

“Elementos de transculturización”, toda vez que en la actualidad la globalización cada vez impacta más el quehacer profesional, generando cambios en la forma y ámbitos de nuestra convivencia diaria. La participación en Trabajos Libres, también excedió nuestras expectativas, habiendo una mayor presencia e iniciativa de participar, especialmente en el área de psiquiatría.

Finalmente, es importante indicar que, a pesar de tener un tiempo libre reducido y prácticamente inexistente, al ocupar la totalidad de los espacios para el trabajo científico, ello no impidió actividades para el compartir entre colegas, fortaleciendo redes de intercambio social, personal y profesional.

Dra. Pamela Aedo E.
Presidenta XXX Congreso Sopnia

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.schilesaludmental.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 (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

- Seminario Internacional Vínculo, Trauma y Salud Mental: de la Neurociencias a la Intervención Información e inscripciones Sra. Jessica Mazuela: jmazuela@redclinicauchile.cl
- V Simposio Internacional Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile
Contacto: sdias@clinicauchile.cl
- Parámetros prácticos www.aacap.org/page.wv?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:](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](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

Estimado Dr. Ricardo Garcia, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia:

Ruego a usted incluir Fe de Erratas para el suplemento de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Volumen 23, año 2012.

Dra. Pamela Aedo E.

Presidenta XXX Congreso SOPNIA.

TRABAJO N° 1

Nombre del Relator: Alejandra Gálvez Chaparro

Nombre del primer autor: Alejandra Gálvez Chaparro

Nombre del Trabajo: Epilepsia del Lóbulo frontal en niños

Trabajo: Neurología

EPILEPSIA DEL LOBULO FRONTAL EN NIÑOS

Alejandra Gálvez, Marcelo Devilat, Patricia Alfaro Víctor Olivares.

Centro de Epilepsia Infantil. Servicio de Neurología y Psiquiatría. Hospital Luis Calvo Mackenna. Santiago Chile.

Introducción

La epilepsia del lóbulo frontal, es aquella cuya crisis tienen su inicio eléctrico en ese lóbulo.

Objetivos

Describir algunas características clínicas y electroencefalográficas de niños con epilepsias frontales.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 18 de 21 niños, a cuyas fichas se tuvo acceso, que tenían diagnóstico de epilepsia frontal controlados por uno de nosotros, (MD), y 12 pacientes proporcionados por la Unidad de Neurofisiología. Los 30 niños tenían actividad hipsincrónica específica (espiga-onda) en el lóbulo frontal. La edad promedio al corte fue 10,9 años (2 años 1 mes a 21 años).

Resultados

Dieciséis pacientes eran mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue 5,9 años (5 meses a 15 años 7 meses). Veintidós niños presentaban crisis parciales complejas y de éstos, 11 con generalización secundaria. Diez pacientes presentaban crisis nocturnas. Dieciocho tenían epilepsias frontales idiopáticas o criptogénicas, en 12 eran sintomáticas. Siete pacientes tenían epilepsia refractaria. Sólo 4 han requerido hospitalización por su epilepsia. Diecinueve enfermos presentaron foco frontal exclusivo. Dieciocho tenían comorbilidades neurológicas y 3, pediátricas. Dieciséis pacientes estaban con monoterapia desde inicio tratamiento y 11, han requerido politerapia. Al momento del corte 14 enfermos estaban sin crisis.

Discusión

Este grupo presenta frecuentes características de compromiso orgánico frontal.

Conclusiones

De nuestros pacientes en control, se puede concluir que la mayoría de los pacientes presentan crisis parciales complejas y foco frontal exclusivo, que la mitad tiene comorbilidades neurológicas y que la respuesta al tratamiento es favorable en la mitad de los pacientes.

TRABAJO N° 2

Nombre del Relator: Lucila Andrade Alveal

Nombre del primer autor: Lucila Andrade A

Nombre del Trabajo: Resistencia a tratamiento médico en pacientes pediátricos con primer diagnóstico de epilepsia durante año 2011, estudio multicéntrico en Chile: resultados preliminares.

Trabajo: Neurología

RESISTENCIA A TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PRIMER DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA DURANTE AÑO 2011, ESTUDIO MUL-

TICÉNTRICO EN CHILE: RESULTADOS PRELIMINARES

Lucila Andrade Alveal, Keryma Acevedo Gallinato, Viviana Venegas Silva, Lilian Cuadra Olmos, Juan Luis Aránguiz Rojas, Eliana Jeldres Cabrera, Jorge Förster Mujica, Jovanka Pavlov Norambuena, Alberto Bustos Andrade, Jorge Rodríguez Tobar. Hospital Carlos van Buren, Red Salud Universidad Católica, Hospital San Juan de Dios, Hospital Sótero del Río, Hospital de Huasco, Hospital Regional Rancagua, Hospital Sótero del Río, Hospital San Juan de Dios, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Chile. Fonis Chile SA10I20023.

Objetivo

Caracterizar clínica y epidemiológicamente la población infantil con primera consulta por crisis epiléptica. Determinar asociaciones en su evolución a epilepsia a refractaria

Métodos

Estudio prospectivo multicéntrico entre enero 2011-mayo 2012 en 6 centros de salud chilenos. Incluye pacientes de 1 mes a 15 años de edad con primera consulta por crisis epiléptica y/o crisis febril compleja. Recolección datos clínico-epidemiológicos y seguimiento.

Resultados

202 pacientes. 50,5% sexo femenino, edad promedio 6 años (1m-14a11m), promedio edad inicio crisis 5a3m, consulta médica 5a5m y diagnóstico epilepsia 5a8m. 30.7% con retraso desarrollo psicomotor (RDSM). Antecedente familiar de epilepsia en 34%. 60 niños presentan antecedentes perinatales: prematuridad (14,3%), convulsiones neonatales (9,7%). 59% tiene antecedentes mórbidos relevantes: parálisis cerebral 11%, enfermedades neurocutáneas y genéticas 8%, examen neurológico anormal 1/3. A un año de seguimiento 85 permanecen sin recurrencia de crisis, 117 (58%) cumple criterios diagnósticos de epilepsia, la mitad idiopática. Tratamiento: biterapia 10%, 5,8% requirió cambio de fármaco, 4,43% con reacciones adversas a tratamiento. Anormalidad en el 49% de EEG

y 28,4% de neuroimágenes. 9/117 casos refractarios, 7 varones. Edad diagnóstico promedio 10.5m y edad promedio 2a6m. Se asocian con epilepsia refractaria en forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$): convulsiones neonatales, regresión/RDSM, síndrome hipotónico, etiología sintomática, examen neurológico anormal.

Conclusiones

Resultados preliminares de primer estudio epidemiológico chileno en epilepsia infantil. Se identifican factores de riesgo para evolución a epilepsia refractaria, especialmente debut a menor edad y presencia de RDSM. El uso precoz de más de un fármaco o cambios de tratamiento, podría indicar evolución a epilepsia refractaria.

TRABAJO Nº 3

Nombre del Relator: Carla Ester Rubilar Parra

Nombre del primer autor: Carla Ester Rubilar Parra

Nombre del Trabajo: Complejo Esclerosis Tuberosa: Descripción de una Serie Clínica.

Trabajo: Neurología

COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE CLÍNICA.

Maria Francisca López, Carla Rubilar, Mónica Troncoso. Servicio de Neuropsiquiatría infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán. U. de Chile.

Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile.

Introducción

El Complejo Esclerosis Tuberosa (CET) es un síndrome neurocutáneo de base genética con manifestaciones sistémicas muy diversas.

Objetivo

Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con CET.

Método

Estudio descriptivo retrospectivo y segui-

Cartas al Director

miento prospectivo de 40 pacientes con CET controlados en el Servicio de Neuropsiquiatría infantil HCSBA desde 1989 a la fecha. Revisión registros clínicos.

Resultados

33/40 pacientes iniciaron los síntomas antes del año de vida, 24/40 antes de los 6 meses de vida. 30/40 debutaron con crisis epilépticas, 2 consultaron por RDSM, 2 por lesiones cutáneas y 6 por hallazgo de rabdomiomas cardíacos. Clínicamente 39/40 tienen manchas hipocrómicas; 19/40, angiofibroma facial; 9/40, parche lijoso; 19/40, rabdomioma cardíaco; 12/40, compromiso renal; 13/40, hamartoma retiniano. 33/40 tienen neuroimagen compati-

ble con CET. 36/40 presentaron epilepsia; 17 de ellos con espasmos. El manejo de la epilepsia ha sido difícil en la mayoría de los casos, requiriendo múltiples fármacos antiepilépticos. 30/40 presentaron compromiso cognitivo severo, 12 de ellos con conducta autista.

Conclusiones

El CET presenta un amplio espectro clínico. En nuestra serie destaca el inicio precoz de la sintomatología, siendo la epilepsia la forma más frecuente. Destaca también la presencia de rabdomiomas cardíacos como hallazgo perinatal permitiendo diagnóstico precoz. La mayoría presenta compromiso cognitivo severo y conductas autistas.

(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 Revista 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 ni sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente 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 debe utilizarse en todos los trabajos.

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

1. Página de título

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

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

2. Resumen

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

3. Palabras Claves

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

4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras. Contarán con la siguiente estructura:

Instrucciones a los autores

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 implicaciones de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

f. Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por número pequeño de referencias a trabajos originales

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

Estilo y formato de referencias

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

Artículo de revista científica

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

Más de 6 autores

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

Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, 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 en formato word a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisoras internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

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

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127 x 173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir, contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres, y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto. Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

i. Abreviaciones y Símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explicará el término completo y su co-

Instrucciones a los autores

respondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

5. Revisión de Temas

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

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

6. Casos Clínicos

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

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

7. Contribuciones

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

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

8. Cartas al Director

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 1.500 palabras incluyendo hasta 6 referencias y una tabla o figura.

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

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft Word. En archivos electrónicos deben anexarse los archivos de las figuras, como un mapa de bits, archivos TIF, JPEG, o algún otro formato de uso común. Cada figura debe tener su pie correspondiente.

10. Publicaciones duplicadas

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

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