



REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ISSN-0718-3798
Versión impresa

Indexada en Lilacs y Latindex

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

Volumen 25 – N°2 – Agosto 2014





DIRECTORIO

Presidenta

Dra. Viviana Venegas Silva

Vicepresidenta

Dra. Patricia González Mons

Tesorera

Dra. Verónica Burón Klose

Secretaria General

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

Past - President

Dra. Alicia Espinoza Abarzúa

Directores

Dra. Carola Álvarez Quiñones

Dr. Elías Arab López

Dra. Andrea Schlatter Vieira

Dr. Paola Santander Vidal

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo de Estudio Trastornos del Desarrollo GTD

Presidenta

Ps. Andrea Moyano

Grupo de Estudio Adolescencia y Adicciones

Presidente

Dr. Alejandro Maturana

Grupo de Estudio Trastornos del Sueño en Pediatría

Presidente

Dr. Tomás Mesa

Grupo de Estudio Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia

Presidente

Dr. Ricardo Erazo

Grupo de Estudios Enfermedades Desmielinizantes

Presidenta

Dra. Andrea Schlatter

Dr. Tomás Mesa L.
Editor General
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Matías Irrarrázaval D.
Editor Asociado de Psiquiatría
Universidad de Chile

Dra. Marta Hernández Ch.
Editora Asociada de Neurología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Ricardo García S.
Past-Editor
Universidad de Chile

Dr. Mario Valdivia P.
Asistente Editor de Psiquiatría
Clínica Privada

Dra. Alejandra Hernández G.
Asistente Editora de Neurología
Hospital San Borja Arriarán

Dra. Viviana Herskovic M.
Asesora Resúmenes en Inglés
Clínica las Condes

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Carlos Almonte V.
Dra. Marcela Larraguibel Q.
Dr. Tomás Mesa L.
Dr. Fernando Novoa S.
Ps. Gabriela Sepúlveda R.
Dr. Mario Valdivia P.
Dr. Hernán Montenegro A.
Dra. Mónica Troncoso Sch.
Dra. Karin Kleinsteuber S.
Dra. Flora de la Barra M.

Universidad de Chile, Santiago
Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Universidad Católica de Chile, Santiago
Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Universidad de Chile, Santiago
Hospital Regional de Concepción
Universidad de Santiago, USACH
Hospital San Borja Arriarán, Santiago
Universidad de Chile, Santiago
Universidad de Chile, Santiago



Comité Editorial Revista

COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

Neurología

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

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

Psiquiatría

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

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

Origen y Gestión

La revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, SOPNIA, es el órgano oficial de expresión científica, y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un Editor de la revista, un Editor Asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, además de un Editor Asistente de cada una de las especialidades, contamos con una Asesora de Resúmenes en Inglés, más un Comité Editorial, quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

Misión y objetivos

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

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

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

Público

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

Modalidad Editorial

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

Resúmenes e indexación

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

Abreviatura

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

Diseño

Juan Silva: jusilva2@gmail.com / Cel.: 9779 5964

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

INDICE

Editorial

“Nuestra misión: desarrollar un proyecto SOPNIA donde todos se puedan integrar”

Dra. Viviana Venegas S., Presidenta SOPNIA 7

Trabajos Originales

Adolescentes con Diabetes Mellitus 1 y sus familias

Adolescents with Type 1 Diabetes and their families

Dra. Valerie Jeanneret Murdoch, Ps. Alejandra Rivera Serrano 9

Vocación docente en profesores de una escuela vulnerable de Santiago como factor a considerar en el Clima Escolar y la Salud Mental Infantil.

Teacher's vocation in a vulnerable school in Santiago as a factor to be considered in the school climate and child mental health.

Dra. Nicole Vásquez, Dra. Muriel Halpern 29

Aplicación de escala de sobrecarga del cuidador zarit, en padres de pacientes con epilepsia refractaria, implantados con estimulador vagal

Application of the Zarit scale in parents of patients with refractory epilepsy and vagal nerve stimulator implantation

Dra. Loreto Ríos, Dra. Paula Contreras, Dra. Angélica Uscategui, Enf. Loreto Olate, Dr. Tomás Mesa 39

Revisiones de Temas

Trombosis de senos venosos cerebrales en neonatos

Cerebral venous sinus thrombosis in newborn

Sr. José Marín, Dra. Marta Hernández 47

Reuniones y Congresos 53

Grupos de Estudios 54

Noticias 55

Instrucciones a los Autores 57

“Nuestra misión: desarrollar un proyecto SOPNIA donde todos se puedan integrar”

Dra. Viviana Venegas S.
Presidenta SOPNIA

La realidad de la atención neurológica y psiquiátrica que viven los niños y adolescentes en Chile, plantea importantes desafíos. Hay un desarrollo constante de nuevos conocimientos y se hace necesaria, una visión integradora de todas las especialidades. Los niños y adolescentes de hoy viven en un mundo con rápidas transformaciones, donde los conceptos “tiempo y reflexión” parecieran disiparse y no existir. Me siento honrada en presidir SOPNIA junto a un directorio de entusiastas colegas que se han comprometido con un proyecto, donde el diálogo y la cooperación construyen un proyecto que esperamos se consolide hacia el futuro.

La visión que nos hemos planteado es “representar a los profesionales de la salud neurológica y psiquiátrica de niños y adolescentes de nuestro país, promoviendo el desarrollo científico de todos sus miembros, trascendiendo éste en el apoyo a la comunidad y en la participación constructiva de políticas públicas orientadas a mejorar el bienestar de nuestros pacientes”. En esta mirada, la implementación del programa de Educación Médica Continua (EMC) on line en Neurología y Psiquiatría, ha sido uno de los objetivos de trabajo principales. El proceso de recertificación de especialidades médicas demanda educación médica y nuestro esfuerzo ha sido facilitar el futuro trámite a nuestros socios, informando y generando un curriculum de actualización variado. Esto viene a complementar el trabajo científico realizado en las dos principales actividades de SOPNIA, el Congreso y la Revista. El Congreso seguirá siendo protagonista de nuestra gestión anual, participativo, pluralista e inclusivo de los diferentes centros, convocando a especialistas de todo el país y también del extranjero en la puesta al día de los temas más contingentes. La organización se ha trasladado en estos últimos años a diferentes puntos de nuestra geografía y este año se realizará en el extremo austral, Punta Arenas, entregando conocimiento no solo a especialistas sino también estableciendo vínculos con la comunidad a través de los tradicionales cursos de extensión. Otra importante actividad científica es la Revista SOPNIA, publicación oficial de nuestra sociedad, editándose en forma ininterrumpida desde hace casi 25 años, permite representar la experiencia de investigación nacional. Un nuevo equipo editorial, ha asumido el desafío de darle un nuevo enfoque. Esperamos que el proceso de indexación de nuestra publicación, siga avanzando como lo ha hecho de forma importante en los últimos años. Hay que reconocer que esta revista es única en su estilo en Latinoamérica y es un referente para muchos especialistas latinoamericanos.

Se dará un nuevo impulso a las relaciones internacionales, al proyecto de regiones y se afianzará la comunicación con los centros formadores y sus becados, que son la fuente de nuevos socios y la semilla de nuevas iniciativas. Usaremos las tecnologías para conectarnos e interactuar, como lo dicen nuestros objetivos, queremos que todos se sientan partícipes de este proceso. Es de nuestro interés incorporar al trabajo de SOPNIA a los socios de regiones, por lo que construiremos una red que nos mantenga comunicados e informados. Pensamos que la principal dificultad es vencer “lo establecido”, motivar a los socios y también encantar a las nuevas generaciones para que se integren a trabajar, que quieran ir más allá del ámbito asistencial o puramente laboral, que colaboren en la búsqueda de soluciones a tantos temas controversiales en salud mental, para eso deben sentir el impulso de construir, de crear. Es-

Editorial

pero que SOPNIA congregue a un mayor número de socios, activos y participativos, comunicados y conectados a nivel nacional, que representen la opinión experta ante los medios, que se integren a los grupos de estudio, en comisiones ministeriales o de cualquier otra instancia que promueva el desarrollo infantil. Por último, desde el punto de vista administrativo, como directorio hemos decidido modernizar la gestión interna de SOPNIA. Esperamos que el socio se sienta orgulloso de ser miembro de esta sociedad, que sea acogido en todas sus solicitudes y también en su deseo de participación. Esperamos que nuestra gestión sea eficiente, moderna, con un crecimiento cuantitativo de socios y con un rol gravitante en las políticas públicas que definen finalmente el destino de la salud neuropsiquiátrica de nuestros niños y adolescentes.

Otro gran pilar de trabajo que nos hemos propuesto, se relaciona con generar espacios de diálogo y reflexión, apoyando iniciativas que permitan reforzar el bienestar de los escolares. Quisiéramos sembrar la “inquietud” respecto al país que estamos construyendo, reforzar valores como el respeto, la tolerancia y la inclusión. Sintonizar con la preocupación de la educación, evaluar el buen uso de la jornada escolar completa y su impacto en el ámbito psicológico, cognitivo y emocional de nuestros niños. Como especialistas y desde las neurociencias, nos interesa posicionar este y otros temas, proponiendo intervenciones preventivas en salud mental. Pretendemos movilizar las instancias oficiales, para que nuestro aporte pueda tener un impacto en las políticas educacionales y de salud. Mantendremos la interacción con entidades de gobierno, comisiones ministeriales, grupos “*advocacy*”, el trabajo conjunto con otras sociedades, y si es necesario generar nuevas alianzas para los fines propuestos.

Cuando nos detenemos a mirar la realidad nacional, vemos que hay mucho por hacer, Chile es un país joven con prevalencias de problemas de salud mental que son alarmantes, por lo que queda un largo camino por construir y avanzar. Para ayudar a mejorar esta realidad, se requiere un trabajo unido de todos los profesionales que reúne esta sociedad. Los cambios que estamos generando no serán rápidos... la modificación de conductas comunitarias es lenta y difícil. Esta sociedad tiene una misión, que ha sido forjada con el esfuerzo de muchos a través de los años, lo que no debemos olvidar para poder preservar y engrandecer todos los logros de quienes han construido la historia de SOPNIA.



Adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo 1 y sus familias

Adolescents with type 1 diabetes and their families

Valerie Jeanneret Murdoch (1), Alejandra Rivera Serrano (2)

Summary/Abstract. Diabetes mellitus type 1 (DM1) is one of the most common chronic diseases in childhood and adolescence. By the nature of the disease and the type of treatment required, the DM1 impacts all areas of life of adolescents and their families. One of the most difficult times for the family, teen, and treatment team is adolescence.

Research in this field suggests that there are certain individual and family dynamics that tend to occur in these families and their identification is important because they influence the adolescent metabolic control.

This paper reviews literature and organizes information that allows a better understanding about the individual and family dynamics present in families with adolescents with DM1.

Key words: Diabetes type1, adolescence, psychopathology, family dynamics.

Resumen: La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia y adolescencia. Por la naturaleza de la enfermedad y por el tipo de tratamiento que requiere, la DM1 impacta todos los ámbitos de la vida del adolescente y su familia.

Uno de los momentos más difíciles para la familia, adolescente, y equipo tratante es la adolescencia.

La investigación en este campo sugiere que hay ciertas dinámicas individuales y familiares que tienden a presentarse en estas familias que es importante conocerlas ya que influyen directamente en el control metabólico del adolescente.

Este trabajo revisa y sistematiza información bibliográfica que permite una mayor comprensión acerca de las dinámicas familiares e individuales presentes en familias con adolescentes con DM1.

Palabras claves: Diabetes tipo 1, adolescencia, psicopatología, dinámicas familiares.

INTRODUCCIÓN

Los avances médicos han hecho que la gente viva más tiempo y mejor con enfermedades que solían ser mortales. Muchos niños que tienen enfermedades crónicas están sobreviviendo a la vida adulta e incorporándose a una vida normal. Esto sig-

nifica que un número creciente de familias está haciendo frente a afecciones crónicas por un período cada vez más largo del ciclo vital (1).

Es el caso de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), cuya incidencia y prevalencia aumentó fuertemente durante la segunda

(1) Psiquiatra Infanto-Juvenil, Terapeuta Familiar. Unidad de Adolescencia, Clínica Santa María.

(2) Psicóloga, Terapeuta Familiar. Centro de Especialidades Pediátricas, Universidad Católica de Chile.

Correspondencia a: Dra. Valerie Jeanneret Murdoch. Dirección: Capellán Abarzúa 055, 2.piso, Providencia. E-mail: dra.valeriejeanneret@gmail.com



Trabajos Originales

mitad del siglo XX. Durante los años 90, la incidencia se incrementó de 3,2% a 5,3% por año, y el mayor aumento fue en el segmento de niños entre 0 y 4 años (2).

En el caso de Chile, si bien no se tiene información sobre incidencia de la DM1 a nivel nacional, se estima que en los menores de 15 años, ésta es de 6,5 por 100.000 habitantes. Al igual que a nivel mundial, también se observa un incremento progresivo de la tasa de incidencia, especialmente en el grupo de 0-4 años, tasa que se duplicó entre el 2000 y 2004 (3). Tampoco existen en Chile estudios de prevalencia de DM Tipo 1. De acuerdo al registro de la Superintendencia de Salud, a marzo del año 2011 había un total de 10.760 casos de DM1. Sin embargo, es posible que este número corresponda a una sobreestimación del número de personas con DM1 en nuestro país (4).

La diabetes impacta la vida del niño o adolescente y de aquellos que lo rodean requiriendo de adaptación y cambios permanentes (5,6).

Uno de los momentos más complejos es la adolescencia, ya que el joven debe realizar una serie de comportamientos de autocuidado que muchas veces son percibidos como una carga: monitorear los niveles de glucosa en la sangre al menos cuatro veces al día, inyectarse insulina regularmente, vivir con restricciones en la dieta alimentaria y en el ejercicio físico y asistir frecuentemente a controles médicos, entre otros (7).

El deseo de independencia respecto de los padres y de otros adultos frecuentemente se manifiesta como una baja adherencia al tratamiento de la DM1 (8).

Por otra parte, la evidencia sugiere que la familia es central en la óptima adherencia al tratamiento de la diabetes y que tanto un desarrollo familiar adecuado como bajos niveles de conflicto familiar, promueven el buen control glicémico. Así mismo, se ha demostrado que mejorar las interacciones familiares, puede mejorar tanto el control

glicémico como la adherencia al tratamiento (9, 10).

La diabetes es una enfermedad que responde rápidamente al estrés emocional. Los niveles de glucosa en la sangre cambian frente a la presencia de estresores emocionales, entre los que se puede encontrar el conflicto en las relaciones familiares.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es revisar y sistematizar información bibliográfica acerca de las dinámicas familiares e individuales presentes en familias con adolescentes con DM1.

MÉTODOS

Se revisó literatura de los últimos 10 años en buscador Pubmed con términos Mesh: DM1, adolescencia, interacción familiar, psicopatología. También se incluyeron trabajos de autores clásicos citados en los primeros.

MARCO TEÓRICO

1. Relación mente-cuerpo y enfermedad psicosomática.

La relación mente-cuerpo ha sido un tema de discusión durante milenios y hay varias creencias al respecto. Algunos suponen que la mente y el cuerpo son mundos separados. Otros dicen que los estados emocionales influyen en la conservación de la salud física y en la estimulación de la curación del cuerpo, o en la interferencia de este proceso (1).

Kornblit señala que no se trata de postular que las variables psicológicas influyen sobre el funcionamiento orgánico, o a la inversa, sino de pensar la respuesta del individuo como global, ya sea que sus manifestaciones se den predominantemente en el nivel de lo orgánico o de lo mental. Esto lleva a pensar que la enfermedad es el modo como se expresa en uno u otro de dichos niveles

la respuesta frente al stress (11). En un sentido amplio, se podría postular que toda enfermedad tiene un componente psicossomático, en el que la influencia relativa de los factores psicossociales y biológicos varía según el tipo de afección y la etapa en que se encuentra la enfermedad. Existen pruebas convincentes de que el apoyo de la familia y/o de la comunidad, afecta la calidad de vida del paciente y el curso de la enfermedad. La existencia de esta interacción psicossomática es alentadora ya que brinda la oportunidad de que factores psicossociales y no sólo las intervenciones médicas tengan una importante influencia en el proceso curativo (1).

En cuanto a la DM1, hay amplia evidencia que señala que las glicemias se alteran con los estresores emocionales (12, 13).

Minuchin, Baker y Rosman estudiaron niños diabéticos que tenían una cantidad inusual de hospitalizaciones por acidosis diabética (14). Las cetoacidosis en los niños diabéticos son poco frecuentes después del debut, ya que éstos y sus familias aprenden a reconocer las señales tempranas de descompensación y pueden compensarlas con insulina. Sin embargo existe un grupo de niños que se caracterizan por un muy mal control metabólico a pesar de las indicaciones médicas y tienen frecuentes episodios de acidosis por lo que se tienen que hospitalizar frecuentemente. Durante las hospitalizaciones, no se encuentran factores orgánicos que expliquen las descompensaciones y en el hospital el control metabólico es excelente. Sin embargo una vez en casa, necesitan de dosis muchísimo mayores de insulina y aun así no logran un control estable. A partir de estos estudios, Minuchin y sus colaboradores llegaron a la conclusión que existen dos tipos de enfermedades psicossomáticas, las primarias y las secundarias. Las primarias son las que desde un inicio tienen una disfunción fisiológica como el caso de la DM1, las alergias, o los asmáticos. Lo psicossomático reside en la exacerbación del síntoma que ya hay. No es que la causa sea psicológica. Mientras que en las enfermedades psicossomáticas

secundarias no hay una disfunción orgánica demostrable en un inicio. El elemento psicossomático acá sería la transformación del conflicto emocional en el síntoma somático. Este síntoma puede cristalizarse en una enfermedad grave y debilitante como la Anorexia Nerviosa (15).

Estos autores observaron un patrón de transacciones característico en estas familias, el que se analizará más adelante.

2. Diabetes Mellitus tipo 1: características y tipología psicossocial de la enfermedad

a. Etiología y epidemiología

La Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia y adolescencia y es causada por el déficit de insulina debido a la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas. Este tipo de diabetes se caracteriza por el déficit severo de insulina y por requerir cambios y ajustes significativos en el estilo de vida. Se requiere de insulina exógena para controlar los niveles de glucosa en la sangre (glicemia), para prevenir cetoacidosis y preservar la vida (16).

Tres cuartos de las veces la DM1 comienza en la infancia y aproximadamente 2/3 de los niños diagnosticados con diabetes corresponde al tipo 1. La diabetes es considerada una de las enfermedades crónicas más demandantes, conductual y psicológicamente, ya que requiere de gran autocontrol y el tratamiento es conducido casi en su totalidad por el paciente o su familia (17).

Hay aún muchas incógnitas respecto a su patogénesis, sin embargo se sabe que hay factores genéticos y ambientales involucrados. Esto lleva a las familias a hipotetizar múltiples causas y frecuentemente a la autoinculpación. El debut tiene una distribución bimodal con un peak a los 4-6 años y otro en la pubertad temprana entre los 10 y 14 años (17).

b. Curso y pronóstico

Siguiendo la tipología psicossocial de las

Trabajos Originales

enfermedades de J. Rolland la DM1 se clasifica como una enfermedad de inicio gradual, curso progresivo, con riesgo de muerte, posiblemente incapacitante, y con una esperanza de vida reducida. Además, como todas las enfermedades crónicas, tiene un ciclo temporal, donde se distinguen tres fases: crisis (debut), crónica y terminal (1). Aunque el inicio es fisiológicamente gradual, muchas veces para el niño o adolescente y para la familia éste es vivido en forma aguda, ya que los síntomas son muy inespecíficos en un inicio. Los niños suelen debutar con síntomas como rápida pérdida de peso, necesidad aumentada de tomar líquidos y orinar, y síntomas inespecíficos como cansancio y dolor abdominal. Por la inespecificidad de los síntomas iniciales, muchas veces éstos pasan desapercibidos y el niño es hospitalizado de urgencia con riesgo vital por cetoacidosis (acumulación de cuerpos cetónicos en la sangre por falta de insulina). La familia suele cargar con la culpa de no haberse dado cuenta antes, lo que a veces es el inicio de pautas disfuncionales como la tendencia a la sobreprotección, y a evitar la frustración y sufrimiento del niño, con la consiguiente dificultad en la puesta de límites.

Después de este marcado comienzo, en algunos niños prosigue un período de remisión llamado “luna de miel”. En donde puede disminuir e incluso desaparecer el requerimiento insulínico en forma temporal. Habitualmente esto no se repite y su causa se desconoce.

Posterior a la “luna de miel” se intensifican los síntomas, haciéndose indispensable aplicar dosis de insulina diarias (5).

Comienza entonces la fase crónica de la enfermedad donde el principal objetivo del tratamiento médico es llevar los niveles de glicemia a rangos normales, previniendo complicaciones agudas y crónicas (5). Como ya se dijo anteriormente, el tratamiento requiere de constancia y continuidad en el uso de insulina, alimentación balanceada, ejercicio, monitoreo de la gli-

cemia y visitas regulares al médico, siendo necesario efectuar cambios en el estilo de vida del niño que tiene diabetes y de su familia.

Además de los pinchazos diarios para el control de la glicemia, las personas con diabetes deben controlar por medio de un examen de sangre periódicamente su hemoglobina glicosilada (HbA1c). El valor de este examen refleja cómo estuvo el control metabólico (las glicemias) los últimos dos a tres meses, siendo lo deseable para un diabético adolescente tener valores menores al 7,5%. Durante la adolescencia, los cambios hormonales hacen aún más difícil mantener un buen control metabólico (8).

En cuanto al pronóstico de la DM1, la hiperglicemia presente en las personas diabéticas condiciona el desarrollo de diversas patologías, presentando una alta morbilidad y mortalidad respecto a la población general. En Chile, el riesgo de muerte aumenta entre 2 y 4 veces en comparación a personas que no viven con diabetes (5).

Si bien los tratamientos actuales han aumentado mucho la expectativa de vida, actualmente aún hay niños y adolescentes que fallecen o vivencian consecuencias orgánicas debido a dificultades derivadas del mal manejo de la enfermedad (5). Las complicaciones crónicas debido a las hiperglicemias, como la insuficiencia renal, las enfermedades cardiovasculares (infarto, accidente vascular encefálico), disminución o pérdida de la agudeza visual, entre otras, son frecuentes a mediano y largo plazo (18). Una hipoglicemia, por otra parte, puede causar convulsiones, daño neurológico, coma y la muerte en cualquier fase de la enfermedad.

Además, la evidencia sugiere que la DM1 en la infancia se relaciona con menores logros educacionales y niveles de salud en la adultez, en comparación con la población general (19), y también, la menor edad de debut de DM1 se asocia a mayores problemas de aprendizaje (20, 21).

Por último, otro aspecto importante de mencionar se refiere a la invisibilidad de los efectos de la diabetes. La enfermedad no provoca molestias dolorosas, pero sí es necesario un tratamiento complejo y continuo, pues presenta graves consecuencias para el organismo cuando no se asumen las medidas de autocuidado necesarias o el diagnóstico es hecho en forma tardía (5).

3. Adolescencia de los adolescentes con DM1

a. Adolescencia y debut de la DM1

Como ya se ha dicho, el diagnóstico de diabetes afecta profundamente todos los aspectos de la vida del adolescente, incluyendo su identidad, relaciones familiares y con pares, tiempo libre, educación y actividad física (18).

La vida individual y familiar cambia significativamente después del diagnóstico. Son necesarios cambios importantes en la vida diaria como pincharse los dedos 4-5 veces al día para evaluar sus glicemias, múltiples inyecciones de insulina (o la reciente y costosa posibilidad de usar permanentemente una bomba de insulina), ajustes en la dieta incluyendo el conteo de carbohidratos de todo lo que se come para ajustar las dosis de insulina, contrarrestar las bajas de azúcar (hipoglicemia) con una cantidad específica de comida, ajustes en la actividad física, entre otros (22, 23).

Otro cambio en la vida de estos adolescentes es que tienen que involucrar a otros en su cuidado, por ejemplo se recomienda que los amigos cercanos y profesores sepan qué hacer cuando cae abruptamente inconsciente por una hipoglicemia (8).

Albon señala que los adolescentes pueden responder de distintas maneras al debut de la enfermedad. Algunos reaccionan con rabia o con violentos arrebatos, otros lo hacen aislándose (24). Estos comportamientos defensivos suelen estar relacionados con la frustración ante la percepción de ser tratados como niños en un momento en que frecuentemente se les dice que deben

asumir mayor responsabilidad por su propio cuidado.

b. Adolescencia y DM1

Los adolescentes con DM1 suelen experimentar sentimientos ambivalentes y cambiantes respecto a su enfermedad (25).

Por otra parte, durante la pubertad y adolescencia, los cambios hormonales aumentan los requerimientos de insulina y hacen difícil el control metabólico. Es común que un niño que ha tenido un buen control glicémico durante la infancia, al llegar a la adolescencia, experimente descompensaciones metabólicas importantes, lo que aumenta su frustración, rabia y sensación de ineficacia (26, 27, 28).

Si bien el patrón de síntomas que antecede a una crisis aguda de hipoglicemia o hiperglicemia es previsible y coherente, el deterioro que las hiperglicemias van generando a largo plazo es invisible en el presente. Esto fomenta la ambigüedad y se hace más factible utilizar mecanismos de negación o minimización de la enfermedad. Para otros, puede ser una fuente constante de preocupación y de ensayo de los escenarios más pesimistas.

En ocasiones, las familias se dividen por sus sentimientos ambivalentes: por ejemplo, el adolescente minimiza el riesgo, mientras que uno o ambos padres se preocupan demasiado (1).

c. DM1 y Autonomía

Las demandas de la enfermedad están en continua interacción con las tareas del desarrollo normativas. Muchas tareas de cuidado de la diabetes pueden interferir con el deseo de independencia y la necesidad de aceptación de los pares de los adolescentes (8). En este contexto, la DM1 aparece como fuerza antagónica a la autonomía y diferenciación de los padres, ya que les recuerda sus limitaciones y dependencia de las mediciones de glicemia y de la insulina, así como de sus familiares, amigos, equipo médico y entorno en general. Como la adolescencia es un período donde priman las

Trabajos Originales

necesidades de autonomía y diferenciación sobre las de cohesión familiar, el inicio de una enfermedad crónica en la adolescencia está naturalmente desfasado con la etapa del desarrollo individual y familiar (1).

La transición generada por el inicio de una enfermedad crónica, se interrelaciona con la transición que implica la adolescencia como etapa del ciclo vital, por lo que las preocupaciones acerca de la muerte, los límites de la vida y la anticipación de la separación y la pérdida, son frecuentes. En adolescentes con una enfermedad como la DM1, estas preocupaciones se acrecientan por el riesgo de vida que conlleva la enfermedad, y es común que la ambivalencia y el temor a la vida independiente se intensifiquen. (1).

d. DM1 y construcción de la identidad

En los adolescentes con DM1, la conformación de su identidad es influenciada por la enfermedad (17). El diagnóstico de una enfermedad crónica como la DM1 implica una pérdida de la identidad individual y familiar anterior (8).

Las narrativas de los síntomas y de la enfermedad afectan la identidad de la persona y del sistema familiar (1). Como el cuidado de la diabetes requiere comportamientos y ajustes diarios, la enfermedad está muy presente en la vida cotidiana por lo que es común que ocupe un lugar central en la definición de la identidad del adolescente y su familia, lo que puede afectar la autoestima del joven.

Es muy importante que la familia y el entorno reafirmen constantemente el valor intrínseco de los niños y adolescentes que tienen una enfermedad crónica de manera de promover su autovaloración (1).

e. DM1 y relaciones con grupo de pares

Los adolescentes tienen una gran necesidad de ser como los demás y de pertenecer a un grupo de pares (29). El adolescente con DM1 necesita integrarse en su grupo de pares y que se le permita participar de manera apropiada a su edad, pero que a la

vez esta participación le garantice una seguridad razonable (1). Muchos adolescentes con una enfermedad crónica se sienten diferentes y socialmente más restringidos que sus pares, suelen surgir sentimientos de exclusión y rechazo (30). Las conductas de autocuidado de la DM1 pueden interferir en las relaciones con los pares, pueden surgir sentimientos de vergüenza ante tener que pincharse en público o hablar de su enfermedad, lo que los puede llevar a descuidar el tratamiento evitando pincharse frente a otras personas (8). Además, al estar tan centrados en sí mismos, tienden a sentirse observados, invadidos o cuestionados muy fácilmente.

Si bien el apoyo emocional de los amigos puede ayudar al adolescente con una enfermedad crónica a sentirse aceptado, es probable también que algunos grupos de pares ejerzan una influencia negativa sobre éste (30, 31).

Para ayudar al adolescente en esta etapa se sugiere ir fomentando su proceso de individuación y autonomía, invitándolo a que asuma un papel cada vez más importante en su propio cuidado (8).

f. DM1 y proyecto de vida

El desarrollo cognitivo normal aumenta la capacidad del adolescente para pensar de forma abstracta, adquieren una actitud reflexiva sobre su propio ser, enfrentándose a su Yo Ideal y a su Proyecto de Vida. Este mismo desarrollo les permite prever el futuro y contemplar la posibilidad de la pérdida.

En las enfermedades crónicas con riesgo vital, las preocupaciones acerca de una pérdida futura pasan a formar parte de los proyectos de vida, a veces de manera implícita. Una persona puede estructurar su vida para adaptarse a una muerte prematura. Suelen surgir temores en relación con la vida independiente, infertilidad, esterilidad y la transmisión genética de la enfermedad que pueden afectar la posibilidad de la intimidad con pares y la vida familiar.

Es común que algunos adolescentes apliquen una forma de pensamiento todo-nada a su proyecto de vida, lo que dificulta la percepción más realista de que pueden hacer la gran mayoría de las cosas, pero tomando las precauciones adecuadas. Como en la DM1 la posibilidad de discapacidad y muerte es lejana, el adolescente puede aprender a adaptarse a los posibles desenlaces negativos a través de la minimización y negación, ya que el hacerlo le significaría enfrentarse a temores de deterioro, abandono y muerte (1).

g. DM1, satisfacción corporal y trastornos de la conducta alimentaria.

Las frecuentes inyecciones de insulina pueden generar callosidades y lipodistrofias (deformaciones debido a cambios anormales en la distribución de grasa) en los lugares comunes de inyección, lo que puede afectar tanto su imagen corporal como la satisfacción con su propio cuerpo.

Tener DM1 es un factor predisponente para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Un 49% de las adolescentes con DM1 tendría conductas alimentarias alteradas (32), y un 10% tiene un TCA. Si se les compara con población normal el riesgo es 2,4 veces mayor (33).

La aumentada prevalencia de TCA en adolescentes con DM1 es comprensible si se analizan las tareas del desarrollo en esta etapa y todos los desafíos que implica tener DM1 y su tratamiento (34).

La etiología por la que una adolescente con DM1 puede comenzar a querer estar delgada y se niegue a comer lo que otros le dicen, es multicausal (35,36). Dentro de los síntomas iniciales de la DM1 está la baja brusca de peso, que se recupera a medida que se inyectan insulina y se normalizan las glicemias. Además los adolescentes con DM1 están expuestos constantemente al conteo de calorías y carbohidratos, y a planes alimentarios que no necesariamente van de la mano con su sensación de hambre y saciedad. Lo recién expuesto requiere una gran cantidad de autocontrol. Grilly

et al., encontró que las adolescentes con DM1 y TCA tenían rasgos de personalidad más evitativos y de menor autodirección que sus pares con DM1 sin TCA (37).

Es común que las adolescentes con DM1 restrinjan u omitan insulina para bajar de peso, condición conocida como "Diabulimia" (38). Esta es la conducta purgativa más usada entre este grupo de pacientes y trae múltiples complicaciones a corto y largo plazo (35, 39, 40).

Se ha demostrado que los TCA en los diabéticos tipo 1 se asocian con un control metabólico deficiente, episodios más frecuentes de cetoacidosis y un inicio precoz de las complicaciones microvasculares relacionadas con la diabetes, en particular la retinopatía. Es necesario un alto índice de sospecha de estos trastornos, sobre todo entre los pacientes con mal control metabólico persistente, repetidos episodios de cetoacidosis, problemas o fluctuaciones de peso y en las adolescentes mujeres (40).

h. DM1 y Depresión

La adolescencia es un período donde aumenta la vulnerabilidad psicológica, y esto se acentúa en jóvenes con una enfermedad crónica (41). En el caso de la DM1, la evidencia sugiere que los jóvenes con DM1 tienen tres veces más riesgo de presentar desórdenes psiquiátricos (8) y son particularmente vulnerables a presentar trastorno depresivo mayor (TDM), ansiedad generalizada y trastornos de la conducta alimentaria (8, 39,26; 42).

La depresión suele ser subdiagnosticada en los adolescentes con diabetes, ya que hay síntomas como la anergia, pérdida de peso, y deterioro de la memoria, que son comunes en la DM1 y TDM. Además, las fluctuaciones en los niveles de glucosa en la sangre pueden conducir a alteraciones en el comportamiento y el estado de ánimo. A esto se le suma que el diagnóstico de la diabetes en sí misma puede precipitar o exacerbar los trastornos psiquiátricos.

Se ha reportado una prevalencia de apro-

Trabajos Originales

ximadamente el 20% de TDM en los jóvenes con DM1, en comparación con el 7% en aquellos sin diabetes (43). Kovacs et al, reportaron el hallazgo de una probabilidad acumulada de 27% de desarrollar un trastorno depresivo mayor diez años después del diagnóstico de DM1 (44). Además los niños y adolescentes con buen control metabólico tienen tasas más bajas de TDM (3% vs 9%). Un estudio sugirió que por cada unidad que se aumenta de HbA1c (peor control metabólico), se aumentaba un 27% el riesgo de presentar un TDM 45. Las depresiones de estos adolescentes serían además más largas y con mayor probabilidad a recurrir (46).

La presencia de síntomas depresivos en adolescentes con DM1, impacta negativamente sus relaciones, su desempeño escolar y su calidad de vida y está asociado a frecuentes hospitalizaciones y pobre control metabólico (41, 39). A esto se agrega que los últimos estudios hablan de una relación bidireccional: la depresión empeoraría el control metabólico, y éste conlleva mayor riesgo de presentar depresión (47, 48, 49). Lyoo postula que el mal control glicémico lleva a altos niveles de glutamato prefrontal que se relacionan con déficit cognitivo y TDM en DM1. Además en estos pacientes se observa una reducción significativa en el grosor de la corteza prefrontal que llevaría a TDM. Un modelo interesante propone Nancy Ho y colaboradores, en el que describe que la DM1 causa hiperglicemia, altera el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, y aumenta el stress oxidativo, todo lo cual afecta la neurogénesis y plasticidad del hipocampo, aumentando así el riesgo de presentar TDM y deterioro cognitivo (50).

i. DM1 y conductas de riesgo

Diversos estudios muestran que la corteza prefrontal, encargada entre otros, del juicio, planificación y toma de decisiones, se termina de desarrollar después de los 20 años, por lo que los adolescentes tienden a tomar más riesgos sin reflexionar en las consecuencias (51).

A esto se le agrega la tendencia del ado-

lescente hacia la gratificación impulsiva e inmediata y las eventuales presiones de los pares en favor de las conductas de riesgo (29). En adolescentes con enfermedades con riesgo de vida, estas características pueden verse extremadas debido a un sentimiento subyacente de desesperanza respecto a su futuro (1).

La evidencia sugiere que los adolescentes con una condición crónica están más propensos que sus pares a involucrarse en conductas de riesgo (24, 52). Los adolescentes con DM1 pueden incurrir en conductas de riesgo relacionadas con el descuido del tratamiento.

La negación de la necesidad de aplicarse insulina o de seguir las indicaciones nutricionales puede indicar el deseo de negar la enfermedad y todas sus posibles consecuencias para el futuro. Estos comportamientos autodestructivos pueden ser una manera de expresar ira en relación con el hecho de tener que hacer frente a una enfermedad crónica o también pueden reflejar el temor a ser incapaz de cuidar de sí mismo (1). Pueden ser también una manera del adolescente de expresar la ambivalencia respecto a la dependencia / independencia.

Generalmente, estas conductas fuerzan a los padres a controlar más de cerca el comportamiento de su hijo relacionado con la salud, y a aplicarle límites más firmes. Es frecuente que los adolescentes sientan que sus padres los vigilan demasiado en lo relacionado con la DM1 y que su familia no entiende lo difícil que es vivir con DM1 (26).

La reactividad de los padres frente a la conducta rebelde del adolescente suele representar la ira por el no reconocimiento de sus incansables esfuerzos por ayudar a su hijo a controlar su enfermedad. El adolescente puede interpretar estos sentimientos normales como señales de que es una carga o una decepción para sus padres, lo que es un círculo vicioso porque puede aumentar el comportamiento destructivo (1).

Por otra parte, generalmente se asignan derechos y privilegios a la condición de paciente. Por lo que el adolescente puede usar su enfermedad para manipular a padres y hermanos. Las conductas de riesgo pueden ser utilizadas como beneficio secundario, como una manera de intentar tomar el control y ejercer poder en las relaciones familiares (17).

j. DM1 y alteraciones en las funciones neurocognitivas

Diversos estudios muestran mayores alteraciones neurocognitivas en pacientes con DM1, estudiándose en adultos incluso la mayor incidencia de demencia.

En general una edad precoz de inicio de la DM1 se asocia a peores resultados en los test de funciones neurocognitivas. Si la DM1 se presenta antes de la edad escolar se observa una asociación con peor desarrollo viso-motor, memoria visoespacial, organización y percepción visual, memoria a corto plazo, atención selectiva, concentración y velocidad de procesamiento.

Independiente de la edad de presentación de la enfermedad DM1, el mal control metabólico se ha asociado con peor coeficiente intelectual y funciones visoespaciales (memoria, percepción, organización y atención). Además las hipoglicemias severas se correlacionan con alteraciones en la velocidad de procesamiento y atención selectiva (20).

En un adolescente con DM1 y dificultades escolares, es necesario por lo tanto, tener una buena historia del debut de la diabetes, hiperglicemias, HbA1c e hipoglicemias para diseñar estrategias de intervención adecuadas.

4. Familias de adolescentes con DM1

Una de las experiencias más difíciles de aceptar es la enfermedad crónica y grave en los más jóvenes ya que genera un profundo sentimiento de pérdida e injusticia. Hay distintas maneras en que las familias pueden adaptarse a la enfermedad, sin

embargo, algunas familias se adaptan mejor que otras a las diversas demandas de la enfermedad en las distintas etapas del ciclo vital, permitiendo un mejor desarrollo de cada uno de los miembros de la familia (1).

a. Familias de adolescentes con DM1 y etapa del ciclo vital y familiar.

Las demandas de la enfermedad están en continua interacción con las tareas del desarrollo normativas, por lo que en cada etapa del ciclo vital, la familia debe lograr un nuevo equilibrio entre los objetivos del desarrollo normativo y lo que la enfermedad permita (1).

En general, el paso de una etapa del ciclo vital familiar a otra genera estrés en todas las familias y es vivido como una crisis, es decir, como un período de desorganización e incertidumbre. La DM1 de un hijo adolescente agrega complejidad a la transición de la familia de la etapa de crianza de niños pequeños a la etapa de familia con hijos adolescentes, que por sí misma representa una crisis normativa.

Para muchas familias con un hijo adolescente es difícil distinguir los problemas de su hijo de los cambios propios de la adolescencia. En el caso de adolescentes con DM1, esto se complejiza ya que además deben distinguir los problemas normales del desarrollo de los que son causados por la enfermedad. Por ejemplo, la rebeldía y la transgresión son comunes en la adolescencia, pero la irritabilidad sin motivos puede deberse a una hipo o hiperglicemia. Las familias, especialmente los padres, pueden tender a atribuir todas las dificultades individuales del adolescente y de la familia a la diabetes del adolescente o al mal cuidado de ésta.

b. Familias de adolescentes con DM1 y desarrollo de la autonomía del adolescente

En la adolescencia, la necesidad de los padres de cuidar a su hijo enfermo entra en conflicto con la necesidad del joven de mayor autonomía. Cuando la autonomía y la independencia constituyen las tareas centrales de desarrollo, una enfermedad

Trabajos Originales

crónica puede obstruir seriamente el movimiento natural hacia la independencia. A algunos padres les resulta muy difícil ceder el control sobre las mediciones cotidianas de glicemia y las restricciones necesarias en el cuidado de la DM1. Su percepción del rol que les corresponde como facilitadores del desarrollo del niño hacia la independencia, puede haberse desdibujado (53).

Muchas veces los padres han dedicado mucho tiempo y esfuerzo al cuidado de sus hijos diabéticos y se sienten orgullosos de haberles entregado un buen cuidado. Por eso, les puede ser difícil ir adoptando un rol un poco más pasivo. Como las enfermedades de los niños requieren mucho cuidado, es común que los padres se dediquen más a eso y que descuiden su relación de pareja.

En ocasiones, los miembros de la familia que desempeñan los roles de cuidado del hijo enfermo (generalmente los padres), se sienten agotados. Esto ocurre especialmente en el caso de adolescentes que están manifestando rebeldía frente al cuidado de la enfermedad. Los padres pueden sentir frustración y rabia contra su hijo. Durante la fase crónica suelen haber fantasías de huida y pensamientos que manifiesten un deseo de que la situación llegue a su fin como "Ojalá te murieras para que yo pudiera ser libre de hacer mi vida". Estos pensamientos se viven con intensa vergüenza y culpa (1).

c. Familias de Adolescentes con DM1 y fase temporal de la enfermedad

Las demandas psicosociales de la DM1 cambian según la fase en que se encuentre la enfermedad, por lo que ciertas dinámicas familiares pueden ser adaptativas en ciertas circunstancias y desadaptativas en otras.

La fase de crisis de la DM1, entendiéndose por ésta el debut y diagnóstico de la enfermedad, requiere de una mayor cohesión familiar por las altas demandas que implica la socialización de la enfermedad. Además, exige una movilización rápida de la familia ya que los cambios emocionales y prácticos

se condensan en un breve lapso de tiempo. En este período son recursos del sistema familiar la capacidad de tolerar estados afectivos altamente cargados, intercambiar de manera flexible los roles, resolver problemas y utilizar eficazmente los recursos externos.

Por su parte, en la fase crónica, se necesita una menor cohesión familiar ya que la tarea principal de esta etapa es desplazarse hacia la autonomía de cada uno de los miembros dentro de los límites que impone la enfermedad (1).

Al respecto, A. Kornblit señala que el estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad tiende a ser centrípeto o centrífugo. La primera se caracteriza por extrema cohesión interna en torno a la enfermedad, todo gira alrededor del enfermo quien monopoliza la atención, absorbiendo la energía, y restando la posibilidad de crecimiento y desarrollo al resto de los miembros. Viven a sobresaltos y piensan constantemente en la muerte.

Por otro lado está la tendencia centrífuga, que se expresa en el desarrollo de conductas evitativas en torno a la situación de enfermedad. Para esto, uno de los miembros, frecuentemente la madre, se dedica exclusiva y sobreprotectoramente al enfermo, lo que a su vez dificulta la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo, quien, en la medida de sus posibilidades, se haga cargo de los cuidados que requiere su condición. Otra consecuencia de esto puede ser una relación muy estrecha madre y el hijo, con la consiguiente ubicación periférica del padre con respecto a dicho binomio, y el resquebrajamiento del vínculo conyugal (11).

La transición entre la fase de crisis y la fase crónica es un importante punto de inflexión ya que es el momento de diseñar un programa de acción viable para convivir con una enfermedad crónica, lo que muchas veces implica reevaluar la estructura básica de la familia y la organización que ésta tuvo durante la etapa de crisis para ge-

nerar ajustes adecuados que les permitan hacer frente a la siguiente etapa.

En ocasiones, las familias prolongan o se quedan estancadas en el tipo de funcionamiento de la fase de crisis. Esto es más frecuente cuando la enfermedad conlleva riesgo vital y comienza en la niñez, que es un período de mayor cohesión familiar. La tendencia a que la familia se vuelva hacia adentro se incrementa proporcionalmente al riesgo de muerte o discapacidad. La pauta de apego excesivo puede permanecer estable durante toda la niñez y hacer eclosión dramática durante la adolescencia, cuando el deseo de autonomía típico de esta etapa del desarrollo entra en conflicto con el viejo sistema cohesivo y rígido (1).

d. Familias de adolescentes con DM1, curso de la enfermedad y pérdida anticipatoria

El diagnóstico de una enfermedad crónica marca el inicio de un prolongado proceso con sentimientos de pena y pérdida anticipatoria, especialmente para los padres que tienen que hacer el duelo por la pérdida de un hijo físicamente sano. Otro aspecto muy doloroso de ser padre de un hijo con una enfermedad crónica es sentir la pérdida del control de la capacidad para proteger a su hijo del daño y del sufrimiento (1).

Las familias con un hijo con DM1 suelen estar sometidas a gran tensión, tanto por las transiciones entre períodos de mayor y menor estabilidad, como por la permanente incertidumbre respecto a cuándo puede presentarse una crisis. Es común que estas familias se vuelvan hiperconscientes de los síntomas corporales.

En cuanto al curso que sigue la DM1, si bien es progresivo en el largo plazo, tiende a ser constante con períodos de mayor y menor estabilidad. En períodos de mayor estabilidad, a las familias les resulta más fácil llevar un ritmo de vida normal ya que hay menos incertidumbre y pueden hacer planes futuros. Mientras que en períodos de inestabilidad o mayor descompensación, vuelve a estar muy presente el riesgo

de una descompensación metabólica y con ello, la discapacidad y la muerte, lo que genera gran incertidumbre y angustia.

En las enfermedades que reducen las expectativas de vida o con posibilidad de muerte súbita como la DM1, la pérdida es un desenlace más ambiguo e incierto. Esto hace que las cuestiones de la mortalidad sean menos prominentes pero más insidiosas en la vida familiar. Es un ámbito favorable para las interpretaciones propias de cada familia sobre el desenlace y para la sobreprotección, especialmente en enfermedades de inicio en la infancia (14).

En este tipo de afecciones, el enfermo teme que su vida acabe antes de completar su proyecto y los familiares temen convertirse en solitarios sobrevivientes. Hay una corriente subterránea de duelo anticipado y separación que impregna todas las fases de la adaptación de la persona y la familia a la enfermedad en los distintos momentos de su vida. Con frecuencia, las familias quedan atrapadas entre el deseo de intimidad con el familiar enfermo y el impulso de liberarse emocionalmente de él. Cuesta mantener una perspectiva equilibrada. La tendencia a ver al familiar enfermo “muerto” puede generar respuestas de mala adaptación que quitan responsabilidades al enfermo. A medida que las familias van atravesando las transiciones normativas del ciclo de vida (como la adolescencia), puede haber un resurgimiento de sentimientos de pérdida anticipatoria anteriores que la familia creía superados (1).

Adaptarse a la anticipación de una muerte prematura, se convierte en una tarea del desarrollo principal para estas familias. En esta adaptación, influye la experiencia previa que la familia ha tenido con la muerte, la discapacidad, la amenaza de pérdida, y la convivencia con la ambigüedad. Un temor catastrófico puede estar relacionado con pérdidas no elaboradas. Es probable que la familia ensaye repetidamente el proceso de pérdida y los posibles escenarios de sufrimiento.

Trabajos Originales

e. Familias de adolescentes con DM1 y causas de la enfermedad

Las incógnitas respecto a las causas de la DM1 llevan a las familias a atribuir diferentes significados a la enfermedad, tales como el castigo, la inculpación un miembro de la familia, el sentido de justicia, negligencia del paciente o de los padres, o simplemente mala suerte. Estos mitos están muy arraigados en el sistema familiar y forman parte del sistema de creencias con que la familia opera. Las atribuciones causales que invocan vergüenza o culpa hacen extremadamente difícil a la familia adaptarse a la enfermedad de manera funcional.

Si bien hay muchas incógnitas respecto a la patogénesis de la DM1, se sabe que hay factores genéticos y ambientales involucrados. Las ambigüedades acerca las causas y gatillantes de la DM1 y de sus complicaciones, específicamente acerca de los factores psicosociales que influyen, hacen difícil la identificación de qué comportamientos de la familia pueden afectar las probabilidades de un desenlace trágico. Esto aumenta la posibilidad de culpabilización. Cuando un miembro de la familia se siente responsable o culpable por una enfermedad que implica riesgo de vida, todo agravamiento de la enfermedad puede provocar una crisis familiar.

f. Algunas dinámicas familiares presentes en familias con adolescentes con DM1


A diferencia de otras enfermedades crónicas de la niñez, la DM1 es una enfermedad basada en la familia porque cada componente de la vida familiar - comida, tiempo, finanzas, actividad física - se ve impactado por el régimen de tratamiento que requiere la DM1 (39).

Durante las últimas tres décadas, la investigación científica ha documentado evidencia sobre la importancia del sistema familiar en el óptimo control glicémico y en el adecuado funcionamiento psicológico de adolescentes con DM1 (39).

Como se enunció anteriormente ya en el año 1978, Minuchin, Rosman y Baker

describieron ciertas características del funcionamiento familiar presentes en familias con hijos con enfermedades psicosomáticas, entre ellas, la DM1, que influían en la evolución de ésta (14). Estos autores observaron un patrón de transacciones característico en estas familias, si bien ninguna de las características familiares pareció suficiente para desencadenar un síntoma psicosomático. Estas eran: enmarañamiento (aglutinamiento), sobreprotección, rigidez y ausencia de resolución (evitación) de conflictos. La rigidez, sobreprotección y aglutinamiento hacen que en estas familias la posibilidad de mostrar un conflicto es escasa. Habitualmente hay un código ético o religioso que es usado racionalmente para evadir conflictos. Los problemas suelen no resolverse ya que amenazan la estabilidad familiar y se activan las estrategias evitativas. Visto desde un punto de vista transaccional, el síntoma del paciente adquiere un significado como regulador del sistema. Muchas veces se ve que lo que mantiene el síntoma del niño es que éste está entre el conflicto de sus padres. Esta sería la quinta característica de las familias psicosomáticas. Esto puede ser a través de la triangulación, coalición con un padre o como distractor. Estos mecanismos también pueden ser usados por familias con un funcionamiento adaptativo, la diferencia es que éstas también usan la confrontación y negociación. Las familias con un miembro con enfermedad psicosomática en cambio, actúan secuencias mal adaptativas una y otra vez. Como generalmente están bajo condiciones de tensión y conflicto, el niño sirve como difusor de la tensión. Estos autores además señalan que cuando se modifican los modelos interaccionales de la familia, se producen cambios significativos en la enfermedad (14,15).

Trabajos más recientes también dan cuenta de ciertos aspectos del funcionamiento familiar que pueden dificultar el buen control metabólico y la adecuada adaptación psicosocial en adolescentes con DM1, tales como un alto nivel de conflicto padre-hijo, la sobre-involucración de los padres o por el contrario, padres muy poco involucra-



dos o distantes respecto del cuidado de la DM1 (39, 53, 54, 55).

Rolland describe diversas dinámicas que pueden observarse en familias con un hijo con una enfermedad crónica, enfatizando la constante interacción entre familia, enfermedad, hijo enfermo y sistema de salud (1).

Es común que los roles de género de los padres se hagan más asimétricos. Frecuentemente las madres asumen el cuidado del niño casi por completo. Socialmente, las madres se consideran las principales responsables del bienestar de sus hijos por lo que tienden a inculparse y a sobreprotegerlos, dedicándoles una cantidad desmedida de tiempo y energía. Esto tiende a generar conductas de sobreprotección que dificultan el posterior proceso de autonomía de los adolescentes. Cuando los niños fueron sobreprotegidos, en la adolescencia generalmente responden siendo demasiado dependientes de sus padres o desafiando vigorosamente el control parental.

Varios autores han descrito el mayor riesgo de que se generen pautas de triangulación en familias con un hijo enfermo (1, 14, 11, 18). Un hijo enfermo puede desviar la atención del conflictos entre dos miembros de la familia, especialmente del que pueda haber entre los padres. Los padres pueden unirse para proteger al niño enfermo o para tratar de controlar una conducta perturbadora (conducta autodestructiva de un adolescente, por ejemplo). Otras veces, un niño enfermo y uno de los padres, comúnmente la madre, forma una coalición mutuamente sobreprotectora en contra del otro padre, o una alianza tan fuerte que excluye al otro padre. En ambos casos, el niño actúa y reacciona a fin de mantener a los padres centrados en él. De ese modo regula la tensión entre ellos protege a los adultos de tener que enfrentarse con sus propios problemas. Si en una familia la madre es designada como la única cuidadora del niño enfermo, es probable que suceda lo último. Si no ha habido una negociación parental, puede generarse un

gran resentimiento en ambos padres lo que aumentará la disfunción familiar.

También es común que los padres tengan diferentes visiones acerca de qué esperar de su hijo, tanto en lo que se refiere a determinar qué expectativas del desarrollo son razonables en relación con un hijo con DM1, como a lo que consideran riesgos aceptables. Con frecuencia a las familias les resulta muy difícil decidir qué es lo razonable en vista de las otras necesidades y límites impuestos por la vida cotidiana.

Como la enfermedad requiere un control riguroso en muchas cosas (comidas, horarios de inyección), es común que los padres tiendan a ser estrictos en esos temas, pero muy permisivos en los que no tienen relación con la enfermedad, como forma de compensar. Cuando hay más hijos, los padres pueden establecer normas diferentes para los hermanos sanos y para el que tiene DM1, que no tienen relación con la edad cronológica. Todo esto promueve una crianza donde los límites tienden a ser poco claros e inconsistentes.

Además, la diabetes es una enfermedad que responde rápidamente al estrés emocional, por lo que puede descompensarse o presentar crisis cuando, por ejemplo, la tensión dentro del sistema familiar aumenta más allá del límite tolerable. En ocasiones, pueden cambiarse las normas familiares como forma de proteger al hijo enfermo, evitando que aumente demasiado la tensión. Por ejemplo, uno de los padres puede evitar llamarle la atención a su hijo adolescente como forma de evitar que él se enoje e incurra en una conducta de riesgo como descuidar su tratamiento. La norma familiar de comunicación abierta puede cambiarse por evitación del conflicto como forma de protección.

g. Hermanos de adolescentes con DM1

En lo que se refiere a los hermanos de un adolescente con diabetes, se ha observado que éstos pueden sentir resentimiento y rabia por recibir menos atención que su hermano que tiene una enfermedad. Pue-

Trabajos Originales

den sentirse culpables por haber deseado o causado la enfermedad a su hermano, o temerosos y preocupados por la salud del hermano, de sus padres o de él mismo.

También se ha descrito que pueden sentir vergüenza de tener un hermano "enfermo". Además como ven que sus hermanos reciben atención por estar enfermos, en ocasiones pueden somatizar. Por último, la enfermedad de un hermano rompe el mito de que enfermedades graves solo les suceden a personas de edad avanzada (1).

h. Pautas de funcionamiento familiar que favorecen la adaptación del adolescente y de su familia a la enfermedad.

Por el tipo de tratamiento de la DM1 (horarios de comidas, conteo de carbohidratos, dosis de insulina), la organización de la familia es muy importante. Las familias que tengan cierto orden en cuanto a rutinas y horarios de las actividades diarias, se adaptarán con mayor facilidad a la enfermedad.

Se ha observado también, que las familias que mejor se adaptan a una enfermedad de la niñez, son las que mantienen un equilibrio entre la enfermedad y el resto de la vida familiar. Mantener la enfermedad en su debido lugar ayuda a que todos los integrantes de la familia sigan considerando al niño enfermo (y luego adolescente) como una persona competente con limitaciones específicas (1).

Tomando una posición equilibrada, los padres pueden esperar que el niño o adolescente afectado logre los objetivos del desarrollo esperados para su edad. Es importante que el adolescente tenga responsabilidades y que colabore en las tareas cotidianas del hogar ya que esto refuerza su autoestima.

En esta misma línea, como el cuidado de la DM1 requiere gran autocontrol, es muy importante que el adolescente desarrolle una adecuada capacidad de regulación de las emociones e impulsos (12). Dicha ca-

pacidad se desarrolla en la medida en que los padres establezcan límites consistentes y adecuados a la etapa del desarrollo. Existe evidencia de que en adolescentes hombres entre 12 y 18 años, la regulación emocional es el factor primario relacionado con la adherencia y control glicémico (56).

En cuanto a los roles de cuidado de los otros miembros de la familia, es favorable que éstos sean flexibles. Esto favorece la relación de pareja y permite que se mantenga la autonomía de los subsistemas parental-conyugal y fraterno. También favorece la adaptación del adolescente y de la familia a la enfermedad que exista acuerdo entre los padres, el adolescente y el equipo de salud acerca de qué esperar de su hijo. Lo mismo en cuanto a los riesgos que consideran aceptables. Todo esto permite establecer límites adecuados.

En lo que se refiere al estilo comunicativo de la familia, se ha visto que la comunicación honesta, clara y abierta acerca de la enfermedad permite una mejor adaptación tanto del hijo enfermo como sus hermanos. Los secretos alientan fantasías que pueden ser aterradoras y conducen a sentimientos de soledad. Los niños y adolescentes formulan preguntas en el momento en que están preparados para oír las respuestas. Es importante que los adultos respondan con franqueza y con un lenguaje y cantidad de información adecuada para la edad del niño.

V.- DISCUSION

Si bien la literatura describe pautas típicas en una familia con un adolescente diabético, nos parece que no hay una forma en que la DM1 influya en un niño, adolescente o su familia, sino que por el contrario, hay múltiples formas en que puede hacerlo, y por lo tanto, múltiples desenlaces.

En esta línea, este trabajo intenta brindar cierta guía a la comprensión de las vivencias individuales de adolescentes con DM1 y de sus padres, sin por eso pretender dar

cuenta exhaustiva de lo que ocurre y puede ocurrir en una familia con un hijo adolescente con DM1.

Un área interesante de discusión es la DM1 como enfermedad psicosomática. Si bien no cumple con las características de una enfermedad psicosomática clásica, y sólo un pequeño número correspondería a diabetes psicosomáticas según Minuchin, en la práctica se observa una estrecha interacción entre el psique, el soma y el ambiente en esta afección (14,15).

La forma en que Minuchin aborda lo psicosomático es útil para evaluar las características familiares descritas, más que para buscar la etiología del síntoma en lo familiar. Más que una relación lineal, nuestro concepto de psicosomático abarca a enfermedades que tienen una estrecha relación con lo emocional. Estas características familiares interactuarían con la enfermedad y podrían acentuarse e influir negativamente en la evolución de ésta.

A pesar que las dinámicas familiares descritas por este autor fueron observadas en un subgrupo de diabéticos de muy mal control metabólico sin una aparente causa, en la práctica observamos que en pacientes cuyas diabetes no se comportan necesariamente de esa manera, se observan dinámicas familiares similares a las descritas, por lo que es importante evaluarlas y trabajar en ellas si corresponde.

Otro tema relevante es el desafío para el adolescente con DM1 y su familia de ir integrando la enfermedad como parte de la identidad individual y familiar. En este sentido, la adolescencia, como nueva etapa del ciclo vital, exige tanto a los adolescentes como a sus familias, una nueva elaboración del duelo que implica convivir con una enfermedad crónica. De esta forma, pone de relieve el dualismo aparente entre ser sólo diabético y sólo adolescente, entre ser padres de un hijo adolescente y ser padres de un hijo con diabetes.

La experiencia clínica muestra lo difícil

que es diferenciar las problemáticas típicas de la adolescencia de las relacionadas con la DM1. Aunque esto puede parecer más evidente en los padres, para los adolescentes también es difícil hacerlo. Tanto padres como hijos tienden a atribuir sus sentimientos de disconformidad y sus problemas relacionales a la convivencia con la enfermedad.

La DM1 es una clara muestra de cómo la vivencia de una enfermedad fisiológica, impregna todos los ámbitos de la vida de una persona y de una familia. En sí mismo, esto no constituye algo positivo ni negativo, sin embargo, nos parece que puede ser negativo si la realidad de la enfermedad es totalizante y no permite distinguir otros aspectos de la identidad individual y familiar. Es positivo en cambio, cuando tanto los adolescentes como sus padres y familias logran integrar la DM1 a su identidad, difuminando el dualismo y construyendo una narrativa integradora que incorpore diferentes aspectos de la realidad individual y familiar.

En relación a la situación descrita anteriormente, nos parece importante señalar que esto también ocurre en el quehacer terapéutico con familias de adolescentes con DM1 que están teniendo una baja adherencia al tratamiento. Cuando una familia llega a consultar por este problema, presiona a que las intervenciones vayan dirigidas a “curar” el síntoma (el descuido del adolescente de su enfermedad). Para esto, generalmente los padres se apresuran en dar cuenta de la DM1 y de las conductas de riesgo y descuido del tratamiento (pobre control glicémico, alta HbA1c, no seguimiento de las indicaciones nutricionales) en las que el adolescente ha incurrido. En estos casos, la urgencia del síntoma, por el riesgo de vida que conlleva, puede ejercer tal influencia que disminuya nuestra maniobrabilidad terapéutica, induciéndonos a “atacar” directamente el síntoma, olvidando las otras áreas del individuo y el funcionamiento familiar.

En este sentido, creemos que al atender a

Trabajos Originales

familias de adolescentes con DM1 el terapeuta se ve enfrentado constantemente al aparente dualismo de estar atendiendo a un diabético y a la vez, estar atendiendo a un adolescente. No se trata de obviar las conductas de riesgo ni la HbA1c, sino que de llegar a través de éstas, a las creencias y dinámicas disfuncionales que están a la base de los malos resultados en el control metabólico. En esta línea, creemos que al igual que la necesidad que tiene el adolescente y su familia de integrar una nueva forma la DM1 en su identidad, el terapeuta tiene la necesidad de integrar la DM1 (lo fisiológico-endocrino) a su quehacer terapéutico, que habitualmente está centrado en lo puramente psiquiátrico, psicológico y/o relacional.

En el marco teórico se hizo referencia a algunas razones de por qué la adolescencia es un período especialmente difícil para el individuo con diabetes y su familia. Se expuso que algunas tareas del adolescente (individuación/autonomía, identificación con grupo de pares, construcción de la identidad) pueden verse dificultadas por esta enfermedad.

A esto queremos agregar que la mayoría de estos adolescentes debutaron en la infancia con una cetoacidosis, condición grave que los hizo vivenciar a ellos y a sus familias estar en una unidad de cuidados intensivos con riesgo vital. Muchos de ellos fueron después comprensiblemente sobreprotegidos, y se les brindaron pocas oportunidades de ir experimentando pequeñas frustraciones. Para estos padres, probablemente también les fue más difícil mostrarles a sus hijos que el sufrimiento, la pena y la rabia son parte de la vida, lo que pudo haber incidido en la capacidad de “autorregulación” emocional de estos adolescentes. Como revisamos anteriormente, la evidencia científica relaciona directamente el buen control metabólico con la autorregulación emocional.

Continuando con el modelo sistémico, nos parece necesario referirnos también a la relación del terapeuta individual o familiar,

con los otros miembros del equipo de salud en la atención de familias con adolescentes con DM1 y la importancia de que funcionen alineados. Esto es especialmente relevante en cuanto a las metas y objetivos terapéuticos. Es posible que el diabetólogo considere como único indicador del éxito terapéutico la disminución de la HbA1c del adolescente. Esto puede diferir, en cierta manera, de las metas que la familia y equipo de salud mental han co-construido. Decimos “en cierta manera”, porque en última instancia tenemos presente la necesidad de que el adolescente siga el tratamiento de la DM1 y por lo mismo, que disminuya la HbA1c. Sin embargo, trabajamos bajo la hipótesis de que al modificar los patrones interaccionales y tratando la comorbilidad psiquiátrica, estamos trabajando para que ello ocurra.

Nos parece necesario que el psiquiatra, psicólogo o terapeuta familiar discuta esto en forma expresa tanto con el resto del equipo médico como con las familias, ya que, al estar tan habituados al abordaje exclusivamente metabólico de la DM1, les puede ser difícil creer que al trabajar en otras temáticas (como pueden ser los conflictos familiares) están contribuyendo al tratamiento del síntoma. Nos parece que omitir esta conversación conlleva el riesgo del abandono del proceso terapéutico, ya que al no ver cambios inmediatos en la conducta del adolescente respecto a su enfermedad, se desanimen y desatiendan a los cambios que pueden estar apareciendo en las relaciones familiares, autorregulación y en otros aspectos de la vida del adolescente. Cambios que, a mediano o largo plazo, contribuirán a un mejor control metabólico. En este sentido, creemos que lo psicossomático, es decir la tarea de integrar la psique con el soma, debe darse tanto a nivel individual, familiar, en la relación con el equipo asistencial y con el entorno en general.

Creemos esencial que se aborde el tema de “la persona del terapeuta” en los profesionales que trabajan con personas con enfermedad crónica y sus familias. Tener un espacio individual de reflexión acerca

de nuestra historia, resonancias y creencias respecto a la enfermedad y muerte es necesario para realizar bien nuestro trabajo. Además poder escuchar y comprender la historia y creencias del resto del equipo profesional respecto a estos temas, es fundamental para poder trabajar como equipo en temáticas que nos recuerdan constantemente nuestra vulnerabilidad.

Dada la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos parece fundamental que estos pacientes sean evaluados periódicamente por un equipo de salud mental entrenado en las especificidades de estos adolescentes y sus familias. Esperamos que futuros estudios den más luces sobre la etiología de los cuadros psiquiátricos que parecen tener sinergismos importantes con la diabetes. Este conocimiento ayudaría a intervenir de manera más temprana y específica, bajando así el alto impacto que la sintomatología psiquiátrica genera en el funcionamiento global de estos adolescentes.

Por último, queremos dejar planteada la interrogante acerca del lugar de la terapia familiar en el tratamiento de adolescentes con DM1 que están presentando una baja adherencia al tratamiento de su enfermedad. Si bien la literatura revisada avala las intervenciones familiares, creemos que cada adolescente y cada familia son únicos, por lo que también pueden tener tiempos particulares. Puede suceder que una familia, por distintas razones, no considere necesario que otros miembros del sistema familiar, distintos al adolescente, participen de la terapia. En ese caso, nos parece fundamental mantener la mirada sistémica y el foco en las relaciones, aunque se esté realizando una terapia individual.

CONCLUSIONES Y APORTES DEL TRABAJO

Este trabajo da cuenta de una extensa revisión desde la mirada sistémica que ayuda a comprender y situarnos en el contexto de un adolescente con diabetes y su familia. De esta manera tener una visión más com-

preensiva e integral y diseñar estrategias de intervención en todos los niveles.

Respecto a la relevancia e implicancias de este trabajo, creemos que es de utilidad no sólo para los profesionales que trabajan con pacientes con DM1, sino para todos los que trabajen con adolescentes con una enfermedad crónica.

Como limitaciones del trabajo, tenemos que a pesar de lo extensa de la revisión bibliográfica, ésta se hizo en un momento dado y desde la visión sistémica.

Por último, creemos que para una adecuada comprensión y manejo de los adolescentes con DM1 y su familia se requiere de una mirada contextual relacional que incluya a la familia, el colegio, los pares, el equipo médico y la cultura.

Los autores manifiestan no tener conflictos de interés en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rolland, J. Familias, enfermedad y discapacidad. Gedisa, 2000.
2. Barnard, K.D., Lloyd, C.E. & Holt, R.I.G. Psychological burden of diabetes and what it means to people with diabetes. Barnard, K.D. & Lloyd, C.E. Psychology and diabetes care. A practical guide 2012: 1-22.
3. Asenjo, S., Muzzo, S., Pérez, M.V., Ugarte, F. & Willshaw, M.E. Consenso en el diagnóstico y tratamiento de la DM1 del niño y del adolescente. Rev Chil Pediatr 2007, 78(5): 534-541.
4. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGÉ, Diabetes Mellitus tipo 1, Serie Guías Clínicas MINSAL 2011.
5. Baeriswyl, K. Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y los 12 años que viven en la V región. (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto-Juvenil). 2007. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
6. Williams, G., Paul, S.P., Hicks, S. Diabetes in children. Adjusting to normal

Trabajos Originales

- life as a diabetic. *J Fam Health Care* 2012, 22(6): 16-7, 19-22.
7. Malik, J.A. & Koot, H.M. Assessing diabetes support in adolescents: factor structure of the Modified Diabetes Social Support Questionnaire (M-DSSQ-Family). *Pediatr Diab* 2011, 2(3): 258-265.
 8. Silverstein, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005 Jan; 28(1):186-212.
 9. Harris, M., Freeman, K. & Beers, M. Family Therapy for Adolescents with Poorly Controlled Diabetes: Initial Test of Clinical Significance. *J Pediatr Psychol* 2009, 34(10): 1097-1107.
 10. Anderson, B.J. Behavioral research in pediatric diabetes: putting the evidence to work for advocacy and education. *Pediatr Diabetes* 2012, 13(1): 77-80.
 11. Kornblit, A. *Somática Familiar. Enfermedad orgánica y familia*, 1984.
 12. Hughes, A., Berg, C. & Wiebe, D. Emotional processing and self-control in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2012, 37(8): 925-934.
 13. Onnis, L. *Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidós 1985
 14. Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press 1978.
 15. Minuchin, S., Baker, S., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T.C. A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. *Family Organization and Family Therapy*. *Arch Gen Psychiatry* 1975, 32(8):1031-1038
 16. Savage, E., Farrell, D., McManus, V. & Grey, M. The science of intervention development for type 1 diabetes in childhood: systematic review. *J Adv Nur* 2010, 66(12): 2604-2619.
 17. Dahan, A. & McAfee, S.G. A Proposed Role for the Psychiatrist in the Treatment of Adolescents with Type I Diabetes. *Psychiatr Q* 2009, 80(2):75-85.
 18. Wysocki T et al. Randomized, Controlled Trial of Behavioral Family Systems Therapy for Diabetes: Maintenance and Generalization of Effects on Parent-Adolescent Communication. *Behavior Therapy* 2008, 39: 33-46.
 19. Wennik, A., Hallström, I., Lindgren, B. & Bolin, K. Attained education and self-assessed health later in life when diagnosed with diabetes in childhood: a population-based study. *Pediatr Diab* 2011, 12(7): 619-626.
 20. Tolu-Kendir O, et al. Relationship between metabolic control and neurocognitive functions in children diagnosed with type I diabetes mellitus before and after 5 years of age. *Turk J Pediatr*. 2012 Jul-Aug; 54(4):352-61.
 21. Bjorgaas, M.R. Cerebral effects of severe hypoglycemia in young people with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes* 2012, 13(1): 100-107.
 22. Clarke, W.L. Behavioral Challenges in the Management of Childhood Diabetes. *J Diabetes Sci Technol* 2011, 5(2): 225-228.
 23. Golden, S.H., Sapir, T. Methods for insulin delivery and glucose monitoring in diabetes: summary of a comparative effectiveness review. *J Manag Care Pharm* 2012, 18 (6 Supl): 1-17.
 24. Albon, L. *Adolescence. Psychology and diabetes care. A practical guide*. Barnard, K.D. & Lloyd, C.E., 2012, 68-101.
 25. Jaser, S.S., Faulkner, M.S., Whittemore, R., Jeon, S., Murph, K., Delamater, A., Grey, M. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Ann Behav Med* 2012, 43(3): 311-9.
 26. Weissberg-Benchell, J. & Antisdell-Lo-maggio, J. Diabetes-specific emotional distress among adolescents: feasibility, reliability, and validity of the problem areas in diabetes-teen version. *Pediatr Diab* 2011, 12(4): 341-344.
 27. Rausch, J.R. et al (2012) Changes in treatment adherence and glycemic control during the transition to adolescence in type 1. *Diabetes Care*. 2012, 35(6):1219-24
 28. Haugstvedt, A., Wentzel-Larsen, T., Rokne, B., Graue, M. Psychosocial

- family factors and glycemic control among children aged 1-15 years with type 1 diabetes: a population-based survey. *BMC Pediatr* 2011, 20 (11): 118.
29. Micucci, J.A. El adolescente en la terapia familiar. *Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. 2005.
 30. Kyngäs, H. Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents' perspective. *Nurs Health Sci* 2004, 6(4): 287-293.
 31. Palladino, D.K., Helgeson, V.S. Friends or foes? A review of peer influence on self-care and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2012, 37(5): 591-603.
 32. Colton, P.A., Olmsted, M.P., Daneman, D., Rydall, A.C. & Rodin, G.M. Five-year prevalence and persistence of disturbed eating behavior and eating disorders in girls with type I diabetes. *Diabetes Care* 2007, 30(11): 2861-2862.
 33. Jones, J.M., Lawson, M.L., Daneman, D., Olmsted, M.P., Rodin, G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ* 2000, 320 (7249):1563-1566.
 34. Young V, et al. Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet Med* 2013 30, 189-198
 35. Helgeson, V.S. & Novak, S.A. Illness centrality and wellbeing among male and female early adolescents with diabetes. *J Pediatr Psychol* 2007, 32(3): 260-272.
 36. Helgeson, V.S., Snyder, P.R., Escobar, O., Siminerio, L. & Becker, D. Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *J Pediatr Psychol* 2007, 32: 794-806.
 37. Grylli, V., Hafferl-Gattermayer, A., Wagner, G., Schober, E. & Karwautz, A. Eating disorders and eating problems among adolescents with type I diabetes: exploring relationships with temperaments and character. *J Pediatr Psychol* 2005, 30(2): 197-206.
 38. Pinhas-Hamiel O, et al. Detecting intentional insulin omission for weight loss in girls with type 1 diabetes mellitus. *Int J Eat Disord*. 2013 Dec; 46(8):819-25.
 39. Anderson, B.J. & McKay, S.V. Barriers to glycemic control in youth with type 1 diabetes and type 2 diabetes. *Pediatric Diabetes* 2011, 12(3): 197-205.
 40. Larrañaga, A., Docet, M.F. & García-Mayor, R.V. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes* 2011, 2(11): 89-195.
 41. De Wit, M., Snoek, F.J. Depressive symptoms and unmet psychological needs of Dutch youth with type 1 diabetes: results of a web survey. *Pediatr Diabetes* 2011, 12(3):172-176.
 42. Christie, D. & Barnard, K.D. Supporting resilience and positive outcomes in families, children and adolescents. En: Barnard, K.D. & Lloyd, C.E. Barnard, K.D. & Lloyd, C.E. *Psychology and diabetes care. A practical guide* 2012: 47-68.
 43. Grey, M., Whittemore, D.R. & Tamborlane, W. Depression in type I diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res* 2002, 53(4): 907-911.
 44. Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D.S. & Bonar, L.K. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 1997, 20: 36-44.
 45. Hassan, K., Loar, R., Anderson, B.J. & Heptulla, R.A. The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type I diabetes mellitus. *J Pediatr* 2006, 149: 526-531.
 46. Kovacs, M., Obrosky, D.S., Goldston, D.S. & Drash, A. Major depressive disorder in youths with IDDM: a controlled prospective study of course and outcome. *Diabetes Care* 1997, 20: 45-51.
 47. Lyoo, I.K. Altered Prefrontal Glutamate-Glutamine-Aminobutyric Acid Levels and Relation to Low Cognitive Performance and Depressive Symptoms in Type 1 Diabetes Mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2009, 66(8): 878-887.

Trabajos Originales

48. Lyoo, I.K., et al. Prefrontal cortical deficits in type 1 diabetes mellitus: brain correlates of comorbid depression. *Arch Gen Psychiatry* 2012, 69(12):1267-76.
49. Kim, D.J., Weinger, K., Lee, J.H., Ryan, C.M. & Renshaw, P.F. Prefrontal Cortical Deficits in Type 1 Diabetes Mellitus. *Brain Correlates of Comorbid Depression*. *Arch Gen Psychiatry* 2012, 69(12): 1267-1276.
50. Ho N, Sommers MS, Lucki I. Effects of diabetes on hippocampal neurogenesis: links to cognition and depression. *Review. Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Sep; 37(8):1346-62.
51. Colver A, Longwell S. New understanding of adolescent brain development: relevance to transitional healthcare for young people with long term conditions. *Arch Dis Child* 2013, 98(11):902-7.
52. Jaser, S.S., Yates H., Dumser, S., Whittemore, R. Risky business: risk behaviors in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Educ* 2011, 37(6): 756-64.
53. Cameron, F.J., Skinner, T.C., de Beaufort, C.E., Hoey, H., Swift, P.G.F., Aanstoot, H., et al. Are family factors universally related to metabolic outcomes in adolescents with type 1 diabetes? *Diabet Med* 2008, 25(4): 463-468.
54. Helgeson, V.S., Becker, D., Escobar, O., Siminerio, L. Families with children with diabetes: implications of parent stress for parent and child health. *J Pediatr Psychol* 2012, 37(4): 467-78.
55. Delamater, A.M. Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes* 2007, 10(suppl. 12): 175-184.
56. Graziano, P.A., Geffken, G.R., Williams, L.B., Lewin, A.B., Duke, D.C., Storch, E.A. & Silverstein, J.H. Gender differences in the relationship between parental report of self-regulation skills of adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes* 2011, 12 (4): 410-418.



Vocación docente en profesores de una escuela vulnerable de Santiago como factor a considerar en el clima escolar y la salud mental infantil.

Teacher's vocation in a vulnerable school in Santiago as a factor to be considered in the school climate and child mental health.

Dra. Nicole Vásquez (1), Dra. Muriel Halpern (2)

Abstract. At the school community, teachers can be promoters of the biopsychosocial development of their students, because -among other things- of the leading role in their lives and the weekly time spent with them. This paper explores aspects of child mental health, rate for plunging on the calling and motivation of a group of teachers from a school located on a vulnerable area of Santiago. **Objectives:** find out about the calling of the school teachers, their motivations and their self-perception of their role at school mental health. **Method:** Qualitative, individual semi-structured interviews to 7 teachers from San Luis Beltrán school, a private school subsidized by the government, located on Pudahuel's municipality. **Results:** Teachers reported serving others as a key element in their career choice; there was a strong relationship between job satisfaction and the individual student, and they appreciate the value of their role on their biopsychosocial development.

Conclusion: Exploring the most important and motivating elements for teachers in their work with students, could improve the work on school mental health through emotional, technical and training support in the area.

Key words: Biopsychosocial, development, school, teachers, calling.

Resumen. En la comunidad escolar, los profesores pueden ser agentes promotores del desarrollo biopsicosocial de sus alumnos, debido -entre otras cosas- al rol protagónico en sus vidas y al tiempo semanal que pasan junto a ellos. El presente trabajo explora aspectos de la salud mental infantil, al profundizar sobre la vocación y motivación de un grupo de profesores de una escuela en un sector vulnerable de Santiago. **Objetivos:** conocer la vocación de los profesores del colegio, sus motivaciones y su autopercepción acerca de su rol en salud mental escolar. **Método:** Cualitativo, entrevistas personales semi-estructuradas a 7 profesores del San Luis Beltrán, colegio particular subvencionado de la comuna de Pudahuel. **Resultados:** Los profesores reportan el servicio a otros como elemento clave en su elección de carrera, una fuerte relación entre satisfacción laboral y la persona del alumno, y reconocen importancia de su rol en el desarrollo biopsicosocial de éste. **Conclusión:** Al explorar lo que es más importante y motivante para los profesores en su trabajo con los alumnos, se podría enriquecer el trabajo en salud mental escolar a través de su apoyo emocional, técnico y formativo en el área.

Palabras clave: salud mental, factores protectores, escuela, profesores, vocación.

1) Residente Psiquiatría Infanto-juvenil. Universidad Católica

2) Médico, Ayudante-alumno Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Universidad de Chile.

Correspondencia: nicole.sjva@gmail.com



Trabajos Originales

Introducción

La salud se ve influida por distintos determinantes que, en su conjunto e interacción, pueden ser fundamentales en el desarrollo integral de las personas¹. Uno de esos determinantes clave, y que ha sido tan mencionado en los últimos años, es la educación². Un individuo en desarrollo en su etapa escolar se encuentra particularmente permeable a los factores tanto protectores como de riesgo que pueden influir en su desarrollo psicosocial³, lo que sitúa a la escuela y su entorno en un rol protagónico imposible de ignorar para quienes trabajan en Salud Mental.

Los datos epidemiológicos nacionales, a partir del primer estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes chilenos el año 2012, muestran una prevalencia de trastornos de salud mental infanto-juvenil en Chile de un 22,5%⁴, similar a las cifras internacionales en los que la prevalencia mundial según la OMS es de alrededor de un 20% y casi idéntico a las cifras de Merikangas en USA⁵. También se ha visto a nivel mundial, que mayores niveles de desigualdad en una sociedad se traducen en mayor prevalencia de trastornos mentales⁶, así como el género femenino, la psicopatología familiar y haber sufrido maltrato, aumenta el riesgo de comorbilidad en niños y jóvenes chilenos⁴. Esto plantea la importancia de una aproximación desde los determinantes sociales de la salud al abordar la salud mental de niños y jóvenes en Chile, especialmente al momento de planificar las políticas públicas en salud, las cuales requieren de una fuerte integración al sector educativo por ser uno de los espacios más privilegiados para disminuir la inequidad, potenciar los factores de protección psicosocial y pesquisar precozmente los problemas de salud mental⁷.

La mejora en los procesos educativos requiere un enfoque integral de todos los integrantes de una comunidad educativa: alumnos, apoderados, familia, comunidad, funcionarios, directivos y profesores. Estos

últimos tienen un rol protagónico en la persona del alumno⁸, lo cual puede constituir un elemento muy positivo o negativo sobre el desarrollo académico, psicológico y social de éste. En este contexto, el factor vocacional y motivacional de un profesor cobra especial relevancia, debido a que puede influir significativamente en su desempeño cotidiano y en su relación con el alumno. Un profesor de fuerte vocación, que cree en la potencialidad de sus alumnos y se vincula afectivamente con ellos, puede cambiar un destino que parecía adverso, al mejorar su autoestima, generar cambios en su comportamiento y en su forma de relacionarse con otras personas⁸. Al aproximarse al mundo interno del profesorado, se puede comprender mejor cómo viven ellos su profesión y de qué manera se podría trabajar por un mayor compromiso de éstos con el desarrollo integral de sus alumnos, de manera de incorporar más conocimiento al trabajo interdisciplinario en salud mental infanto-juvenil. Desde esta propuesta, se realiza un estudio cualitativo a profesores del Colegio San Luis Beltrán, institución particular-subvencionada ubicada en la comuna de Pudahuel, que podría considerarse un modelo a seguir en su trabajo en salud mental debido a la importancia de su programa de integración al interior del establecimiento, el rol comunitario y social que cumple el colegio en el barrio y el fuerte compromiso con las familias de sus alumnos a lo largo de su historia. De esta manera, se busca conocer a través de este trabajo la vocación de los profesores del colegio, sus motivaciones y su autopercepción acerca del rol que cumplen en la prevención, promoción y pesquisa precoz de problemáticas de salud mental de sus alumnos.

Material y Método

Se realiza estudio de tipo cualitativo a través de entrevistas personales semi-estructuradas (Anexo 1) a profesores con contrato mínimo de 22 horas semanales, con firma previa de consentimiento informado. Se elige una muestra intencionada

de 7 profesores según criterio de casos extremos: cuatro profesores antiguos y tres profesores nuevos, contratados antes y después del 2005, respectivamente. Cada entrevista fue realizada personalmente por la misma investigadora (autora), luego se transcribieron de manera completa y detallada. Los datos fueron reducidos mediante el *análisis estructural de contenido*, codificando segmentos relevantes de texto en categorías de análisis según el contenido del discurso frase a frase (Anexo 2), con el apoyo del programa computacional Atlas.ti, versión 7.1.3. Posteriormente se trabajó con las categorías agrupadas en dominios que fueron diseñados antes de la recolección de los datos y en concordancia con los objetivos del estudio. El número final de entrevistas a analizar se estableció según criterio de saturación de los datos, lo que significa que se terminó de entrevistar en el momento en que dejaron de crearse nuevas categorías de análisis en las entrevistas posteriores.

El análisis de resultados se estableció en cinco dimensiones: Vocación, Motivación, Percepción de la valoración social del rol del profesor, Clima Escolar y Salud Mental del alumno. En cada dimensión se analizaron los resultados según tablas de frecuencia de categorías (Anexo 2), siendo las categorías más frecuentemente mencionadas aquellas que tuvieron mayor importancia al momento del análisis.

Se analizan los resultados más relevantes centrados en las dimensiones:

- *Vocacional*: definición conceptual y emotiva de por qué es profesor/a.
- *Motivacional*: Elementos intrínsecos o extrínsecos que dan razones para ejercer su trabajo aún en condiciones difíciles. Se incluyen también los elementos desmotivadores.
- *Salud Mental del alumno*: Percepción del trabajo en salud mental de los alumnos por parte del colegio, su valoración personal de la importancia del área y de su rol como profesor/a en el desarrollo biopsicosocial de sus alumnos.

Resultados

A modo general, los códigos más utilizados en las entrevistas (reducción del contenido de una frase del discurso en una categoría de análisis), tuvieron relación con la vocación de servicio social al momento de elegir carrera, la alta satisfacción laboral que sienten tanto profesores como directivos, la fuerte motivación dada a partir de la persona del alumno y el apoyo que sienten por parte del colegio y el equipo de integración en el área de salud mental.

Al separar los resultados por dimensión, en la dimensión **Vocacional**, todos los profesores entrevistados hacen alusión a su opción social de servicio a quienes más lo necesitan y encuentran sentido a trabajar en este colegio por su contexto de pobreza y de riesgo psicosocial. Comprenden la educación como herramienta de cambio social y como opción de superación individual y familiar, reconociéndose ellos mismos un elemento clave de ese proceso.

“[...] a mí me dan ganas de... bueno, siempre lo he dicho... que los niños están más pobres, de sentirte útil. Si tú eres útil para otro... yo creo que eso es súper motivante. O te va a sonar porque tú te levantas con ganas de venir acá a este colegio, porque sabí que voy a encontrar niños que están necesitando, apoderados que te necesitan, colegas que te necesitan.” (Profesora/Antigua, Entrevista 7).

En la dimensión **Motivacional**, se observó como principal factor motivador a la persona del alumno y el rol que cumple cada profesor en ayudar a que éste tenga mayores opciones de superación personal, académica y laboral a futuro. Los profesores entrevistados se sienten parte de este proceso, especialmente los antiguos. El sentido social del colegio motiva aún más a los profesores con vocación altruista y valoran en repetidas ocasiones la concordancia que sienten entre el modelo educativo del colegio y sus expectativas; esto es mucho más mencionado que otros elementos como la infraestructura o los sueldos.

Trabajos Originales

[...] Encuentro que la satisfacción que me da de... no sé... caminar por la calle en la mañana, ver todo tan distinto, ver que... que muchos papás también se educaron en este colegio, que pudieron estudiar en la noche, que pudieron salir adelante, que siguieron insistiendo con... con su educación también. Eso es como bien... es como fuerte para mí también en realidad ver eso. Es como emocionante.” (Profesora/Antigua, Entrevista 6)

Como factor de desmotivación -derivado a partir de los elementos del clima escolar que les generan desgaste e insatisfacción, y mencionado también como opinión abierta- destaca su percepción de una mala formación del profesorado en Chile a nivel superior, de un sistema educativo actual con muchas falencias y con un déficit de integralidad en su formación, además de la desmotivación por los bajos sueldos y la falta de reconocimiento social. Refieren que el déficit de formación influye en la mala valoración social de los profesores a nivel país y en la capacidad de trabajo de los equipos docentes y directivos a nivel local. También refieren la importancia de los problemas relacionales entre pares y con directivos como un factor que interfiere con sus altas motivaciones iniciales.

En la dimensión de **Salud Mental del alumno**, lo que más valoran estos profesores es el apoyo que sienten por parte del colegio en esta área. Reconocen la importancia de su rol como profesores y de la institución educativa en estos casos y se sienten apoyados por el equipo de integración de manera seria y profesional. Se comparan positivamente en este aspecto frente a otros colegios, incluso con aquellos de más recursos. Al comparar la visión de profesores antiguos y nuevos, los primeros valoran más la importancia del profesor en el trabajo cotidiano con los alumnos y mencionan más su rol de acogida y acompañamiento personal, mientras que los profesores nuevos destacan con más fuerza el rol de la institución.

“Acá la diferencia, es que los alumnos que tienen problemas de aprendizaje, uno, están

diagnosticados; segundo, tienen un grupo de apoyo de esos alumnos, por lo tanto los alumnos tratan de insertarse dentro de los grupos; podemos tener diferencias por supuesto en el trabajo que puedan hacer las psicopedagogas y las diferenciales, pero, al fin y al cabo existe un trabajo importante con ellos [...] tu te sentí apoyado y sentí que se puede hacer algo.” (Directivo/Nuevo, Entrevista 2)

Todos los profesores entrevistados coinciden en la importancia del contexto familiar y social en relación a la salud mental infanto-juvenil, mencionándolo como uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrentan; plantean la necesidad de un trabajo a largo plazo de la autoestima y del proyecto de vida de sus alumnos, muchas veces ausente por la falta de expectativas de su contexto. En ese sentido, ellos mismos plantean la importancia del vínculo afectivo profesor-alumno y de estar siempre atentos a lo que ocurre con ellos, ya que son quienes pueden reconocer tempranamente problemas académicos, sociales y/o afectivos. Sin embargo, la mayoría reconoce que su formación en salud mental es escasa y que las situaciones más difíciles de psicopatología superan el rango de acción de su profesión, lo que dificulta el apoyo al diagnóstico y tratamiento oportuno de estos alumnos.

Discusión

La metodología planteada en este estudio abre alternativas para abarcar con mayor profundidad el tema estudiado, debido a la mayor amplitud, cercanía y apertura en las preguntas a los entrevistados. Esto facilita un análisis más flexible y adaptado al fenómeno, sin dejar de lado la rigurosidad científica, al mismo tiempo que ayuda a que la investigación tenga como base la realidad y los puntos de vista de los participantes. De esta manera, se podría ayudar a ampliar las oportunidades de estudio de fenómenos que requieren una aproximación más fina a los procesos y experiencias de las personas, esto sería especialmente relevante en áreas como Salud Mental.

Son escasos los estudios nacionales centrados en las motivaciones de los profesores de una comunidad escolar⁹. Sin embargo, estudios nacionales¹⁰, internacionales^{11,12} y el propio Ministerio de Educación¹³, concuerdan en la gran importancia del profesor en la generación de aprendizajes efectivos y los buenos resultados que puede tener un profesor motivado en los aprendizajes de sus alumnos.

Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con estudios internacionales sobre el tema vocacional y motivacional de los profesores, en los cuales el principal interés de éstos se relaciona con una satisfacción vital intrínseca al trabajar en la formación de personas y ayudarles a desarrollar todo su potencial^{14,15}. Al mismo tiempo, explorar sus motivaciones, ayudaría a seguir enriqueciendo el acercamiento interdisciplinario para lograr intervenciones efectivas en salud mental que incrementen la cooperación de la comunidad educativa, como lo ha hecho en Chile el Programa de Habilidades para la Vida, en su Unidad de Promoción del bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa¹⁶.

Es posible afirmar que el trabajo docente que surge desde un fuerte componente vocacional, con motivaciones profundas e intrínsecas –que se relacionan con logros y metas personales según las características de cada docente, más que con expectativas externas-, genera efectos considerablemente positivos en sus alumnos a nivel académico, personal y social. Un profesor con altos niveles de motivación intrínseca, presenta mayor tolerancia a la insatisfacción por factores externos, como pudieran ser los bajos sueldos, la falta de reconocimiento social o las dificultades psicosociales de sus alumnos más vulnerables que dificultan el aprendizaje¹⁷; esto sugiere que la formación de los profesores debería asociarse a la formación de habilidades personales y motivacionales intrínsecas, que profundicen en el aspecto vocacional, espiritual y humano del individuo, a partir de una formación reflexiva y social desde la juventud.

Al mencionar los factores de desmotivación planteados por estos profesores, se observa que éstos son similares con la literatura nacional^{18,19}, especialmente los que tienen relación con la valoración social del docente en Chile y con las condiciones económicas percibidas, la formación profesional insuficiente y las relaciones con los estamentos directivos. Estudios de Adimark y Elige Educar reflejan que la imagen social en el país acerca de los profesores se encuentra desvalorizada²⁰, e incluso los propios profesores tienen una pobre apreciación sobre su carrera²¹. Llama la atención que en los sistemas educaciones más exitosos del mundo, tales como Finlandia, Singapur o Corea del Sur, la situación es totalmente opuesta, ya que la profesión docente está por sobre cualquier otra profesión en lo que se refiere a valoración social, satisfacción laboral, aporte al país y trascendencia de su trabajo¹¹. De hecho, los profesores de estos países mencionan la valoración social de su profesión como uno de los factores más relevantes al momento de decidir estudiar pedagogía²².

Los profesores entrevistados perciben que la formación docente en Chile no ha tenido la importancia que se merece y no se ha construido de manera acorde a un proyecto educativo a nivel país. El sistema educativo actual en Chile, según ellos, está centrado principalmente en logros académicos, sin generar realmente un aprendizaje a largo plazo, que integre una mirada crítica y reflexiva de sociedad. Esto también se ha planteado en estudios que abordan el desarrollo histórico de la educación en Chile²³, en los que se observa un modelo de educación de profesores funcionalista con el desarrollo de la sociedad chilena, que ha generado escasa reflexión acerca de los procesos formativos de estos profesionales y pocas políticas públicas específicamente orientadas a un fortalecimiento de la profesionalización e identidad de los profesores. El mismo Hargreaves²⁴ plantea que actualmente se impone la cultura de recompensa por resultados sobre el concepto de vocación y de misión orientada al desarrollo de niños y jóvenes, denominando a esta etapa

Trabajos Originales

de la profesión docente, la etapa “post-moderna”. Según algunos autores, esto hace que los profesores no comprendan por qué no se recompensa, por ejemplo, el esfuerzo por evitar la deserción escolar o por apoyar efectivamente a los estudiantes carentes de apoyo en sus hogares²³, las cuales son opciones fundamentales en un docente que busca integrar la salud mental al trabajo con sus alumnos.

Respecto a la autopercepción de los profesores acerca de su rol en el sano desarrollo biospiciosocial de sus alumnos, Rutter^{3,25} coincide en lo percibido por ellos en que un alumno resiliente puede ser, en parte importante, el resultado de una experiencia positiva en su relación con un referente adulto. Por ende, reconocer los factores del clima escolar que influyen en esa autopercepción positiva del profesor, puede ser de gran ayuda para replicarlo en otros contextos educativos.

Esta investigación se lleva a cabo en un colegio con características muy particulares y una historia fundacional muy diferente a la mayoría de los establecimientos educacionales del país, centrada en su rol comunitario y social. Se podría plantear que, debido a las particularidades del colegio elegido y a la metodología del estudio, sus datos no son extrapolables a otras realidades educativas y que sólo es posible utilizar esta información dentro del contexto del grupo de profesores de esa institución. Sin embargo, estos resultados se relacionan fuertemente con lo planteado previamente en la evidencia que existe sobre motivación docente, y ayudaría a seguir trabajando el vínculo entre salud mental y la escuela,

con la mirada puesta en los profesores y proyectos educativos escolares^{3,26,27}. Podría, además, enriquecer ambas áreas al profundizar en una experiencia que existe, que ha tenido buenos resultados y que es posible seguir observando y estudiando. Así también, podría servir de referencia a estudios y reflexiones posteriores que vayan generando un aporte desde una mirada integrativa entre estas disciplinas.

Es posible plantear una educación con sentido que influya en la vida de los profesores, en sus motivaciones y en su trabajo cotidiano, lo cual sin duda tendrá repercusiones a nivel de toda la comunidad educativa. También es importante considerar la importancia de los proyectos educativos de los colegios, sus enfoques, prioridades y formas de llevarlos a la práctica, de manera de apoyar a los profesores en el trabajo cotidiano con sus alumnos. Esto será un factor positivo sobre el desarrollo de los niños y jóvenes que tienen la suerte de aprender con personas apasionadas y motivadas con lo que hacen, en un clima escolar positivo.

Agradecimientos

Alejandra Fuentes-García, Socióloga. Académica Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Manuel Castillo Niño, Director del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Patricio Vallejo del Real, Director Colegio San Luis Beltrán.

Profesores participantes y Comunidad del Colegio San Luis Beltrán.

Anexo I: Entrevista semi-estructurada a profesores y directivos.

1. ¿Qué te motivó a ser profesor? ¿Eso se ha mantenido, por qué? ¿Cómo ves tus motivaciones actuales respecto al tiempo en que decidiste empezar a trabajar en esto?
2. ¿Qué satisfacciones te da tu trabajo?
3. ¿Cómo sientes tu motivación y energía actual para el trabajo que realizas?
4. ¿Hay alguna motivación especial para trabajar con niños en situación de pobreza y/o riesgo psicosocial?
5. ¿Hay alguna razón que te impulsó de manera particular a trabajar en ESTE colegio?
6. ¿Cómo percibes la valoración del profesor en nuestra sociedad?
7. ¿Cuáles son tus fortalezas como profesor?
8. ¿Cuáles son tus debilidades?
9. ¿Qué elementos del clima escolar crees que promueven tu motivación y tu permanencia?
10. ¿Qué elementos del clima escolar generan desgaste e insatisfacción?
11. ¿Cómo es tu relación con los alumnos?
12. ¿Cómo percibes la salud mental de tus alumnos?
13. ¿Cómo se maneja la situación en el aula y en el colegio de un niño con trastornos en la esfera mental? ¿El colegio cuenta con mecanismos o protocolos al respecto?
14. Cuando ves a un niño con algún tipo de problema en su desarrollo biopsicosocial, ¿qué haces? ¿Cómo detectas esos problemas?
15. ¿Cómo es tu relación con los demás profesores?
16. ¿Cómo es tu relación con los apoderados?
17. ¿Cómo es tu relación con los equipos directivos?
18. ¿Qué aspiraciones laborales tienes a futuro?

Trabajos Originales

Anexo 2: Categorías totales según frecuencia de aparición

Códigos	Frecuencia	Códigos	Frecuencia
Vo_servicio social	24	CE_M_creencia religiosa	5
CE_dificultades	19	Vo_situacional	5
M_satisfacción laboral	18	VS_mala valoración	5
M_generar habilidades superación	16	M_DP_aprendizaje en el colegio	4
SM_buen apoyo	16	SM_desarrollo habilidades	4
SM_importancia profesor	15	SM_problemasA aprendizaje	4
SM_rol colegio	15	SM_problemasA familiares	4
CE_buena percepción	14	Vo_relaciones	4
CE_M_rol social colegio	14	VS_propia responsabilidad	4
M_DP_desafío personal	14	CE_cambios negativos	3
CE_tensión antiguo nuevo	13	D_dificultades personales	3
M_proyecto educativo	13	M_DP_redim académico	3
M_Vo_vivencial	13	SM_problemasA bajas expectativas	3
M_alumnos	11	SM_problemasA conductuales	3
SMP_D_mala formación	11	SM_problemasA soledad	3
SM_problemas área	10	Vo_relacionada con colegio	3
D_relaciones difíciles	9	Vo_trascendencia	3
M_mirada educación	9	VS_buena valoración	3
SM_importancia integración	9	VS_mal pagados	3
D_sistema educativo	8	CE_cambios positivos	2
D_dificultades laborales	7	Vo_cuestionamiento	2
SM_comparación positiva	7	VS_diferencias de clase	2
Vo_otras carreras	7	VS_influencia social actual	2
SM_problemasA autoestima	6	VS_visiones contrapuestas	2
CE_asistencialismo negativo	5	Vo_referentes	1

Bibliografía

1. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre determinantes Sociales de la Salud. OMS, 2008. Recuperado el 8 de Noviembre de 2011, de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
2. Montt, ME.. Sistema escolar y desarrollo psicosocial. En C. Almonte, M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia.*: Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile, 2012;239-253.
3. Rutter, M., Maugham, P.W., Mortimore, P., Ouston, J., Smith, A. *Fifteen Thousand Hours*, Cambridge, Harvard University Press, 1979.
4. Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Riosco, P., Melipillan, R. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012, 53(10):1026–1035. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2012.02566.x/full>
5. Merikangas KR., Burnstein, M., Swanson, SA., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J. Lifetime prevalence of mental disorders un U.S adolescents: Results from the National Comorbidity Study Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010, 49(10): 980-989.
6. Pickett, KE., Wilkinson, RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry*. 2010, 197:426-428, Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://bjp.rcpsych.org/content/197/6/426.long>
7. Halpern Gasman, M. Detección temprana de psicopatología en escolares vulnerables de la Región Metropolitana. 2011. Disponible en <http://tesis.uchile.cl/handle/2250/116079>
8. Aarón, A.M. & Milicic, N. Clima social escolar y desarrollo personal. Un programa de mejoramiento. Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile, 1999.
9. Ávalos, B.; Sotomayor, C. (2012) “Cómo ven su identidad los docentes chilenos”. *Perspectiva Educacional*, 51(1), 77-95. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/viewFile/74/32>
10. Medeiros, MP., Gutiérrez, G., Hochschild, H., Lira, R. *Elige Educar. Un punto de encuentro entre actores para mejorar la calidad de la educación en Chile. Calidad en la educación*. 2012,(36):235-248. Recuperado en 11 de abril de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielophp?script=sci_arttext&pid=S071845652012000100008&lng=es&tlng=es.10.4067/S071845652012000100008.
11. Barber, M., Mourshed, M. “How the World’s Best-Performing School Systems Come Out On Top”, McKinsey & Company, Social Sector Office. 2007. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de http://www.oei.es/pdfs/documento_preal41.pdf
12. Glass, Jason, E. “The Influence of Teacher Motivation in the Context of Performance-Based Compensation”. *Dissertations*. Paper 1776. 2011.
13. Documento MINEDUC, elaborado por Valoras UC. “Clima social escolar”. Centro Documentación www.valorauc.cl, 2008. Recuperado el 3 de Marzo de 2013, de http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/clima_social_escolar.pdf.
14. Brunetti, G.H. Why do they teach? A study of job satisfaction among long-term high school teachers. *Teacher Education Quarterly*. 2001,28(3):49.
15. Dinham, S. and Scott, C. *The Teacher 2000 Project: A Study of Teacher Satisfaction, Motivation and Health*. Sydney, University of Western Sydney, Nepean. 1996.
16. George, M., Gusmán, M.P, Hartley, M., Aquicciarini, A.M. Programa Ha-

Trabajos Originales

- bilidades para la Vida Junaeb (primera edición). Junaeb; Santiago, Chile. 2005
17. González-Torres, M. C. Claves para favorecer la motivación de los profesores ante los retos educativos actuales. *Estudios sobre Educación*. 2003,5:61-83.
 18. Arón, A.M. & Milicic, N. Desgaste Profesional de los Profesores y Clima Social Escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2000,32:447-466.
 19. Cabezas, V. y F. Claro. "Valoración Social del Profesor en Chile: ¿Cómo Atraer a Alumnos Talentosos a Estudiar Pedagogía?". *Temas de la Agencia Pública*. 2011, Año 6, N° 42, Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/123456789/1759/564098.pdf>
 20. Adimark Gfk/Elige Educar. *Índice Elige Educar: Evaluación de Carrera Docente*. 2011. Santiago. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de http://www.eligeeducar.cl/ee/wp-content/uploads/2012/03/Indice-Elige-Educar_dic11.pdf
 21. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación, CIDE. *VIII Encuesta a Actores del Sistema Educativo 2010*. Universidad Alberto Hurtado de Chile, 2011. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de http://www.cide.cl/mailling/textos_completos/VIII_encuesta_web.pdf
 22. Auguste, B., Kihn, P., Miller, M. Closing the talent gap: attracting and retaining top-third graduates to careers in teaching; an international and market research-based perspective. McKinsey & Company. 2010. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de http://mckinseysociety.com/downloads/reports/Education/Closing_the_talent_gap.pdf
 23. Contreras-Sanzana, G., Villalobos-Clavería, A. La formación de profesores en Chile: una mirada a la profesionalización docente. *Educación y Educadores*. 2010, 13 (3), 397-417.
 24. Hargreaves, A. *Profesorado, cultura y postmodernidad. Cambian los tiempos, cambia el profesorado*. Morata; Madrid, España, 1996.
 25. Rutter, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006, 1094:1-12.
 26. Rutter M. Practitioner Review: Routes from Research to Clinical Practice in Child Psychiatry: Retrospect and Prospect. *J Child Psychol Psychiat*. 1998,39(6):805-16
 27. Sylva K. School Influences on Children's Development. *J Child Psychol Psychiat* 1994; 35(1): 135-70.



Aplicación de escala de sobrecarga del cuidador Zarit, en padres de pacientes con epilepsia refractaria, implantados con estimulador vagal

Application of the Zarit scale in parents of patients with refractory epilepsy and vagal nerve stimulator implantation

Ríos, Loreto*; **Contreras, Paula*;** **Uscategui, Angélica*;** **Olate, Loreto*;** **Mesa, Tomás*.**

Abstract. The efficiency antiepileptic treatment is evaluated in relation to the seizures reduction's frequency, which does not necessarily implies an improvement in the patient's life, being that last one the treatment's main objective. Multiple studies have shown that higher overloads over cognitively disabled patients' caregivers. The objective was the application of the Zarit scale to investigate the impact over the caregiver's life in patients with refractory epilepsy before and after being implantated a vagal nerve stimulator (VNS). 32 patients with VNS as a palliative treatment were revised. 19 matched inclusion criteria. Twelve pediatric patients. The survey was performed before the procedure and 6 to 24 months after it. Even though a significant decrease on the seizures' frequency was observed, this didn't have an impact over the patient caregivers life and their families' life quality. The conclusion is that the Zarit scale would have a potential usefulness on intense overloads, without being sensitive enough on this population with special characteristics.

Keywords: vagal nerve stimulator, refractory epilepsy, Zarit Scale, caregiver impact, epilepsy treatment.

Resumen. La eficacia del tratamiento antiepiléptico, se mide en relación a frecuencia de reducción de crisis y mejoría de calidad de vida del paciente. Se ha evidenciado una mayor sobrecarga en cuidadores de pacientes discapacitados cognitivamente, la cual no es posible evaluar de modo directo. El objetivo, evaluar con la escala de Zarit, la sobrecarga del cuidador de pacientes con epilepsia refractaria, en los cuales se les implantó un estimulador vagal. 32 pacientes con estimulador del nervio vago, como tratamiento paliativo. 19 cumplieron criterio de inclusión. Doce pacientes en edad pediátrica. Se realizó encuesta Zarit previo a la implantación y a 24 meses posterior a ella. Se observó reducción significativa de las crisis, lo anterior no se reflejó en un impacto sobre la sobrecarga del cuidador o de sus familiares. La escala de Zarit tendría una potencial utilidad en sobrecargas intensas, no siendo lo suficientemente sensible en esta población con características demográficas especiales.

Palabras clave: calidad de vida, estimulador vagal, epilepsia refractaria, escala de Zarit, sobrecarga del cuidador, tratamiento de las epilepsias.

* Centro Avanzado de Epilepsia Clínica Las Condes.

+ Unidad de Neurología Pediátrica. Programa de Epilepsia. División de Pediatría y Neurología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Nombre autor responsable de la correspondencia: Dr. Tomás Mesa Latorre. Marcoleta 340, Santiago de Chile.
Email: tomasmesalatorre@gmail.com Teléfono: +56-9-83604895.

El trabajo fue realizado sin fuentes de financiamiento ni conflictos de interés por parte de los autores. El trabajo se realizó con consentimiento de los padres o cuidadores de los pacientes.



Trabajos Originales

INTRODUCCIÓN

Es posible que el paciente, su familia y el personal de salud tengan expectativas diferentes frente al diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Conocerlas y satisfacerlas permitirá que el paciente y su entorno familiar sienta que sus necesidades fueron atendidas y que las intervenciones impactaron realmente en su calidad de vida. Como en toda enfermedad crónica, la calidad de vida del paciente sería un indicador de la atención y del resultado de la intervención médica ejercida por el grupo de salud. [1]

La familia tiene un rol importante en el cuidado del paciente con epilepsia de difícil manejo, dado que es el soporte del paciente y por lo mismo, se ve afectada como grupo por los diferentes acontecimientos derivados de la atención médica de este integrante. Dado que los cuidadores, aquellos que conviven y proveen la ayuda, tienen un papel fundamental, también ellos deben ser motivo de preocupación y de atención, conociendo sus sentimientos y consideraciones frente a la enfermedad del afectado. [2]

En las familias, los sentimientos de preocupación, rabia y culpa, así como la carga económica son muy importantes; esta situación es mucho más marcada cuando el niño presenta una epilepsia de difícil manejo [3], que requiere tratamientos más complejos y costosos para el control de su patología.

Múltiples estudios han evidenciado que una mayor sobrecarga sobre los cuidadores, definido como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y tiene la responsabilidad de proveer los recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse necesita, se asocia con trastornos del ánimo, aislamiento social, deterioro económico y mayor morbi-mortalidad que la población general. [4-7]

Existen diferentes herramientas, para medir la percepción de los cuidadores sobre el impacto de la enfermedad en la calidad

de vida los mismos. Una de ellas es la escala de Zarit, que evalúa la sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedades crónicas. Esta escala se encuentra validada para la población chilena y es de gran utilidad para determinar, el impacto de la salud física, mental y social del cuidador y su familia. [2,8,9]

El estimulador vagal ha mostrado ser un recurso importante dentro del tratamiento paliativo de las epilepsias refractarias. [10-13]

Se ha evidenciado una disminución en la frecuencia de crisis hasta por sobre el 50%, siendo un dispositivo bien tolerado, con escasos efectos adversos. También se describen beneficios adicionales, como mejoría del alerta y de ánimo. [14,15]

Es esperable con un tratamiento efectivo en reducir las crisis, tenga un impacto positivo en la calidad de vida del paciente y su familia.

Es importante tener en cuenta, que gran parte de los trabajos que evalúan eficacia de diferentes terapias antiepilépticas, consideran una respuesta significativa la reducción mayor o igual al 50% de las crisis, lo que no siempre implica una mejoría real en la calidad de vida personal y familiar, en un paciente que tiene crisis diarias y/o crisis invalidantes.

Por lo anteriormente descrito, se intenta evaluar a través de la aplicación de la escala de Zarit, el impacto de sobrecarga a los cuidadores, (indirectamente parte de su calidad de vida) de pacientes con epilepsia refractaria, a quienes se les implantó un estimulador vagal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron los antecedentes de fichas clínicas, de 32 pacientes sometidos a terapia con estimulador del nervio vago (ENV), VNS pulse modelo 102 Cyberonics, implantados y controlados en Clínica Las Condes (LRP) y Universidad Católica (TML), Santiago-Chile, para tratamiento

paliativo de epilepsia refractaria, implantados desde abril del año 2007 hasta diciembre 2011.

Todos los pacientes fueron diagnosticados con epilepsia refractaria y posterior a ser sometidos a evaluación clínica multidisciplinaria, incluyendo estudios por imágenes, Video monitoreo EEG y genético-metabólico si ameritaba, se realizó la indicación de ENV.

Como criterio de inclusión a este estudio, se exigió que los pacientes fuesen dependientes de sus cuidadores, que no hubiese cambio de cuidador durante el período estudiado, que no se hubiese introducido nuevos fármacos antiepilépticos al tratamiento y que los cuidadores tuviesen un registro estricto por hoja de calendario, de frecuencia y tipos de crisis al menos 3 meses previo a la implantación y durante el seguimiento post implantación. El total de pacientes incluidos, presentaba dependencia total del cuidador, siendo portadores de un retardo mental leve a severo.

Se solicitó al cuidador principal (padre y/o madre), completar la escala de Zarit previo a la implantación del estimulador y posterior a ella, en un tiempo comprendido según posibilidades demográficas entre 6 y 24 meses de uso (post implantación), buscando evaluar las diferencias entre el antes y después del implante. Las encuestas se entregaron personalmente en los controles ambulatorios. La calificación de la escala según estandarización fue (2):

- a) Ausencia de sobrecarga con puntaje menor de 46,
- b) Sobrecarga ligera entre 47 a 55, que representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa.
- c) Sobrecarga intensa si el puntaje fue mayor o igual a 56, puntaje que se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

En total se reclutaron 23 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (12 hombres, 11 mujeres) entre 3 y 18 años de edad a la fecha de implantación. De éstos,

19 concluyeron con las dos evaluaciones (cuatro no la completaron) y son los que analizaremos. Solo 2 de los 19 pacientes además del cuidador principal, tenían apoyo adicional de asistente diurna. 12 eran de edad pediátrica (≤ 15 años).

Se evaluó reducción de crisis, por porcentaje de frecuencia, según calendario de crisis diario, considerándose significativa una reducción igual o mayor al 50%.

RESULTADOS

Fueron evaluados los padres de 19 pacientes, cuyos datos están consignados en tabla 1.

La escala Zarit se aplicó pre y post implantación de ENV; la segunda aplicación se realizó entre 6 a 36 meses posteriores a la implantación, con un promedio de 26, 1 meses (Tabla 2).

De los 19 cuidadores analizados previo a la implantación ENV, catorce se encontraban en el rango de ausencia de sobrecarga, dos con sobrecarga ligera y 3 con sobrecarga intensa. La evolución post implantación evidenció, que aquellos que se encontraban con ausencia de sobrecarga mantuvieron su rango. De los dos cuidadores que se encontraban en sobrecarga ligera (pacientes 9 y 12), uno cambió a ausencia de sobrecarga y el otro mantuvo igual puntaje.

Aquellos dos pacientes (9 y 11), cuyos cuidadores tenían apoyo adicional, evidenciaron sobrecarga ligera en la evaluación previa a la implantación del estimulador vagal, sin diferencias significativas en relación al resto del grupo.

De los tres cuidadores que se encontraban en sobrecarga intensa, (pacientes 6, 10, 18), todos bajaron a ausencia de sobrecarga.

De los 19 pacientes, quince (79%), mostraron una reducción significativa de crisis por sobre el 50%, en el período analizado (pacientes 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15,

Trabajos Originales

16, 17, 18, 19). No hubo una diferencia evidente en relación al tiempo de implantación y análisis de escala Zarit entre los pacientes con y sin reducción de crisis. (Tabla 2).

Al analizar los datos del puntaje de la escala Zarit pre implantación de VNS, de los 15 pacientes que presentaron una reducción de crisis mayor al 50%, diez cuidadores, se encontraban en rango de ausencia de sobrecarga (pacientes 1, 3, 4, 5, 7, 13, 15, 16, 17, 19); los cuidadores de los pacientes 9 y 12 se encontraban en sobrecarga ligera, y los cuidadores de los paciente 6, 10 y 18, en nivel de sobrecarga intensa.

Aquellos pacientes que no presentaron modificación de las crisis, pacientes 2, 8, 11, 14, la escala de Zarit, mostraban también ausencia de sobrecarga del cuidador.

Destaca el porcentaje elevado de reducción de crisis encontrado en este grupo de pacientes, y no reportado en otros trabajos. [16].

Del grupo de 15 pacientes que mostró reducción significativa de crisis, se evidenció un rango de disminución entre 53 al 99%; siendo más llamativo en aquellos pacientes que presentaban una frecuencia de crisis mensuales muy elevadas. (Tabla 2, gráfico 2). Ninguno quedó libre de crisis.

Al analizar la edad de los pacientes y correlacionarla con disminución de crisis, no se apreció ninguna diferencia entre pacientes pediátricos y adultos. (Tabla 2).

Tampoco hubo un tipo de crisis que fuese menos respondedora al estimulador vagal que otras en el grupo analizado. Sin embargo debe mencionarse, que dos pacientes (pacientes 9 y 16), requirieron de callosotomía por persistencia de crisis atónicas. Cabe destacar, que las escalas post implantación fueron aplicadas previo a la realización de la segunda intervención quirúrgica para epilepsia en estos casos.

De los 15 pacientes, la reducción de fárma-

cos no fue significativa, presentándose sólo en 6 de ellos. En uno se disminuyó de 4 a 3 (paciente 11), y de 3 a 2, en 5 pacientes (pacientes 3, 7, 15, 17 y 18).

DISCUSIÓN

Considerando que el 100% de los pacientes de este grupo presentaban retardo mental leve a severo, con dependencia completa de los padres, no era posible aplicarles una escala de calidad de vida en forma directa, validada y que abarcara edad pediátrica y adulta conjunta. Por lo anterior es que consideramos la escala de Zarit ya validada en el idioma español [2], para evaluar la sobrecarga del cuidador, en parte la calidad de vida del cuidador y su familia, y por ende del paciente mismo.

Es destacable la baja sobrecarga que presentan todos los cuidadores antes de la implantación en estos pacientes con epilepsia, solo 5/19 (26%), presentaban algún grado de sobrecarga. Dos de ellos presentaban sobrecarga ligera, considerada un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa y tres sobrecarga intensa, factor de riesgo para morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Esto podría explicarse, considerando que se trata de pacientes en su mayoría pediátricos, que en todos ellos sus cuidadores eran su padre o su madre, con una enfermedad crónica, de larga data, acompañada de un retraso mental que implica que sus padres lo asuman como una condición inmodificable, independiente de la variación de frecuencia de crisis.

Es importante mencionar, que de los cinco cuidadores que se encontraban en algún riesgo de sobrecarga, cuatro modificaron positivamente su condición, destacando que de los tres en sobrecarga severa, coincidente con la reducción significativa de las crisis, disminuyeron a ausencia de sobrecarga en su segunda evaluación, pudiendo inferir que en aquel pequeño grupo afectado, la reducción de crisis, si tuvo un efecto positivo sobre la calidad de vida del cuidador y su familia.

La edad del paciente no tuvo relación ni con la reducción de crisis ni con el nivel de sobrecarga del cuidador. Tampoco se observó una reducción significativa en número de fármacos antiepilépticos durante el período analizado.

Se puede concluir con lo anterior, que si bien la escala de Zarit, ha demostrado ser una medición indirecta de la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, en el grupo analizado en este trabajo y considerando los factores especiales de esta diada paciente – cuidador / paciente – hijo (a), esta escala, no tendría la sensibilidad suficiente para demostrar realmente el impacto de calidad de vida sobre los cuidadores. La dramática reducción de crisis vista en la gran mayoría de nuestros pacientes, no se refleja ni permitió extrapolar una mejoría respecto a calidad de vida.

Sin embargo cabe destacar (aunque el grupo es pequeño), que podría ser sensible para sobrecarga intensa, y que en este grupo, si fue posible evidenciar una mejoría importante, cambiando a ausencia de sobrecarga, en relación a la reducción de crisis significativa, posterior a la implantación de ENV. Se requieren estudios con un número mayor de pacientes para poder aseverar esta hipótesis.

Si bien el grupo implantado con estimulador vagal es un grupo pequeño, es importante destacar que todos los trabajos anteriores evalúan la efectividad del ENV solamente en relación a la frecuencia de crisis (reducción mayor o igual al 50%) [16,17].

Destaca que en el grupo analizado, la reducción de crisis con la implantación de ENV, fue muy significativa, 15 de ellos (79%) presentaron una reducción en promedio de un 86 %, y que habla de la efectividad del dispositivo, pero también podría estar explicado por el gran número de crisis que presentaban los pacientes (18 de los 19 pacientes con ≥ 100 crisis por mes), sin embargo no se observó que esta dramática reducción impactara necesariamente sobre

la calidad del vida del paciente o de sus familiares, que es el “gold standard”, del tratamiento en las epilepsias. Elliot y col, comunican una reducción de más de 50% de las crisis en aproximadamente un 64 % de pacientes con ENV, con una casuística de 436 pacientes de un amplio rango de edades y con seguimiento hasta 11 años. Es posible que reducido número de pacientes que reportamos, esté influyendo en este aspecto. (16).

BIBLIOGRAFIA

1. Rubin Z, Wiebe S. Issues in Health Outcomes Assessment. En *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*, 2nd Edition, de Pedley Timothy Engel Jerome, 2267-2287. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
2. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus Versiones Original y Abreviada. *Rev Med Chile*, 2009; 137:657-665
3. Lv R, Wu L, Jin L, Lu Q, Wang M, Qu Y, Liu H. Depression, Anxiety and Quality of Life in Parents of Children with Epilepsy. *Acta Neurol Scand*. 2009; 120: 335-341.
4. Martin M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe MJ, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distress psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:201-6.
5. Thompson C, Briggs M. Support for care of people with Alzheimer’s type dementia. *Cochrane Databases Syst REV* 2000; 2:CD000454.
6. Marriot A, Donaldson C, Terrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive – behavioural family intervention in reducing the burden of cares of patients with Alzheimer’s disease. *Br. J. Psychiatry* 2000; 176:557-62
7. López o, Lorenzo A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24:404-10

Trabajos Originales

Tabla 1. Características de los 19 pacientes con ENV evaluados, diagnóstico, tipo de crisis y etiologías

Paciente	Sexo	Edad (años) implantación	Diagnóstico	Tipo de crisis	Etiología
1	F	6	Epilepsia Multifocal	A	MDC
2	M	17	Epilepsia Multifocal	T, PC	Infeciosa
3	F	16	Epilepsia Mioclónica no progresiva	Mio, TC, Aus	Criptogénica
4	M	16	ELF	PC 2ria G	Criptogénica
5	F	18	SLG	A, PC, Aus, TC	Criptogénica
6	M	12	Epilepsia Multifocal	PC, TCG	MDC
7	F	13	ELF	A, PC, PC 2ria G	ACV
8	M	11	ELF	PC	Criptogénica
9	F	13	Epilepsia Multifocal	T, A, TCG, PC	MDC
10	F	7	SLG	A, TC	Criptogénica
11	F	6	Epilepsia Multifocal	PC, PC 2ria G	Sd. Aicardi
12	M	18	SLG	A+ TC+ AUS	Criptogénica
13	F	3	Encefalopatía Epiléptica	A, PC, PC 2ria G	Criptogénica
14	F	4	SLG	A, T, PC	Criptogénica
15	M	9	Encefalopatía Epiléptica	A, PC, TCG	Criptogénica
16	F	16	Epilepsia Multifocal	A, TC, Aus	Criptogénica
17	M	8	Síndrome Otahara	TC, PC 2ria G	Criptogénica
18	M	10	Encefalopatía Epiléptica	TC	Dravet
19	M	20	EFS	PC, A, TC	MDC

Las siglas en ésta tabla corresponden a las siguientes abreviaturas F: femenino, M: masculino, ELF: Epilepsia lóbulo frontal, SLG: Síndrome de Lennox-Gastaut, EFS: Epilepsia focal sintomática, A: Atónica, Aus: Ausencia, T: Tónica, TC: Tónico clónica, Mio: Mioclónica, PC: parcial compleja, PC 2ria G: Parcial compleja secundariamente generalizada, MDC: Malformación displásica cortical. ENV: (Estimulador del Nervio Vago).

Tabla 2. Escala de puntuación Zarit pre y post ENV, frecuencia de crisis y porcentaje de reducción

Paciente	Sexo	Edad (años) implantación	Puntaje Zarit pre ENV	Puntaje Zarit post ENV	Tiempo al 2do Zarit (meses)	Frecuencia de crisis pre ENV (mensual)	Frecuencia de crisis post ENV (mensual)	% reducción de crisis
1	F	6	35	26	18	3000	900	70
2	M	17	25	22	15	150	150	0
3	F	16	37	37	36	150	30	80
4	M	16	42	26	6	3390	90	97
5	F	18	37	37	36	1260	600	53
6	M	12	63	20	19	600	210	65
7	F	13	33	17	34	450	60	87
8	M	11	37	26	8	360	360	0
9	F	13	49	49	34	1950	300	85
10	F	7	64	17	36	4500	60	99
11	F	6	21	20	16	1500	1350	10
12	M	18	48	37	24	450	60	87
13	F	3	46	18	36	3000	60	98
14	F	4	27	20	36	900	900	0
15	M	9	33	20	31	4800	16	99
16	F	16	39	17	36	30	2	93
17	M	8	27	19	17	210	2	99
18	M	10	64	34	22	210	12	94
19	M	20	42	23	36	180	30	83

ENV: Estimulador del Nervio Vago

8. González F, Graz A, Pitiot D, Podesta S. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del hospital J,M, Ramos Mejía*, 2004; 9 (4): 2004.
9. Benitez D, Guio L, Uscátegui A. Evaluación De La Sobrecarga Del Cuidador De Los Pacientes Con Encefalopatía Epiléptica Que Reciben Tratamiento Con Acth En La Liga Central Contra La Epilepsia, Bogotá, Colombia. Congreso Latinoamericano de Epilepsia, Cartagena, 2010
10. Privitera MD, Welty TE, Ficker DM, Welge J. Vagus nerve stimulation for patial seizures. *Cochrane database Sys Rev* 2002; 1:CD002896
11. Lortie A, Thomas T et al. Vagus nerve stimulation in pediatric epileptic syndromes. *Rossignol Seizure* 2009;18 :34-37.
12. Ryclicki F, Zamponi N, Trignani R. et al. Vagus nerve stimulation: clinical experience in drug-resistant pediatric epileptic patients. *Seizure* 2006; 15: 483-90.
13. Schachter S. Vagus nerve stimulation therapy summary: five years after FDA approval. *Neurology* 2002; 59: 15-20.
14. Wakai S, Kotagal P. Vagus Nerve Stimulation for Children and Adolescents with Intractable Epilepsies. *Pe-*



Trabajos Originales

- diatrics International, 2001; 43: 61-65.
15. Shawan A, Bailey C, Maxiener W, Harvey S. Vagus Nerve Stimulation for Refractory Epilepsy in Children: More to VNS than Seizure Frequency Reduction. *Epilepsia*, 2009; 50 (5): 1220-1228.
 16. Elliot RE, Morsi A et al. Vagus nerve stimulation in 436 consecutive patients with treatment -resistant epilepsy: Long term outcomes and predictors of response. *Epilepsy and Behavior*. 2011;20: 57-63.
 17. Boon P, Vonck K, De Reuck J, Cae-maert J. Vagus nerve stimulation for refractory epilepsy. *Seizure* 2002; 11 suppl A: 448-55.

Trombosis de senos venosos cerebrales en neonatos

Cerebral venous sinus thrombosis in newborn

José Marín¹, Marta Hernández²

Abstract:

The venous sinus thrombosis is an underdiagnosed disease in neonates by nonspecific clinical. The estimated incidence is 2.6 y 12 / 100,000 neonates, representing 40% of venous sinus thrombosis in childhood and about 20% of the cause of neonates' stroke. The obstruction of the venous system causes cytotoxic and vasogenic edema that ultimately leads to infarction with or without hemorrhage. Symptoms are nonspecific, seizures and impaired consciousness are most prevalent, and most neonates have predisposing factors that are critical for the clinic to diagnose this entity. The most common are anoxia, acute multisystemic disease and the resuscitation at birth. MR venography is the method of choice, can identify obstruction, early brain involvement and signs of recanalization. Although the evidence is not strong there is a consensus in guidelines recommending therapeutic anticoagulation because the safety of these drugs, intracranial hemorrhages it is not a contraindication for use anticoagulation. This condition is associated with mortality and long-term neurological sequel but given the characteristics of this group has a low recurrence rate.

Key Words: neonatal, thrombosis, cerebral venous sinus, anticoagulation.

Resumen: La trombosis de senos venosos es una patología subdiagnosticada en el periodo neonatal por su clínica inespecífica, poca sospecha clínica y dificultades en el diagnóstico radiológico. La incidencia va desde 2.6 a 12 /100.000 recién nacidos. Es menos frecuente que el infarto arterial cerebral y representa el 40% de las trombosis de senos venosos en edad pediátrica. La obstrucción de senos cerebrales provoca deterioro de drenaje y aumento de presión venosa con edema citotóxico y vasogénico que finalmente se traduce en infarto con o sin hemorragia. La clínica es sutil e inespecífica e incluye convulsiones y compromiso de conciencia. La mayoría de los neonatos presentan factores predisponentes que son claves para la orientación diagnóstica como hipoxia, enfermedad multisistémica aguda y la necesidad de reanimación al nacer. La venografía por resonancia magnética (RM) es el método de elección que permite identificar la obstrucción, el compromiso encefálico y los signos de recanalización. Pese a que la evidencia no es potente, las guías terapéuticas recomiendan la anticoagulación, dado la seguridad de estos fármacos, aún con hemorragia intracraneana. Esta patología se asocia a mortalidad y secuelas neurológicas a largo plazo con una baja tasa de recurrencia.

Palabras clave: recién nacido, trombosis, senos venosos cerebrales, anticoagulación.

1 Alumno de medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

2 Pediatra, Neuróloga Pediatría y Adolescencia, Unidad Neurología Pediátrica, División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

e-mail: mhernand@med.puc.cl

Revisiones de Temas

INTRODUCCIÓN

La trombosis de senos cerebrales (TSV) corresponde a la oclusión total o parcial del flujo venoso por un trombo. Esta entidad difiere en recién nacidos (RN) del resto de la población pediátrica dado las diferencias clínicas, factores de riesgo y morbimortalidad (1,2). El subdiagnóstico es alto por sus síntomas inespecíficos, falta de sospecha clínica y dificultades en la búsqueda radiológica. Tiene una mortalidad entre 2-12% y se describen secuelas hasta en un 50% de los casos (1,3). Los avances en neuroimágenes han optimizado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes permitiendo un consenso sobre el uso de la anticoagulación, aun cuando la falta de estudios clínicos randomizados no permite mostrar evidencia robusta sobre este manejo. Se estima que la incidencia en población neonatal es de 2.6 a 12 por cada 100.000 RN de término, este amplio rango refleja las diferencias en la búsqueda y uso de técnicas neuroradiológicas óptimas. Corresponden al 40% de todas las TVS en la edad pediátrica (4).

FISIOPATOLOGÍA

El drenaje venoso cerebral se produce a través de los sistemas superficial (venas corticales superficiales, seno sagital superior y seno cavernoso) y profundo (venas cerebrales profundas, vena de Galeno, vena Rosenthal, seno sagital inferior y seno recto) que confluyen en los senos transversos, senos sigmoideos y que terminan formando la vena yugular interna (5-7). En RN término los plexos venosos extra yugulares (sistema colaterales) no están bien desarrollados y no optimizan el drenaje venoso. La carencia de válvulas en el sistema venoso central que permite que el flujo se mantenga en forma pasiva y parcialmente compensado por la posición vertical de la cabeza que fuerza el flujo por gravedad, no ocurre en RN. En prematuros la persistencia de la matriz germinal que drena al sistema venoso profundo asocia la trombosis venosa profunda a hemorragia intraventricular (8-11).

La TSV causa obstrucción del drenaje, congestión venosa con aumento de la presión hidrostática capilar y desplazamiento inicial de fluido al intersticio con edema citotóxico seguido de edema vasogénico e infarto intraparenquimatoso con o sin hemorragia (10,12-14). La obstrucción del sistema superficial como seno sagital superior (SSS) se asocia a disminución de reabsorción del LCR e hipertensión endocraneana y la obstrucción del sistema profundo se asocia a hemorragia intraventricular. La TSV es la causa más frecuente de hemorragia intraventricular en el RN. La frecuencia de infartos venosos al diagnóstico de TSV es de 30 y 40% y el componente hemorrágico se ve en el 60-70% de los casos. Los senos más comprometidos son transversos (75%), SSS (57%) y en el 80% hay trombosis múltiples (12,15).

FACTORES DE RIESGO Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

Hay múltiples factores de riesgo (FR) y únicos en la etapa neonatal, que se inician en el trabajo de parto. En este momento, las fuerzas mecánicas sobre la cabeza provocan una distorsión en las suturas del cráneo y dañan los senos duros predisponiendo a TSV. Otros factores asociados son la mayor predisposición a estados protrombóticos, traspaso placentario de anticuerpos (ej. anti fosfolípidos), niveles disminuidos de factores anticoagulantes como proteína C (PC), proteína S (PS) y antitrombina III (ATIII), hematocrito elevado y hemoconcentración (4,16,17).

Clásicamente se describen dos grupos de factores de riesgo: factores asociados a la condición materna (corioamnionitis, diabetes, hipertensión) y factores asociados al RN (aspiración meconial, APGAR <7 a los 5 minutos, intubación al nacer, infección neonatal, policitemia, deshidratación severa, neumonía, ECMO, enfermedad cardíaca congénita). Los factores más importantes a considerar son enfermedad sistémica aguda, anoxia y la necesidad de la resucitación al nacer (4,18-20). En relación a trombofilias, en RN se reporta una fre-

cuencia de 16-20%, liderado por deficiencia de ATIII con OR de 18.4, deficiencia de PC con OR de 6.3 y deficiencia PS con OR de 5.27(19).

La mayoría de los RN presentan sintomatología en las primeras 48 horas, con otro 25% en la primera semana y porcentajes menores en las sucesivas semanas. Los síntomas son sutiles e inespecíficos, en el 66-69% se describen convulsiones (mayores en trombosis de seno sagital superior y seno recto), 51-65% presenta compromiso de conciencia, 6% déficit motor focal. 12% signos de enfermedad sistémica como apnea, irritabilidad, hipotonía, rechazo alimentario, vómitos (18).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se inicia con la sospecha clínica en relación a los síntomas, si hay convulsiones se solicita un electroencefalograma para buscar algún signo focal que no se encuentre en el examen neurológico. Posteriormente se requiere una imagen cerebral que confirmará la oclusión venosa, detectará alteraciones parenquimatosas cerebrales (presentes en el 60-80% de las TSV), cambios secundarios al éstasis venoso y signos de recanalización (12,14,15).

La ultrasonografía de cráneo tiene baja sensibilidad. En RN de término, la presencia de una hemorragia intraventricular en combinación con una hemorragia talámica sugiere una TSV (21).

La tomografía computarizada cerebral (TC) implica radiación ionizante y casi un 50% de falsos negativos. En los casos positivos, el CT sin contraste muestra el "signo del seno hiperdenso" y "signo de la cuerda". Ambos muestran el trombo retraído, con disminución del contenido de agua y aumento de concentración de hemoglobina que se ve en su fase inicial como una imagen hiperdensa, la que se normaliza en 1-2 semanas. El signo de la cuerda está aplicado a venas corticales. En la TC con contraste se observa el signo delta vacío, signo de oclusión venosa, donde se ve un

defecto de llene triangular, hipodenso, en relación a un área periférica hiperdensa, por el realce del contraste en un seno sagital superior (SSS) trombosado. El signo de delta vacío se presenta en un 25% a 75%. No se recomienda agregar contraste si no se solicita venografía dado que se pierde el diagnóstico en un 40% de las TSV (9,12).

La resonancia magnética (RM) cerebral define mejor el parénquima (aumenta la detección de otras patologías dentro del diagnóstico diferencial) y permite diferenciar edema citotóxico de vasogénico, revelando eventos precoces de la patología y signos de recanalización. Se considera el Gold estándar si está asociado a venografía con un 95% sensibilidad y 91% de especificidad. En algunos casos el trombo puede ser detectado usando imágenes en T1 y T2 y adicionalmente se puede observar congestión peri ventricular especialmente en regiones frontales entre el 50-57% de los casos. La venografía por RM visualiza el sistema venoso sin necesidad de contraste. Los vasos son hipointensos en todas las secuencias debido a su flujo lo que se denomina vacío de señal por flujo o también llamado "vacío de flujo". Cuando este vacío de señal está ausente, los vasos se tornan hiperintensos, lo que puede reflejar una trombosis (12,15). Sin embargo, hay que tener precaución ya que el flujo lento en senos de pequeño calibre puede provocar alteraciones en la intensidad de señal de los SV e inducir a error. Además, los distintos estados de degradación de la hemoglobina pueden alterar la apariencia del trombo y hacerlo menos evidente, simulando la ausencia de señal por flujo que se observa normalmente. El signo de la vena hiperintensa es similar al signo de la cuerda observado en CT y corresponde a la ausencia del vacío de flujo en las venas corticales, visible en secuencias T1 y T2 de RM, salvo cuando el estado de degradación de la hemoglobina produce hipointensidad en la señal.

Hay varios estudios que han reportado la mayor incidencia de TSV en SSS seguida del seno transversal (ST) y seno recto (SR), sin embargo estudios más recientes mues-

Revisiones de Temas

tran un compromiso del SR en la mayoría de los casos. El 70% muestra compromiso múltiple (12).

TRATAMIENTO

La terapia debe ir a estudiar y tratar la causa subyacente que lleva a la trombosis, esto incluye tratar la deshidratación, sepsis, meningitis o enfermedad cardíaca congénita. En la TSV se recomiendan estudios con hemocultivos y trombofilias junto a terapia de soporte como hidratación, manejo de hipertensión endocraneana e inicio de antibióticos en caso de sospecha de infección bacteriana. Con respecto a antiepilépticos, no se recomienda uso de rutina. En caso de compromiso de conciencia o ventilación mecánica se recomienda monitoreo EEG continuo. En caso de convulsión única se recomienda iniciar drogas anticonvulsivantes con una evidencia más fuerte si hay presencia de lesión de parénquima (2).

Las históricas indicaciones de medidas sintomáticas y observación, la falta de estudios prospectivos, diferencias regionales con respecto a las conductas terapéuticas (USA, Europa y Canadá), temor a la anticoagulación y recomendaciones antiguas de no anticoagular han pospuesto las indicaciones terapéuticas de TSV. La evidencia de seguridad de la terapia anticoagulante apoya la anticoagulación que tiene como objetivo evitar la propagación del trombo (2% vs 30%), favorecer la degradación y acelerar la recanalización, aun cuando no se ha demostrado que disminuya la mortalidad. El mayor predictor de déficit neurológico a futuro se asocia al haber presentado déficit desde el inicio del cuadro, independiente de la anticoagulación (22,23).

En población pediátrica (mayor de 1 mes) la anticoagulación reduce el riesgo de muerte y secuelas, lo que aún no se ha logrado demostrar en RN. El riesgo de empeorar o generar una nueva hemorragia es de 5.6% vs 3% en los no tratados. Si no hay evidencia de hemorragia intracraneana, se puede considerar uso de heparina no frac-

cionada (HNF) o heparina de bajo peso molecular (HBPM), si se inicia con HNF, los bolos no deben superar los 75-100 U/kg y se recomienda monitorizar con niveles de antifactor Xa (rango entre 0.35-0.7 U/ml). Preferir HBPM para uso continuo. Se recomienda controlar con imagen en la primera semana.

Si hay hemorragia presente, hay dos pasos igualmente recomendados: Iniciar anticoagulación o mantener con terapia de soporte y control radiológico a la semana para evaluar la propagación e iniciar anticoagulación. Se recomienda el uso continuo de HBPM por 6-12 semanas y venografía a las 12 semanas para evaluar recanalización (2).

La utilidad y seguridad de los tratamientos endovasculares son inciertas en pacientes pediátricos, su uso se debe evaluar en pacientes con deterioro neurológico progresivo a pesar de niveles adecuados de anticoagulación (22,23).

PRONÓSTICO

En cuanto al pronóstico a corto plazo la literatura refiere que la mortalidad es 2-10% para este grupo etario. Con respecto al seguimiento radiológico 85% recanalizan a los 3 meses con terapia anticoagulante, 94% lo harán a los 6 meses y prácticamente todos recanalizarán al año.

Con respecto al pronóstico a largo plazo entre un 50-67% presentarán déficit neurológico, predominando la secuelas motoras sobre los trastornos cognitivos, lenguaje y visuales. 15-18% desarrollará epilepsia posteriormente(11). Dado que los eventos que desencadenan la TVS en neonatos no se vuelven a repetir en la vida, este es un grupo con baja tasa de recurrencia en relación a los otros, reportándose alrededor de 3% en la literatura.

CONCLUSIONES

Los RN son un grupo que difiere de la población pediátrica, presentan tanto factores

de riesgo como anatomía distinta lo que los hace ser más susceptibles a la TSV. La sospecha clínica es fundamental para una neuroimagen precoz. La clínica es inespecífica por lo que se debe considerar TSV dentro del diagnóstico diferencial en cualquier RN con convulsiones o compromiso de conciencia y factores clínicos predisponentes. En neonatos está demostrada la seguridad de la anticoagulación por lo que es razonable anticoagular con HNF/HBPM por 6-12 semanas. Esta patología se asocia a una alta tasa de secuelas neurológicas a largo plazo por lo que se recomienda el seguimiento.

REFERENCIAS

1. DeVeber G, Andrew M, Adams C, Bjornson B, Booth F, Buckley DJ, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med* 2001 Aug 9;345(6):417-423.
2. Yang JY, Chan AK, Callen DJ, Paes BA. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis: sifting the evidence for a diagnostic plan and treatment strategy. *Pediatrics* 2010 Sep;126(3):e693-700.
3. Fitzgerald KC, Williams LS, Garg BP, Carvalho KS, Golomb MR. Cerebral sinovenous thrombosis in the neonate. *Arch Neurol* 2006;63(3):405-409.
4. Heller C, Heinecke A, Junker R, Knofler R, Kosch A, Kurnik K, et al. Cerebral venous thrombosis in children: a multifactorial origin. *Circulation* 2003 Sep 16;108(11):1362-1367.
5. Dlamini N, Billinghamurst L, Kirkham FJ. Cerebral venous sinus (sinovenous) thrombosis in children. *Neurosurg Clin N Am* 2010 Jul;21(3):511-527.
6. Ramenghi LA, Bassi L, Fumagalli M, Ometto A, Groppo M, De Carli A, et al. Neonatal stroke. *Minerva Pediatr* 2010;62(3 Suppl 1):177-179.
7. Ramenghi LA, Govaert P, Fumagalli M, Bassi L, Mosca F. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis. *Semin Fetal Neonatal Med* 2009 Oct;14(5):278-283.
8. Kersbergen KJ, De Vries LS, Leijten FSS, Braun KPJ, Nieuvelstein RAJ, Groenendaal F, et al. Neonatal thalamic hemorrhage is strongly associated with electrical status epilepticus in slow wave sleep. *Epilepsia* 2013;54(4):733-740.
9. Kersbergen KJ, Groenendaal F, Benders MJ, de Vries LS. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis: neuroimaging and long-term follow-up. *J Child Neurol* 2011 Sep;26(9):1111-1120.
10. Kersbergen KJ, Groenendaal F, Benders MJNL, Van Straaten HLM, Niwa T, Nieuvelstein RAJ, et al. The spectrum of associated brain lesions in cerebral sinovenous thrombosis: Relation to gestational age and outcome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96(6):F404-F409.
11. Massicotte MP, Bousser MG, Bauman ME. Neonatal Cerebral Venous Thrombosis: Le Debut. *J Pediatr* 2010;156(5):695-696.
12. Barkovich AJ. MR imaging of the neonatal brain. *Neuroimaging Clin N Am* 2006 Feb;16(1):117-35, viii-ix.
13. Badve CA, Khanna PC, Ishak GE. Neonatal ischemic brain injury: What every radiologist needs to know. *Pediatr Radiol* 2012;42(5):606-619.
14. Eichler F, Krishnamoorthy K, Grant PE. Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Possible Neonatal Sinovenous Thrombosis. *Pediatr Neurol* 2007;37(5):317-323.
15. Gunny RS, Lin D. Imaging of Perinatal Stroke. *Magn Reson Imaging Clin North Am* 2012;20(1):1-33.
16. Elbers J, Viero S, MacGregor D, DeVeber G, Moore AM. Placental pathology in neonatal stroke. *Pediatrics* 2011 Mar;127(3):e722-9.
17. Fitzgerald KC, Golomb MR. Neonatal arterial ischemic stroke and sinovenous thrombosis associated with meningitis. *J Child Neurol* 2007 Jul;22(7):818-822.
18. Berfelo FJ, Kersbergen KJ, van Ommen CH, Govaert P, van Straaten HL, Poll-The BT, et al. Neonatal cerebral sinovenous thrombosis from symptom to outcome. *Stroke* 2010 Jul;41(7):1382-1388.

Revisiones de Temas

19. Cnossen MH, van Ommen CH, Appel IM. Etiology and treatment of perinatal stroke; a role for prothrombotic coagulation factors? *Semin Fetal Neonatal Med* 2009;14(5):311-317.
20. De Carolis MP, Salvi S, Bersani I, De Carolis S. Isolated cerebral sinovenous thrombosis: a rare case of neonatal antiphospholipid syndrome. *Indian Pediatr* 2012;49(5):411-412.
21. Raets MMA, Sol JJ, Govaert P, Lequin MH, Reiss IKM, Kroon AA, et al. Serial cranial US for detection of cerebral sinovenous thrombosis in preterm infants. *Radiology* 2013;269(3):879-886.
22. Monagle P, Chan AK, Goldenberg NA, Ichord RN, Journeycake JM, Nowak-Gottl U, et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012 Feb;141(2 Suppl):e737S-801S.
23. Moharir MD, Shroff M, Stephens D, Pontigon AM, Chan A, MacGregor D, et al. Anticoagulants in pediatric cerebral sinovenous thrombosis: a safety and outcome study. *Ann Neurol* 2010 May;67(5):590-599.

CURSOS, SEMINARIOS Y CONGRESOS

168 Congreso Anual de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría (APA)

16-20 de Mayo, 2015
Toronto, Ontario, Canadá
www.psych.org

70 Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría Biológica (SOBP)

14-16 de Mayo, 2015
Toronto, Ontario, Canadá
<http://www.sobp.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>

50 Congreso Internacional de TDAH: de la niñez a la adultez

28-31 de Mayo, 2015.
Glasgow, Escocia.
www.adhd-congress.org

17 Conferencia Anual de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares

3-6 de Junio, 2015
Toronto, Ontario, Canadá
<http://www.isbd.org/conferences/annual-conference>

62 Congreso Anual de la Sociedad Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP)

26 de Octubre al 1 de Noviembre, 2015
San Antonio, Texas, USA
www.aacap.org

XVI Seminario Internacional "Avances en Pediatría Neonatal"

08, 09 y 10 de Abril 2015
Centro de Extensión UC.
Av. Libertador Bernardo O'Higgins 390,
Santiago - Chile

Zentidos Consultoría y Gestión de Eventos
Correo:

inscripciones@cursosmedicina.uc.cl
Teléfono: 562 2793 7276

XXXIII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia.

Lugar: Hotel Enjoy
Ciudad: La Serena
Fecha: 11 al 14 de Noviembre 2015.
Presidenta: Dra. Joanna Borax
Coordinadora del Comité de Neurología:
Dra. Paola Santander
Coordinador del Comité de Psiquiatría:
Dra. Ana Marina Briceño
Informaciones: Sociedad de Psiquiatría y
Neurología de la Infancia y Adolescencia.
Fono: 2- 632 08 84
E-mail: sopnia@tie.cl

31 Congreso Internacional de Epilepsia.

Fecha: 5-9 Septiembre 2015
Estambul. Turquía
Informaciones: www.epilepsyistanbul2015.org

55 Congreso Chileno de Pediatría

Fecha: 30 Septiembre al 3 de Octubre. 2015
Lugar: Puerto Varas
Informaciones: sochipe@sochipe.info

Congreso Mundial de Neurología SONEPSYN

Fecha: 31 de Octubre al 5 de Noviembre 2015
Lugar: Casa Piedra. Santiago de Chile.
Informaciones: www.@sonepsyn.cl

GRUPOS DE ESTUDIOS

REUNIONES MENSUALES

Grupo Chileno Trastornos del Desarrollo, Gtd.

Se reúnen el último sábado de cada mes a las 9:00 hrs., en el auditorio de la Liga Chilena Contra la Epilepsia, Erasmo Escala 2220 (entre Cumming y Matucana) metro república.

Presidenta: Ps. Andrea Moyano

Grupo de Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia.

Se reúnen el último miércoles de cada mes a las 13:15 hrs.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Auditorio Aníbal Ariztía

Coordinador: Dr. Ricardo Erazo

Grupo Trastornos Del Sueño En Pediatría

Se reúnen el segundo miércoles de cada mes a las 12:30 hrs. en MGM. Los Leones 1366, Providencia, Santiago

Coordinador: Dr. Tomás Mesa

Grupo Adolescencia y Adicciones

Se reúnen el último miércoles de cada mes, a las 21:00 hrs. en las dependencias del Hotel Regal Pacific.

Coordinador: Dr. Alejandro Maturana

Grupo Enfermedades Desmielinizantes

Se reúnen el segundo jueves de cada mes, a las 19:30 hrs. en el Auditorio de Clínica Alemana

Coordinadora: Dra. Andrea Schlatter

SITIOS DE INTERÉS A TRAVÉS DE PÁGINA WEB

Sociedades

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

Sociedad Chilena de Pediatría
www.sochipe.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
www.sociedadchilenadepsicologiaclinica.cl

Sociedad Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía
www.sonepsyn.cl

Sociedad Chilena de Salud Mental
www.schilesaludmental.cl

Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
www.sochitab.cl

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

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

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

Sociedad Europea de Neurología Pediátrica
www.epns.info

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 Neurología y Psiquiatría

Parámetros prácticos www.aacap.org/page.ww?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

Noticias

Suicidalidad (inglés): www.afsp.org

Déficit atencional:
www.tdahlatinoamerica.org
(inglés) www.chadd.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_ado-lescent_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

Liga Chilena contra la Epilepsia
www.ligaepilepsia.cl

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

Salud Mental

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

Chile Crece Contigo: www.crececontigo.cl

CONACE: www.conace.cl

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

OMS

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

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCION SOBRE EPILEPSIA
OPS
Washington. 2011.
www.paho.org

(Actualizado en Octubre de 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revista Biomédicas" establecidos por el International 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. Tomás Mesa Latorre, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico. El trabajo se enviará, a doble espacio, con letra arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

El envío del trabajo se considerará evidencia de que ni el artículo ni sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente 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:

Instrucciones a los Autores

hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras.

Contarán con la siguiente estructura:

a. Introducción

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

b. Método

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

Selección y Descripción de Participantes

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

Información técnica

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

c. Estadísticas

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

Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se

hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

d. Resultados

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, 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 abreviations, separados por comas, el año separado por coma, volumen poner dos puntos: y las páginas comprendidas separadas por guión: Ejemplo Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1998,36:28-34.

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en 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, aténgase 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 fotografadas 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

Instrucciones a los Autores

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

5. Revisión de Temas

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

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

6. Casos Clínicos

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

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

7. Contribuciones

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

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

8. Cartas al Director

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

Espacio abierto, en que los socios pueden

plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

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

10. Publicaciones duplicadas

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

Aprobación de los editores de ambas revistas.

En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.

La segunda versión debe reflejar con veracidad los datos e interpretaciones de la primera versión.

Un pie de página de la segunda versión debe informar que el artículo ha sido publicado totalmente o parcialmente y debe citar la primera referencia Ej.: Este artículo está basado en un estudio primero reportado en (Título de la revista y referencia).

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



ILUSTRACION DE LA PORTADA

Senda del Apego

La obra, que hemos titulado “Senda del Apego”, fue planificada y ejecutada pensando que debía ser un mensaje que ayudara a comprender el significado del apego, a través de las diferentes etapas de nuestras vidas.

Para esto, quisimos emplear un lenguaje con símbolos, que son mensajes visuales fáciles de manejar, representaciones que se reconocen en nuestro entorno y en relación con la infraestructura abstracta a dichas representaciones, y que poseen efectos intencionales.

En relación a la semántica de la obra, le hemos dado un especial énfasis a la simbología del color.

Por tal razón, el violeta, que es el color predominante en la obra, representa la sublimación de todo aquello que es espiritual y hermoso, trasmutando, purificando y limpiando. Es tan potente que puede impulsar a sacrificarse por un gran ideal, proporcionando mucho poder.

El verde, que nos ha servido para atmosfervizar, es el rayo del equilibrio de dar y recibir, y aleja de las dificultades.

El naranja, presente en el niño, representa la actividad, la alegría, los placeres compartidos y libera frustraciones y miedos.

El amarillo que viste al joven, favorece la claridad mental, los procesos lógicos y el razonamiento.

El marrón, predominante en la parte inferior de la obra, lo asociamos con aquellas cosas sólidas, con aquellos instrumentos del individuo que le son seguros y permanentes, aquello que le ayuda a ser práctico, sustentándose en viejos modelos, pero estando siempre abierto a nuevas ideas.

La sintaxis de la obra configura mediante las representaciones que nos conducen el recorrido visual: la madre, el niño y los adultos. Que además de indicarnos el orden cronológico de la vida, nos introduce a las relaciones con las infraestructuras abstractas de los efectos intencionales: de la maternidad, el cariño los lazos afectivos que nos une y nos atan con un nudo que trasciende en el tiempo.

Autoras de la Obra:

Dra. Paola Franco San Cristóbal

Dra. Carmen Franco San Cristóbal

Lic. en Arte. Carmen San Cristóbal V.

