

BOLETIN SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 14 - N° 1 - ABRIL 2003

ISSN 0717-1331



DIRECTORIO 2001 - 2003

Presidente:	Dr. Tomás Mesa L.
Vicepresidente:	Dra. Virginia Boehme K.
Secretaria:	Dra. Marcela Larraguibel Q.
Tesorera:	Dra. Verónica Burón K.
Directores:	Dra. María Alicia Espinoza A. Dra. Maritza Carvajal G. Dra. María José Ferrada P. Dra. Esperanza Habinger C. Dr. Pedro Menéndez G. Dra. Carmen Quijada G.
Past-Presidente:	Dr. Ricardo García S.
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez S.

INTEGRANTES COMITE EDITORIAL

Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández K.
Director Asociado Psiquiatría:	Dr. Ricardo García S.
Director Asociado Neurología:	Dra. Isabel López S.
Comité Editorial:	Dra. Verónica Burón K. Dra. Marta Colombo C. Dra. Perla David G. Flgo. Marcelo Díaz M. Dra. María Alicia Espinoza A. Dr. Pedro Menéndez G. Ps. Gabriela Sepúlveda R.

Esmeralda 678, Of. 203, Fono 632 0884, Fax 639 1085, e-mail: sopnia@terra.cl - Santiago, Chile

Diseño Gráfico: Juan Silva / 635 2053

BOLETIN SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 14 - N° 1 - ABRIL 2003

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• EDITORIAL	3
• TRABAJOS ORIGINALES	
- Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes <i>Dra. Paz Quinteros</i>	4
- Depresión y personalidad adolescente: definiciones, relaciones, dudas, y preguntas. <i>Dr. Jean-Pierre Heimann</i>	9
- Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible? <i>Ps. Karla Alvarez</i>	14
• REVISION DE TEMAS	
- Automutilación: ¿Síntoma o Síndrome? <i>Dr. Armando Nader, Dra. Virginia Boehme</i>	32
- Valor pronóstico del trazado de fondo del EEG perinatal <i>Dr. Cristián Amézquita</i>	39
- Evaluación de niños en custodia <i>Dr. Mario Zúñiga</i>	48
- Interés y manejo de los quistes aracnoidales en el niño <i>Dr. Pedro Menéndez</i>	53
• CASOS CLINICOS	
- Enfermedad de Gaucher. Reporte de un caso clínico <i>Dres. Juan Francisco Cabello, Ilse González, Pamela Jofré, Rodrigo Valenzuela, Marta Colombo</i>	59
• REVISION DE LIBROS Y REVISTAS	
- Separación matrimonial y conflicto conyugal sus efectos en los hijos <i>Dr. Hernán Montenegro</i>	61
• REUNIONES Y CONGRESOS	63
• GRUPOS DE DESARROLLO	66
• NOTICIAS	67
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	68

Editorial

Estimados colegas, los especialistas de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), pertenecen a una organización académica, en cuyos estatutos uno de los objetivos es mantener un buen nivel de conocimientos actualizados de los temas de la especialidad. Es decir, capacitar en prevención, asistencia, investigación y docencia. De esta manera surge el programa de Educación Médica Continua como una manera de propender a la actualización permanente en conocimientos científicos de los médicos de nuestra sociedad. Se precisa también, a través del diálogo entre colegas, establecer un lenguaje y normas de manejo clínico básico común entre todos los especialistas de nuestro país. La disponibilidad de tecnología altamente sofisticada, la existencia de mayor información por parte de los pacientes y sus familias colaboran a hacer más factible la prolongación o extensión del estudio y tratamiento de las enfermedades, por lo que la puesta al día de nuestros conocimientos es fundamental.

Por esta razón SOPNIA, como sociedad científica, coordina el programa de Educación Médica Continua (EMC) de nuestros socios, a través de un sistema de acreditación, entendiendo la educación como un proceso permanente, dinámico y continuo a lo largo de toda la vida.

El programa de EMC tiene como objetivo general promover actividades educacionales para mantener, desarrollar y/o incrementar los conocimientos y destrezas que los médicos especialistas necesitan para brindar una atención de excelencia a sus pacientes. Es nuestra intención que el esfuerzo formativo gire decididamente con una inspiración humanista, de un médico que enfoca a su paciente como

parte de un grupo -familia, sociedad- con el que debe dialogar y al cual debe responder. Vemos la educación dentro de un concepto más transversal, que permita allegar a la formación médica la inspiración de las disciplinas sociales y humanistas, como un elemento formativo fundamental.

El método empleado es la coordinación de cuatro Simposios anuales (dos de neurología y dos de psiquiatría) a cargo de grupos especialistas de los temas seleccionados. Además, las actividades anuales de nuestros grupos de estudio, Congreso Anual de Psiquiatría del Niño y Adolescente y Consultoría de Expertos a nivel nacional. A cada una de estas actividades se le otorga un puntaje que acredita que el especialista ha participado activamente en el programa de EMC.

Se pretende en un futuro coordinar nuestro sistema de puntajes con el de otras sociedades internacionales y nacionales, como son la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y la Sociedad de Pediatría. Dar la posibilidad para los socios de SOPNIA de realizar preguntas y obtener respuestas en relación a conocimientos científicos y/o casos clínicos por Internet y crear una biblioteca tanto tradicional como electrónica, con un adecuado centro de búsqueda (ya hemos avanzado algo en relación a este tema por medio de nuestro sitio web).

Le agradecemos a los socios la acogida que ha tenido el programa de EMC, reconociendo al mismo tiempo que aún existe mucho camino por recorrer.

Dra. Marcela Larraguibel Q.
Coordinadora de EMC de SOPNIA

Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes

Drs. Quinteros Rosales, Paz; Grob Restovic, Fernando
Unidad de Salud Mental, Hospital del Cobre SAG, Calama

Introducción

La depresión en adolescentes es un factor de riesgo para la expresión de distintas conductas disfuncionales y afecta el normal desarrollo del individuo. La prevalencia de trastorno depresivo mayor es aproximadamente de 4 a 8% en adolescentes, con una relación en este grupo etario de 1:2 entre hombres y mujeres; la incidencia acumulada a la edad de 18 años es de aproximadamente el 20% en muestras poblacionales (1,2).

Estudios de prevalencia de depresión en la adolescencia en población no clínica utilizando cuestionarios de autoevaluación demuestran cifras tan variables como de 8.9% en jóvenes españoles (3), 5.2% en australianos (4) y 20% de depresión moderada a severa en alemanes (5). En Chile un trabajo de prevalencia de depresión en adolescentes en que se les realiza el Inventario de Beck demuestra que un 32.4% presentaba depresión leve a moderada y un 21.6% moderada a severa (6).

La ideación suicida se considera un factor de riesgo para futuros intentos y se asocia con elevada prevalencia de patología psiquiátrica (7). Estudios en población no clínica de ideación muestran valores como un 4% en adolescentes suecos (8), 18% en estudiantes de Miami (9), 50.2% en estudiantes de enseñanza media en Chile (6) y 28.6 en estudiantes de medicina en Chile (10).

Según estudios con datos de la Organización Mundial de la Salud, las tasas de suicidio entre los adolescentes y jóvenes se incrementaron en forma global en el último cuarto de siglo. Las tasas en Chile en el año 1989 de suicidio en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años fueron de 11.2 y 2.1 para hombres y mujeres respectivamente, cifras altas dentro de la

realidad Latinoamericana (11). Un estudio descriptivo de las características epidemiológicas del suicidio en la Segunda región de Chile en el período comprendido entre 1989-1999 demuestra que a partir del año 1991 se produce un alza en el número total de suicidios en ésta, con un 22.1 % dentro del total de muertes para el grupo de 15-24 años, predominando en el sexo masculino. En la comuna de Calama se observan valores más altos que el promedio de la región en todo el período y el incremento se hace más sostenido desde el año 1996 (12).

La mayoría de los adolescentes víctimas de suicidio sufren de enfermedad siquiátrica, especialmente depresión e ideación suicida en las semanas que preceden a la muerte (7,13) y pesquisarlos a tiempo puede ser de utilidad en términos de prevención (13). Al contrastar víctimas adolescentes con jóvenes sanos se encuentra que depresión mayor, estados bipolares mixtos, abuso de sustancias y trastorno de conducta son factores significativos de riesgo autodestructivo; asimismo, ambos grupos se diferencian en historia familiar y estrés familiar (discordia con los padres, abuso físico) (14). Existe una asociación significativa entre intento suicida y suicidio consumado, quienes han hecho un intento en el año anterior tienen un riesgo cien veces mayor de autoeliminarse que la población general. Estudios en Chile en población no consultante de depresión y suicidalidad demuestran cifras de intento suicida en el último año de 7.2% (6) y 1% (10); un estudio en adolescentes suecos usando el Test de Birtleson muestra un 5% de intentos (8).

Motivados por la falta de estudios en nuestra población beneficiaria sumado al incremento en el número de suicidios consumados que presenta la región en los últimos años y especialmente la Provincia de El Loa realizamos este trabajo que pretende en principio mostrar

la prevalencia de ideas suicidas, intento suicida y depresión en una población no clínica de adolescentes residentes en la comuna de Calama asociándolo además a otras variables generales y niveles de satisfacción familiar para posteriormente planificar trabajos de prevención bien focalizados.

Materiales y Métodos

El estudio se realizó en el sector de educación media del principal colegio para hijos de supervisores y trabajadores de la División Chuquicamata de Codelco Chile (Corporación del Cobre), se entrevistó a un 25% (177) del total de alumnos de Enseñanza media (711).

Los alumnos (de cursos elegidos al azar) completaron las siguientes encuestas:

1. Datos demográficos generales edad, sexo, curso, rol u ocupación del jefe de familia.
2. Cuestionario de suicidalidad, usado en trabajos anteriores (6, 10) donde se busca la presencia de ideas e intentos suicidas en los últimos doce meses, las preguntas a contestar son : 1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? (VNP) 2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto? (DEM) 3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? (PTV) 4. ¿Has intentado alguna vez terminar con tu vida? (IS)
3. Apgar familiar de Smilkesteim (15) que clasifica a las familias en “buen funcionamiento familiar” (7 a 10 puntos), “disfunción familiar” (4 a 6 puntos) y “con necesidad de apoyo inmediato” (0 a 3 puntos).
4. Escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes de Birleson (16, 17), validada para su uso en Chile cuenta con 18 aseveraciones y tiene un puntaje de corte de 15 puntos.

Resultados

El promedio de edad de la muestra fue de 16.2 años con una proporción hombre: mujer de 54 a 46%. El 40.6% de los alumnos era hijo de supervisores o ejecutivos de la empresa, el 47.4 % de trabajadores y un 11.8% eran hijos de

profesionales no contratados por Codelco.

Primaron las ideas de suicidalidad encontrándose un 45.8% que piensa que la vida no vale la pena, un 42.9 % deseó estar muerto en el último año y un 30.5 % pensó terminar con su vida, todas en proporción más alta en mujeres (Tabla N°1).

Un 5.6% hizo un intento suicida en los últimos 12 meses. Dentro de los intentadores el 70% son mujeres y el 30% hombres, no existen diferencias de frecuencia por ocupación de los padres; el 60% tienen el Test de Birleson positivo para depresión y la mayoría (70%) viven en familias que puntúan como de “buen funcionamiento”.

Respecto a los niveles de satisfacción familiar el 83.1% califica a su familia con un “buen funcionamiento familiar”, el 14.7 % vive con una “familia disfuncional” y el 2.3 % de las familias requiere un apoyo inmediato (Tabla N°2). Dentro de los jóvenes con antecedente de un intento suicida hay mayor porcentaje de disfuncionalidad familiar que en aquellos que no lo hicieron (Tabla N°4).

En la escala de autoevaluación para la depresión el 18.6 % de los jóvenes presenta puntajes sugerentes de estar cursando una depresión; de estos la mayoría (76%) son mujeres (Tabla N°3); el 18.2% de ellos hicieron un intento suicida cifra seis veces mayor al grupo de pacientes que tiene el Test de Birleson negativo y tuvieron conductas autolíticas (2.8%). De quienes estarían cursando con una depresión el 70% considera a su familia con un buen funcionamiento (Tabla N°5).

**Tabla N° 1
Suicidalidad**

NIVEL DE SUICIDALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE %
VNP	81	45.8
DEM	76	42.9
PTV	54	30.5
IS	10	5.6

Tabla N° 2
Niveles de satisfacción familiar

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIM	NUMERO	PORCENTAJE %
Buen funcionamiento familiar	147	83
Disfunción familiar	26	14.7
Funcionamiento familiar con necesidad de apoyo inmediato	4	2.3
TOTAL	177	100%

Tabla N° 3
Depresión

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE SEXO FEMENINO
Birleson positivo para depresión	33	18.6	76%
Birleson negativo para depresión	144	81.4%	38.8
TOTAL	177	100	

TABLA N° 4
Comparación entre intentadores y no intentadores de suicidio

VARIABLE	INTENTO SUICIDA (+)	INTENTO SUICIDA (-)
% de sexo femenino	70	44
Promedio de edad	16.4	16.2
Apgar familiar normal	70%	83.4%
Apgar familiar disfunción familiar	20%	14.3%
Apgar familiar "necesidad de apoyo inmediato"	10%	1.3%
Birleson positivo para depresión	60%	16.1%

TABLA N°5
Comparación entre sujetos con Birleson positivo y negativo para depresión

VARIABLE	BIRLESON POSITIVO PARA DEPRESION	BIRLESON NEGATIVO PARA DEPRESION
% de sexo femenino	75	38.8
Promedio de edad	16.5	16.2
% de intentos suicidas	18.1	2.7
Apgar familiar normal	70%	86%
Apgar familiar disfunción familiar	27%	12%
Apgar familiar "necesidad de apoyo inmediato"	3%	2%

Discusión

Anteriores trabajos realizados en Chile en población no clínica con semejantes instrumentos muestran niveles distintos de intento suicida; Gómez A. y cols. encuentran un 1% para estudiantes de medicina de la Universidad de Chile y Salvo y cols. 7.2% para estudiantes de Enseñanza Media de Concepción, nosotros con un 5.6% estaríamos más cercano al grupo etario del 2º estudio que es lo que corresponde pues se asemeja más al nuestro en promedio de edad (16.3 y 16.2 años) y proporción por sexo. Al comparar con estudios extranjeros vemos cifras parecidas: 5% en jóvenes suecos (8) 9% en estudiantes secundarios de New York (2). Los niveles de suicidalidad fueron muy semejantes a los del estudio de Concepción primando también los niveles más leves (VNP y DEM) y en el 100% de los intentos suicidas hubo ideas más severas de suicidalidad (PTV). Al igual que lo descrito por la literatura encontramos más suicidalidad en mujeres(19).

Las cifras de satisfacción familiar fueron altas si lo comparamos con estudios anteriores 83% de buen funcionamiento en nuestra población v/s 48% de adolescentes de Santiago (16) y 62.5% en estudiantes de Concepción (7). Encontramos, como esperábamos, asociación significativa entre intentos suicidas y disfunción familiar, ya que a pesar que el 70% de los intentadores considera a su familia con un buen funcionamiento y de los 30 adolescentes con niveles de disfunción familiar o necesidad de apoyo inmediato sólo el 10% hizo un intento suicida al comparar el grupo de intentadores versus no intentadores vemos que hay aproximadamente el doble de disfunción familiar y necesidad de apoyo inmediato en aquellas familias de jóvenes que han hecho un intento suicida en los últimos 12 meses.

El porcentaje de depresión encontrado en nuestra muestra en base al Cuestionario de Birleson fue de un 18.6%, cifra intermedia a las descritas en la introducción en muestras no clínicas, pero significativa especialmente en el contexto de la alta incidencia de suicidios que se encuentra en la comuna de Calama. En el grupo con puntajes sugerentes de estar cursando con una depresión vemos que en su

mayoría son mujeres (75%), con un promedio de edad de 16.5 años, con un 30% de niveles de insatisfacción y/o necesidad de apoyo inmediato al Apgar familiar y con un porcentaje de intentos suicidas de 18.1%. Al contrario aquellos con un Test de Birleson negativo para depresión son en su mayoría hombres, sólo el 14% tienen niveles bajos de satisfacción familiar al Apgar y sólo un 2.7% ha hecho un intento suicida en el último año.

De este estudio que es descriptivo podemos concluir que las cifras de depresión y suicidalidad están en niveles semejantes a la literatura nacional e internacional y consideramos la asociación del Test de Birleson a la encuesta de suicidalidad y el Apgar familiar de Smilkestein como una buena alternativa de tamizaje en búsqueda de trabajo bien focalizado en población de riesgo.

Queda planteado para estudios posteriores la causalidad de los altos índices de satisfacción familiar encontrados en contraste con la similitud de incidencia de depresión e intentos suicidas en los estudios revisados.

Referencias

1. Heerlein A Psiquiatría clínica Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 2000,755-789.
2. Meneghello J; Grau A Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Ed. Med. Panamericana. 2000,392-417
3. H. Ruiz Millán; R.Pelach; Al Bardon;F Otero,J Royo; I Mata: Prevalencia de depresión en la adolescencia
4. Rey J M ;Sawyer MG;Clark JJ;Baghurst PA: Depression among Australian adolescents. Med J Aust 2001, 175(1):19-23.
5. Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. Rev Psicol Univ de Chile 1997; vol 6 Edición electrónica.
6. Salvo L;Rioseco P;Salvo S :Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media . Rev Chil Neuro-Psiquiat 1998; 36: 28-34
7. Gómez A;Barrera A: Evaluación clínica y psicológica de la conducta suicida .Rev Chil Neuro-Psiquiat 1993;31 Supl Nº 4: 19-42
8. Ivarsson T; Gillberg C: Depressive

- symptoms in Swedish adolescents: normative data using the Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *J Affect Disord* 1997, 42 (1): 59-68.
9. Field T; Diego M; Sanders CE: Adolescents suicidal ideation. *Adolescence* 2001, 36 (142):241-8.
 10. Gómez A; Nuñez C; Lolas F: Ideación suicida e intento de suicidio en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1992; 19 (6) 265-271.
 11. Meneghello J; Grau A. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia Ed Med Panamericana*. 2000, 763-775.
 12. Méndez J;Opgaard A ;ReyesJ: Suicidio en la región de Antofagasta1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente? *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001; 39. 296-302
 13. Uma Rao: Psychological autopsy studies of suicide. *Current opinion in psychiatry* 1994, 7: 330-333
 14. Gómez A: Trastornos depresivos y suicidalidad. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; 36: 93-101.
 15. Maddaleno M; Horwitz C; Jara C; Florenzano R: Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. *Rev Chil Pediatr*, 1987, 58 (3): 246-249
 16. Birlson P; Hudson I; Gray D; Wolf S: Clinical evaluation of a self -rating scale for depressive disorder in childhood (Depression self rating scale) *Child Psicol. Psychiat*, 1987, 28, (1): 43-60.
 17. Alvarez E; Guajardo H; Messen R: Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr*, 1986, 57 (1): 21-25
 18. Allison S; Roeger L; Martín G; Keeves J: Gender differences in the relationship between depression and suicidal ideation in young adolescents. *Aust NZJ Psychiatry* 2001 Aug; 35 (4): 498-503.

Depresión y personalidad adolescente. Definiciones, relaciones, dudas y preguntas.

Dr. Jean-Pierre Heimann Isoz

El Síndrome

El elemento semiológico fundamental es caracterizado por un desmoronamiento del humor que se vuelve triste. Con este síntoma se agregan dos otros: la inhibición y el dolor moral. Este conjunto sindrómico permite hablar de estado depresivo.

La inhibición es una lentificación de los procesos vitales y de la ideación. El sujeto se repliega sobre el mismo, reduce su campo de conciencia y sus intereses, eso lo incita a huir de los otros. El sufre una dificultad de pensar, una astenia psíquica, un cansancio físico y motor que se asocia a malestares somáticos. Hecho muy importante: el enfermo tiene una conciencia dolorosa de su inhibición.

El dolor moral se expresa por una auto depreciación que puede llegar a una auto-acusación, un sentimiento de culpabilidad.

Los psicoanalistas ubican en el centro de la conciencia del depresivo la hostilidad y la agresividad liberadas por pérdidas de objetos de amor: En la melancolía la agresividad se vuelve contra uno mismo en una actitud de "aniquilamiento" del Yo. Esta agresividad se ve siempre ligada a un sentimiento de angustia intensa.

Personalidad

La personalidad es la síntesis de todos los elementos que contribuyen a la conformación mental del sujeto a fin de darle su fisonomía psicológica propia. Esta conformación resulta de las innumerables particularidades de su constitución psicofisiológica, de sus instintos y afectos, alimentados por aferencias sensibles, sensoriales. De sus modos de reacciones al entorno, de las huellas dejadas por las

experiencias vividas durante la vida.

La noción de personalidad incluye los elementos conscientes e inconscientes del psiquismo. Es el sujeto mismo en su totalidad, su continuidad, su unidad psico-orgánica.

Numerosos elementos intervienen en la formación, el desarrollo, la fijación de la personalidad: influencias hereditarias, constitucionales, acciones del medio, de la educación, ser miembro de un grupo dominante o dominado, aplastamiento por las dificultades de la vida o lucha activa contra ellas, frustraciones, fracasos, choques emocionales, conformismos sociales o ideológicos.

La personalidad es un producto de todas las influencias normales o patológicas. Como todo proceso patológico, la tristeza perturba la personalidad que se defiende más o menos según sus capacidades de resistencia.

Concepto de trastorno de la personalidad

En la escuela tradicional francesa cualquiera perturbación psíquica, por definición, afecta uno o varios ejes de la personalidad.

En consecuencia los estados depresivos y melancólicos trastornan las percepciones, se manifiestan en la conciencia y son nítidamente percibidos por el sujeto que sufre. Los deprimidos viven una relajación de los vínculos internos que aúnan entre ellos los diversos estados de conciencia. Se produce en el sujeto la sensación de estar mal vinculado al mundo exterior o a su propio organismo físico y mental, de estar fragmentado, disociado.

Seamos prudentes frente de los esfuerzos clasificadores de las personalidades. Podemos caer en una cierta rigidez. El estereotipo

corresponde en nosotros a una necesidad de simplificación y de seguridad en el acercamiento al otro. Recordémonos al filósofo Paúl Ricoeur: "Voy al individuo armado de signos y trato de atraparlo en la red más o menos apretada de mis abstracciones".

En filosofía las palabras griega y latina de persona tienen el significado de la máscara que disimulaba el rostro de un actor al desempeñar su papel en el teatro. Sin embargo el sentido de persona como sujeto de la personalidad fue dado por el cristianismo. Uno de los primeros que usó y desarrolló plenamente esta noción fue San Agustín, aplicándola a las tres personas divinas y al ser humano donde la noción de persona toma un aspecto íntimo y pierde su exterioridad. Boecius, siguiendo a San Agustín, la define como una sustancia individual de naturaleza racional. Ella es independiente e incomunicable. En el vocabulario de la filosofía moderna los autores cristianos y no-cristianos subrayan la noción de persona como ser-en-si o ser-por-si.

La personalidad es la diferencia individual que distingue a cada persona de los demás.

Esta organización se elabora y se transforma bajo la influencia de la maduración biológica y de las experiencias personales. De hecho la noción de personalidad desborda todo análisis y aparece más bien como una fuerza de influencia, un centro de irradiación imposible de analizar y justificar objetivamente. La personalidad no se reduce ni a la inteligencia ni a un tipo de carácter. Una personalidad se realiza, es una fuerza difusa irreductible a cualidades particulares.

1. En la Escuela Francesa, el concepto de trastorno de personalidad se confunde con el concepto de trastorno mental siendo la personalidad siempre afectada por cualquier perturbación de una función psicológica. Una depresión siempre influencia la mente total, superficial o profundamente. Todo sufrimiento mental es parte indivisible y profundamente interrelacionada en la personalidad. La tristeza de la depresión adolescente impregnará siempre el conjunto del aparato mental dejando una huella ligera o profunda.

2. El DSM4 clasifica en categorías los trastornos de personalidad como tipos agrupando criterios muy definidos, es el modo tradicional de organizar y transmitir la información en el diagnóstico médico. Pero las categorías funcionan mejor cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos y cuando hay fronteras nítidas entre clases mutuamente excluyentes. El DSM4 no afirma que los trastornos mentales tienen fronteras absolutas diferenciándolos de otros o de la normalidad. Tampoco plantea que todos los individuos con el mismo trastorno se parecen en todos los aspectos importantes. El clínico considera que los individuos compartiendo un mismo diagnóstico son probablemente heterogéneos incluso en los rasgos definiendo el diagnóstico y que los casos fronterizos son de diagnóstico difícil.

Se sugirió que el DSM4 se organizara según un modelo dimensional más que categórico. Un sistema dimensional clasifica las presentaciones clínicas basándose sobre una cuantificación de atributos más que categorías. Este sistema funciona mejor en la descripción de fenómenos que son distribuidos en forma continua y que no tienen fronteras claras. Los sistemas dimensionales aumentan la fiabilidad, transmiten más información clínica y pueden reportar fenómenos de bajo del umbral del sistema categoría. Pero han tenido limitaciones serias y hasta ahora han sido menos útiles que el sistema de categorías en la clínica y la investigación psiquiátrica. Las descripciones por dimensiones midiendo intensidad según funciones psicológicas son mucho menos utilizadas que las categorías de los trastornos mentales. Quizás, con el desarrollo de las investigaciones, los sistemas dimensionales podrán gozar de una mejor aceptación y permitirán asociar espíritu de geometría y de finura en la descripción de los adolescentes.

Considero que todos los estados depresivos de la adolescencia tienen algunas raíces en la infancia. La experiencia de la tristeza marca obligatoriamente la construcción de la personalidad. Por eso dudo que el concepto de adolescencia como una ruptura sea un paradigma muy útil para una comprensión de

nuestros pacientes. Creo mucho más en una continuidad evolutiva modificada por los desafíos de la adolescencia.

La tristeza puede activar la violencia, la agresión, la impulsividad y eso parece organizarse en una preestructura que se constituye antes de la adolescencia en forma encubierta o patente. La adolescencia por su turbulencia puede facilitar el actuar vinculado a la tristeza, pero no creo que puede transformar al adolescente en una persona violenta en forma estable sin antecedentes disruptivos infantiles. En general, esas manifestaciones violentas necesitan un comportamiento forjado más precozmente en el desarrollo.

Imaginar que un estado depresivo del eje I vendría a influir sobre los trastornos de personalidad de eje II me parece un artificio de la clasificación, quizás una representación inconsciente de una topografía neurológica heredada de las localizaciones cerebrales. De nuevo los modelos dominantes en medicina tienen dificultades a considerar el cerebro como un órgano unitario donde cada experiencia influye sobre toda la organización del ser. La personalidad es una organización evolucionando toda la vida, el ser se forma más flexiblemente durante los primeros años sin embargo este proceso no se termina con la adolescencia. La vida mental se mueve y cambia a lo largo de toda la vida aunque más lentamente en la vida adulta. Creo que cuando un adolescente no ha tenido vivencias depresivas durante la infancia y la prepubertad eso produce que los episodios depresivos de la adolescencia sean menos marcadores de la personalidad y que saldrá más fácilmente de la depresión.

Veo aparecer, sin descartar alternativas, dos caminos de depresión en el niño y el adolescente. Un primero de introversión, que aparece a temprana edad, afecta un niño inhibido, muy prudente, temiendo lo nuevo, dependiente, evitativo, mentalizando mucho. En su difícil conquista del mundo obtiene pocas satisfacciones relacionales y sociales, se repliega, se frustra, se entristece de sus pequeños fracasos, de sus temores, de su poca auto-afirmación. Eso puede llevar a la depresión adolescente, edad en la cual se necesitan cualidades de

comunicación, de competencia, de afirmación, de asertividad, de confianza en uno mismo, de audacia. Esas actitudes inhibidas producen sensación de fracaso, de debilidad, de inferioridad que alteran fuertemente la confianza en uno-mismo y crea negativismo, desvalorización, tristeza, temores que llevan a la depresión.

Hay una segunda vía extravertida: Es un niño activo, explorador y atrevido al exceso. Audaz, desinhibido, conquista el medio sin medida, buscando una inmediata satisfacción de sus deseos y impulsos. El progresa en su desarrollo en forma atropelladora. Su entorno trata de frenar su impulsividad, su excesiva actividad, poco respetuosa de los límites. Este niño se topa con frustraciones, rechazos, fracasos y críticas. Pero constitucionalmente preparado a enfrentar, él se frustra, se entristece, se enrabia, percibe el mundo como agresor y responde con la agresión, el exterioriza su malestar y mentaliza poco. Este estilo se va consolidando en la entrada en la adolescencia y su tristeza se actúa en forma agresiva, impulsiva a través de las respuestas construidas anteriormente.

Describo dos vías de desarrollo que se pueden asociar en varias proporciones en el mismo adolescente.

Conclusiones

Abordé el tema "relaciones entre depresión y personalidad adolescente". Como psiquiatra de adolescentes, mi experiencia me motiva a recordar la necesaria finura psiquiátrica cuando analizamos las relaciones dialécticas complejas de esos dos términos. Siguiendo el pensar de Francisco Varela preguntaría: qué llamamos dialéctica? El término dialéctica describe propiedades que se relacionan de manera que una cosa no puede existir sin la otra, que una adquiere sus propiedades de su relación con la otra, que las propiedades de ambas se desarrollan como consecuencia de sus interacciones.

Eso nos dice que la mente adolescente, en su juego con el afecto, está en interrelaciones constantes y eminentemente móvil. Me preocupa que nuestro excesivo anhelo clasificador, muy impregnado por la ciencia

computacional actual nos esconda la comprensión del funcionamiento mental adolescente tal como nos lo sugieren los últimos adelantos de las neurociencias. La computación dominante en las clasificaciones se centra sobre la idea de un procesamiento de la información externa elaborada paso a paso para constituir una representación central. Este paradigma fundador de la computación no sirve para la biología de la mente. En particular se confirmó recientemente la Ley de Reciprocidad de constitución del cerebro: si una región A conecta con una región B, B conecta recíprocamente con A, aunque sea a través de una vía anatómica distinta. Nuestro cerebro tiene un paralelismo distributivo enorme muy distinto a una computadora. Esta **multiplicidad multidireccional** hace que la vida cognitiva no sea centralizada.

El procesamiento de información externa sucesivamente elaborada para reconstituir un representación central, fundamento de la computación digital, no sirve para la biología. El cerebro es una infinita y constante recomposición de redes y subredes sin evidencias de una composición estructurada de arriba abajo, cosa típica de la computación. Es insensato hablar de los cerebros humanos como si fabricaran pensamientos o afectos como una fábrica haciendo automóviles. La diferencia radica en que los cerebros utilizan procesos que se modifican a si mismos, y eso significa que no podemos separar estos procesos de los productos que ellos creen.

El adolescente no puede tener su personalidad por un lado y sus afectos tristes por el otro. Todo está en constantes interrelaciones, incluyendo no solamente el cerebro sino todo el cuerpo. La mente no está toda en la cabeza porque el cerebro está esencialmente ligado a la movilidad y actividad de todo el cuerpo: cuando uno se mueve desarrolla un cerebro. Para que exista una mente tiene que haber manipulación e interacción activa con el mundo. El espacio surge como producto del movimiento y es totalmente inseparable del hecho que tengamos que manipularlo a través de una conducta sensoriomotriz.

Fenomenológicamente nuestras personalidades no presentan una división clara entre la mente por un lado, y el afecto por el otro. Uno de los descubrimientos más impactantes de los últimos años es que el afecto o la emoción están en el origen de lo que hacemos todos los días en nuestro manejo e interacción con el mundo. La razón racionalizante es lo que surge en el último estado de la emergencia de la mente. La mente es algo que surge de la tonalidad afectiva anclada en el cuerpo adolescente. El afecto es una dinámica pre-reflexiva de autoconstitución del Yo. El afecto es primordial, en el sentido que soy afectado o conmovido antes que surja un "Yo" que conoce. Esta cualidad preverbal del afecto la vuelve inseparable de la presencia de los otros. En la mente adolescente la tristeza es como un organizador de base que difunde desde lo preconceptual, invade todo el aparato mental y tiene efectos difusores y pervasivos. El afecto es primordial, pertenece al campo del prelenguaje y en su movimiento ascendente impregna el aparato mental del adolescente y el nuestro.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. Fourth Edition 1994. Washington, DC, American Psychiatric Association.
2. Eisenberg L.: The Past 50 Years of Child and Adolescent Psychiatry: a Personal Memoir. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2001, 40:7, 743-748.
3. Ey H et coll.: Manuel de Psychiatrie, 167-203 - 1989, Masson Paris.
4. Julia D.: Dictionnaire de la Philosophie Larousse-Bordas 1997, Paris.
5. Marcelli D., Braconnier A.: Psychopathologie de l'Adolescent. 3e édition Masson Paris 1992.
6. Porot A.: Manuel Alphabétique de Psychiatrie. Presse Universitaire de France, 1994, Paris.
7. Varela F.: El Fenómeno de la Vida. Dolmen Edición, 2000 Santiago de Chile.

Una comprensión eco-sistémica, co-activa y de trauma en abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar. ¿Es posible?

Ps. Karla Alvarez Kozubová

Introducción

¿Constituye un aporte la comprensión psicoanalítica de trauma en los actuales modelos de intervención del abuso sexual infanto-juvenil? ¿Podrá un interventor social, sea psicoterapeuta u otro, acuñar estos conceptos, sin que ello sea un abuso a la teoría o transgresión de límites?

La práctica psicoterapéutica se desarrolla en variados contextos: esta pregunta surge principalmente en dos, el primero desde equipos multidisciplinarios, generalmente dependientes de gobiernos locales o centrales, el segundo de la atención en la consulta privada. Un número importante de equipos especializados en las temáticas de violencia intrafamiliar en Chile (1) adscriben al modelo ecológico, de control social y redes. Donde el abordaje del abuso sexual infantil individual es variado y nutrido de experiencias extranjeras (2). Es necesario destacar que rara vez se define allí la comprensión de trauma. En tanto, en la privacidad de la consulta particular, la mirada psicoterapéutica encuentra su campo tradicional de acción. ¿Se podrá incorporar una comprensión de redes y co-actividad en el contexto de psicoterapia individual en clínica privada?

Desde mi experiencia clínica en los dos ámbitos referidos, me atrevo a señalar cómo frente a un caso de abuso sexual atendido en contexto psicológico-psiquiátrico tradicional la hipótesis de abuso sexual infantil se tiende a relativizar, invisibilizar, o asumir como experiencia pasada, frente a la cual se interviene en, la por cierto importante tarea de, reducir la psicopatología precoz o tardía (como son los síntomas ansiosos, disociativos, conductas suicidas, estrés post-traumático, etc.). Esta intervención no asegura necesariamente las condiciones imprescindibles de protección del niño/a de ser expuesto a nuevos abusos.

En tanto, desde el abordaje multidisciplinario y especializado en maltrato infantil, la realidad material de los hechos puede ser asumida precozmente, se despliegan acciones de control social, se protege al niño/a. Todas intervenciones importantes para reinstaurar una normativa social transgredida por quien abusa y sus testigos "ciegos". Sin embargo, abrir prematuramente el abuso en una familia, sin el adecuado contexto de sospecha (con indicadores psicológicos, comportamentales de la niña/o y sus cuidadores, registro de otros interventores, factores de riesgo asociados, etc.), conlleva al riesgo de no contar con un adulto protector para mantener el resto de la intervención, y aún estando presente puede llevar a una judicialización temprana que de no ser sustentada cabalmente, termina en sobreseimiento judicial. Situación que para quien abusa significa impunidad a sus actos, y para la niña/o nuevos sentimientos de desconfianza en los adultos (3), re-victimización, silenciamiento y nuevos encapsulamientos del trauma. Otro aspecto relevante de señalar es que en estas intervenciones se puede desestimar la particularidad y especificidad del trauma, en cuanto a que estas experiencias traumáticas se originan predominantemente en el medio familiar, que debería brindar protección, por tanto es necesario reconocer y abordar las consideraciones psíquicas de los procesos abusivos, entender la relación entre síntomas de la niña/o, relación con quien agrede y el manejo del contexto social.

1 Me refiero principalmente a los dependientes del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y Servicio Nacional de Menores (SENAME).

2 Aportes importantes son los de Eliana Gil en Play Therapy with abused children

3 Agradezco la experiencia y generosidad de la Abogada Fabiola Maldonado (Fundación Previf y Centro de I. Municipalidad de Santiago).

Los casos de abuso sexual infanto-juvenil pueden ser derivados directa o indirectamente. La derivación directa es hecha generalmente por los tribunales de menores, civiles o del crimen, establecimientos de salud, como también por establecimientos pre-escolares y escolares, que en sus diversas acciones, como las realizadas en la comuna de Santiago de talleres preventivos de conductas de auto-protección, son testigo de develamientos de abuso sexual. Son estos últimos, los que predominantemente derivan casos por motivos indirectos, pudiendo o no tener la sospecha de abuso, dentro de los cuales están los síntomas externalizantes como hiperactividad, distractibilidad, problemas conductuales, dificultades en el proceso de aprendizaje, entre otros. En los ámbitos de salud otras manifestaciones psicopatológicas como fobias, trastornos de la alimentación, intentos suicidas, abuso de sustancias, trastornos disociativos de conciencia entre otros, son expresión sintomática de los abusos, dejan desconectada la vía entre síntoma y su origen. Si el síntoma es la única forma de comunicación de aquello que no puede nombrarse de otro modo, puesto que no quedó registrado para ser nuevamente evocado, no es entendido por la niña/o, sólo se repite, quedó puesto en un cuerpo que habla por lo que la mente no logra representar: el trauma. De un importante grupo de casos ni se sospecha siquiera.

¿Es posible pensar psicoanalíticamente en un Centro de Atención de Violencia Intrafamiliar, que interviene desde el control social? Un centro que protege activamente a la víctima y a su familia. Que señala y notifica la realidad del abuso. Y que luego desea apoyar en la reparación de aquello que puso en riesgo la continuidad del ser, para también, reparar los efectos traumáticos de las medidas de protección tomadas hacia la niña/o. ¿Qué modelo psicoanalítico sería más conveniente? ¿Cómo se puede a su vez integrar la realidad material en el afrontamiento de pacientes en psicoterapia, por ejemplo en pacientes adultas que tras un proceso abren un registro somatosensorial, no representado, difícil de ser recordado mentalmente?

Pienso que sí y me permito usar de analogía la

práctica fotográfica. Abrir el obturador permite dimensionar más aspectos de la realidad, en tanto cerrarlo permite detenerse en algo particular, quizás microscópico. Si le preguntamos al fotógrafo qué aspecto del entorno fue mejor para sus fotos, la figura o el fondo, seguramente no podrá complacernos con una respuesta dicotómica. Ambos son necesarios, la figura no se sostiene a sí misma, requiere de un contexto. Así es, para intervenir en abuso sexual infanto-juvenil y otros maltratos en contexto intrafamiliar es necesario usar el modelo ecológico, que en círculos concéntricos incluye los distintos sistemas sociales involucrados en la generación, mantención y cambio del abuso. Y la dimensión individual, intrapsíquica ejemplifica la figura, el primer plano de la foto.

A lo largo de este trabajo expondré aspectos centrales respecto al abuso sexual infanto-juvenil: desde su definición, magnitud, características y secuelas a corto y largo plazo. Me referiré a modelos comprensivos y de intervención en abuso sexual, que incluyen los aportes de Brofenbrenner (Corsi, 1994), Barudy (1997), Perrone (1997). Finalmente revisaré brevemente la evolución de la teoría del Trauma, desde la mirada psicoanalítica, ejemplificada en dos viñetas.

Algunas consideraciones básicas sobre Abuso Sexual Infanto-Juvenil

Existen diversas definiciones de abuso sexual que coinciden en los siguientes puntos: asimetría de edad entre víctima y quien abusa, acciones sexuales hechas por un adulto, incapacidad de discernimiento o ausencia de consentimiento por parte de la niña/o, abuso de poder, entre otros. Para este artículo consideraré la definición que guió el trabajo de la línea de atención en maltrato infantil del Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar de la Municipalidad de Santiago: aquel delito, que ocurre en un proceso que va desde la seducción a la interacción de contenido sexual y la instalación del secreto, por parte de un adulto o adolescente, que usa su poder y/o autoridad, y/o abusa de su confianza para involucrar al niño/a en actividades sexuales. Para lograr este objetivo, quien abusa puede

utilizar diversos trucos y manipulaciones, como regalos, amenazas, engaños o directamente usar la fuerza física para conseguir la participación sexual del niño/a (4). Quien agrede sexualmente es generalmente un conocido de la víctima y hombre, que genera en principio juegos de seducción y privilegio para la víctima, resultando esto confuso, ambivalente y con sentimientos de culpa para la niña/o.

La definición puede considerarse como un ejemplo de búsqueda de integración entre los modelos citados. Por una parte la definición ubica el abuso en una realidad material, jurídica y social, contextualiza su comprensión en una dimensión macro y exosistémica al señalarlo como constitutivo de delito (Ley 19.617). Por otra parte, considera el abuso en un continuo de creciente connotación sexual, donde quien abusa ejerce una paulatina y sistemática transgresión a los derechos de otro. Por lo tanto, esta definición permite mirar los daños en las víctimas con la calma y seriedad que requieren estas experiencias traumáticas complejas, de efecto continuo, no solamente por la acción de quien agrede sino también por las maniobras del sistema terapéutico y sociolegal. Finalmente, la definición ubica la figura de la niña o niño, quien ha desarrollado particulares sentimientos, reacciones y heridas psíquicas difícilmente compatibles con una lista predeterminada de síntomas. La validez y necesidad de conceptuar el trauma parece entonces relevante.

El abuso sexual infanto-juvenil asume las características de un proceso que se prolonga durante años (el 70% de los abusos se prolongan por más de un año (Finkelhor, 1984)). Desde que se inicia, va aumentando la frecuencia y complejidad de las conductas abusivas. Cifras chilenas dan cuenta de que esta frecuencia y repetición del abuso sexual se da en niñas entre 6-8 años de edad, con predominio de una frecuencia semanal (5).

Autores nacionales y extranjeros describen el proceso abusivo, diferenciándolo en fases. Barudy (1991, 1997, 1998) describe cinco fases: fase de seducción interacción sexual abusiva secreto divulgación fase represiva. En tanto, Perrone y Nannini, (1997) describen el proceso abusivo en tres etapas: la efracción,

programación y captación. Para una adecuada evaluación y diseño de intervención es necesario reconocer la etapa de abuso sexual en que se encuentra cada niño/a y su entorno próximo, aspectos que profundizaré más adelante.

La magnitud de los abusos sexuales es difícil de establecer. La mayoría de los casos no son denunciados ni por las víctimas, ni sus familias ni profesionales que en ejercicio de su actividad conozcan de éstos. Los equipos de salud y agentes sociales esperan validar el diagnóstico con una realidad material de daño que en un mínimo porcentaje de casos se observa. Algunos estudios describen en un 30% de casos un examen físico confirmatorio (Goldberg y Kuitca, 1994), en tanto cifras parciales (6) de la Unidad de Sexología Forense del Servicio Médico Legal de Santiago indican que sólo en un 1,15% de los casos el diagnóstico se basó exclusivamente en lesiones físicas, siendo en un 65,51% de los casos el fundamento exclusivo del diagnóstico el compromiso psicológico secundario al abuso, sin evidencias físicas.

Para estimar las cifras de abuso sexual infanto-juvenil deben considerarse los casos nuevos (incidencia) como también los registros retrospectivos (prevalencia). Finkelhor (1994) realiza un análisis de las 19 investigaciones mejor planteadas en Canadá, Estados Unidos e Inglaterra y concluye que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres dicen haber sido abusados sexualmente en la niñez. Otros autores señalan que el 25% de los niños y 33% de las niñas tienen algún tipo de experiencia sexual con adultos. En Chile, la relación de niños/niñas abusadas sexualmente es de 1/4. En establecimientos escolares de Santiago Florenzano et al. (1992) encuesta a 1.904 adolescentes (10-19 años), encontrando un 8,25% de prevalencia de abuso sexual, en tanto Gray et al. (Fernández, 1997) halló que un 11,1% de adolescentes entre 14-19 años de

4 Definición de Talleres de Conductas de Autoprotección-Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar, Municipalidad de Santiago, 1995.

5 Depto. Ginecología Forense Servicio Médico Legal, Agosto 1988 a Marzo 1989.

6 Muestra de 87 niñas/os entre Abril de 1994 y abril de 1995.

sectores populares de Santiago de Chile, sufrió algún episodio de abuso sexual.

En cuanto a los factores de riesgo asociados al abuso sexual infanto-juvenil cabe señalar los siguientes: son: ser mujer entre 5 y 12 años de edad, tener discapacidad, percibir la vida familiar infeliz, con baja autoestima, baja asertividad, timidez e inseguridad. Tener una socialización rígida y autoritaria (niñas/os sumisas, obedientes, con un desarrollo deficitario de los patrones de reconocimiento y expresión de sentimientos, con desconocimiento del propio cuerpo y la sexualidad, inseguros del amor de sus padres o cuidadores por falta de manifestaciones explícitas, aislados socialmente, que no tienen en quien confiar). Un 46% de las niñas abusadas vuelven a ser abusadas. Presentar vínculos afectivos debilitados (prematurez o separación temprana, rechazo del nuevo conviviente, hospitalizaciones repetidas e institucionalización). Los factores de riesgo asociados a la situación familiar son: violencia intrafamiliar, abuso de poder, rivalidad, transgeneracionalidad de la violencia, ser expuesto a promiscuidad, aislamiento social, convivencias sucesivas, con cuidadores consumidores de alcohol y/o drogas. Falta de relaciones de apego con las figuras guardadoras, frecuentes cambios de domicilio y factores situacionales como temporal alejamiento de la madre del hogar por parto o enfermedad.

Los indicadores, síntomas y efectos del abuso sexual infanto-juvenil varían dependiendo de múltiples factores, como son: la etapa evolutiva de la niña/o, su personalidad y nivel cognitivo, grado de dependencia-autonomía alcanzado frente a figuras protectoras, relación de cercanía emocional con el abusador, duración, frecuencia y fase alcanzada del abuso, tipo de develamiento (accidental, precipitado o intencional), uso de fuerza física, reacción de la madre y entorno, capacidad de formar nuevas relaciones menos ambivalentes o de rechazo (asociadas al abuso).

Los síntomas pueden aparecer inmediatamente o meses, incluso años después (gestos suicidas en la adolescencia, depresión y disfunción sexual en la adultez). Dentro de los efectos

observados en las niñas/os abusadas está la perturbación de la imagen de sí misma: con un deterioro de la autoestima, en un 70-80% mayor cuando quien abusa es padre o sustituto (López et al 1995), sentimientos de impotencia, vulnerabilidad, pérdida progresiva de confianza en sí misma/o y en los otros. Presentan problemas en la sociabilidad e identidad. Finkelhor y Browne (1985) plantean que el abuso sexual infantil deforma el concepto de sí mismo de la niña/o, altera su juicio de realidad, distorsiona el propio valor y altera la conservación de la identidad (López, 1995). Quien abusa ejerce mucho poder en la niña, frente a lo que la niña aprende adaptarse en el mundo según dicha relación de dominio-control, sintiéndose extremadamente limitada. Las niñas víctimas de incesto se perciben incluso feas (Barudy, 1998), sin protección y con la sensación de daño irreparable. Común es observar niñas con conductas erotizadas, como único modo de recuperar el dominio de sí mismas, lo cual devela una alienación sacrificial (al estilo del vampirismo infantil), ante una sexualidad traumática e inapropiada para la edad.

Otro efecto observado son las reacciones emocionales como culpabilidad, vergüenza por haber participado y por el develamiento; pero principalmente por haber sentido placer. Si bien las niñas temen a nuevas agresiones, predomina en ellas el temor y preocupación por las consecuencias que tenga la revelación de los abusos. Consecuencias para la familia, para sí misma (estigmatización, temor a la posibilidad de un vínculo: “¿podré querer a alguien?”) y para quien abusó. De él temen que cumpla sus amenazas. Las niñas y adolescentes presentan sentimientos depresivos, muchas veces no integrados, expresados de manera indirecta con auto y heteroagresión. La agresividad entendida como defensa y posibilidad de instalar una distancia. Aparecen autoreproches similares a las fases de duelo y fantasías de conducta agresiva e impotencia. La disociación ideo-afectiva, sentimientos de rechazo, pseudomadurez y somatizaciones. Todo lo anterior corresponde al Trastorno de Estrés Post-Traumático (DSM-IV) donde las escenas abusivas son revividas a través del pensamiento intrusivo diurno (Flashbacks) o nocturno

(pesadillas). Con evitación de estímulos asociados al evento traumático, produciendo un embotamiento o anestesia psíquica, con distanciamiento o extrañeza del mundo (despersonalización y desrealización), falta de interés para disfrutar de actividades antes placenteras, incapacidad para recordar aspectos ligados al trauma (amnesia) y estupor. Es decir, sobre la base de la represión. Otros autores plantean el Estrés Post Traumático Complejo, considerando las características de abuso prolongado (Bravo, 1994), en el ámbito privado, que cuando es desnormalizado por la niña o adolescente produce sentimientos de desprotección de las figuras parentales y vergüenza.

Modelos comprensivos y explicativos

La perspectiva ecológica, propuesta por Bronfenbrenner (Corsi, 1994) para la investigación del desarrollo humano, considera necesario el estudio de múltiples sistemas-contextos en que se produce un determinado fenómeno. Define tres sistemas en círculos concéntricos, que van desde el macro, al exo y al microsistema. La interacción de todos ellos, además de la propuesta por Corsi, la dimensión individual, permitirá construir un marco conceptual integrativo que articule y sostenga las múltiples intervenciones necesarias en fenómenos como el abuso sexual.

La perspectiva del pediatra y psicoanalista inglés, Donald Winnicott también es un aporte, al referirse al rol de una 'madre-ambiente' que media entre las necesidades del sujeto, facilitándole el desarrollo. Desde los aportes de Winnicott las situaciones traumáticas se constituyen como una falla del medio ambiente en su rol de mediador de estas necesidades (1996).

Cada vez mayor consenso tiene entender el maltrato infantil (dentro se sitúa el abuso sexual) como un problema multicausado, arraigado en creencias y costumbres culturales, que casi en un automatismo se reproducen de generación en generación, mantenidas y socializadas por las escuelas, los sistemas de salud, la justicia, entre otros. Visualizar todos y cada uno de los factores explicativos del maltrato, desde los

aspectos individuales, microsociales, institucionales hasta los macrosociales, requiere desarrollar intervenciones a múltiples niveles, que incluyan la promoción (para permear las creencias y modelos culturales), la coordinación y capacitación con instituciones y por supuesto, la reparación de la problemática, para los afectados (niños/as y familia). Implica pensar, que en la generación de un cambio, de conversión de lo violento hacia el reestablecimiento del "respeto por el otro", se hace necesario registrar y cortar las múltiples violencias; para imaginar, crear y recrear una práctica social que incluya a todos los afectados, no sólo a quienes reciben los malos tratos sino también a quienes los ejercen, los observan (como la familia y la comunidad) (Álvarez y Herrera, 2002). Lo anterior se encuentra descrito en los trabajos de Ravazzola (1997), Barudy (1991, 1997), Corsi (1994) y otros, cuando aluden a la importancia de los testigos, otros, testigos presentes o ausentes, de las violencias.

El abuso sexual en el contexto intrafamiliar o de cercanos al niño/a, implica relaciones con escasos límites entre adulto y niño/a-adolescente. Tránsito a la integridad de sus miembros, especialmente vulnerables por su género, edad o condición de salud. El modelo co-activo reconoce prioritario re-instalar la normativa social de no abuso (Cirillo y Di Blasio, 1991). Co-acciona, obliga a actuar a cada agente social, especialista o no, en el ejercicio de las funciones que le corresponden, pudiendo diferenciar los roles profesionales claramente, sin que ello signifique diluir responsabilidades. A menudo esta explicitación de límites en el accionar genera sentimientos encontrados en profesionales de salud mental y trabajo social, quienes movidos por una función de ayuda y comprensión, no desean ni visualizan la denuncia u otro mecanismo de control social como promotor de cambio, sino sólo como delator. Sin embargo, frente al abuso sexual intrafamiliar se requiere la potencia de una intervención jurídica y social, que reinstale la norma. Sin ésta, las intervenciones terapéuticas aparecen manipulables por el poder de quien abusa y silencia. Generar una crisis en esos contextos permitirá protegerse de la intensa anestesia que generan las creencias justifica-

doras de los malos tratos. La claridad de funciones en quienes intervienen con la niña/o y su familia cuidadora contribuye en devolver a la víctima una realidad definida, predecible (Álvarez y Herrera, 1999).

El Control Social permite a los diversos agentes sociales utilizar mecanismos formales e informales (normas, leyes, creencias o valores) para ejercer presión en pro de prevenir la violencia intrafamiliar, detener las agresiones en este contexto, proteger a las víctimas y velar porque estas situaciones no vuelvan a ocurrir allí (7).

El control social considera a la comunidad en su conjunto y no sólo a los especialistas, puesto que la propia comunidad ocupa el espacio donde emerge la violencia, entonces no sólo la génesis y reproducción de los abusos se da en el espacio social, sino también la posibilidad de una interacción material y simbólica para la construcción de relaciones basadas en el respeto irrestricto a los derechos de las personas (Álvarez y Herrera, 2002).

Perrone y Nannini (1997) postulan un abordaje sistémico y comunicacional de los abusos sexuales intrafamiliares. Centran su interés en el tipo de comunicación desarrollada por quien abusa sexualmente y los efectos de ésta en la niña/o y entorno familiar. Señalan que quien abusa sexualmente desarrolla una comunicación abusiva, comunicación que rompe registros comunicacionales y contextos, es cambiante, dispone de una posibilidad de romper la lógica del discurso, con un lenguaje de orden, con un modo particular y muy cambiante de hablar. Por ejemplo, quien abusa puede hablar inicialmente como alguien protector pero rápidamente cambiar a un lenguaje de amenaza, o de conciliador cambiar bruscamente a violento. Todo lo cual produce en el interlocutor incomprensión e intentos por entender cada uno de los mensajes que han ido cambiado. Sin embargo este esfuerzo es infructuoso y genera fatiga y actitud pasiva en la víctima. La comunicación abusiva se da en

un sentido único sin escucha, en un orden y autoridad, buscando obtener un efecto (obediencia, acciones, etc), sin admitir duda ni discusión, con un lenguaje de amenaza velada ("si hablas..."). El principal efecto de esta comunicación abusiva es generar, en su víctima y entorno, un estado de conciencia modificada denominada hechizo. Este estado sería similar al de un estado de trance, implica modificación de la percepción, del comportamiento, predomina la sugestión por sobre la realidad, hay sensación de extrañeza entre otros aspectos (Perrone et al, 1997).

Las descripciones de Perrone y Nannini permiten hipotetizar respecto a qué le sucede a una persona que llega ser influenciada por otra sin su consentimiento ni menos sin su conocimiento, no ve, ni escucha nada de lo que sucede cerca. Esto permite comprender la actitud de algunas madres que dicen no haber escuchado nunca lo que acontecía en la habitación contigua.

Perrone et al reconoce la característica de proceso del abuso sexual infanto-juvenil. Tal como señalé antes, describe tres experiencias en el abuso que conllevan a la modificación de conciencia; éstas son: la efracción, captación y programación.

La efracción implica penetrar la propiedad de otro, romper las fronteras y límites para ir en busca de lo que se desea. Abusar sexualmente a niños/as o adolescentes implica, para quien abusa, entrar al mundo físico y psicológico del niño/a. Es así que muchas veces la niña/o abusada tiende a no hablar, como un esfuerzo por recuperar su territorio. La captación, implica "encerrar" a la niña o niño víctima. Quien desea abusar utiliza sus sentidos para hacer venir al otro a su territorio ('trampa') y así privarlo de su libertad. Quien abusa puede usar una mirada transgresora, o una particular forma de tocar la mano de la niña/o, o con una determinada palabra logra instalar un estado de conciencia alterado. La programación constituye una experiencia donde la niña/o queda atrapada/o en una situación de la que no puede escapar, aunque tenga las puertas abiertas. Dentro de la programación se encuentra: el despertar sensorial, con un repertorio de sensaciones que

7 Definición operacional del Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar I.Municipalidad de Santiago.

van más allá de lo que se puede experimentar y controlar; la erotización precoz, con excitación no canalizada, que expone a la víctima a una repetición del abuso; el recuerdo de lo anclado, donde la experiencia que ya ha sido incorporada, puede ser reactivada con mínimas estimulaciones. El secreto, mantiene la relación abusiva bajo inmunidad, es inconfesable, manteniendo un pacto secreto, que liga patológicamente a quien abusa con su víctima, dejando la responsabilidad de los hechos en la propia víctima, la niña/adolescente queda con sentimientos de fatalidad, vergüenza por lo sentido (somáticamente), certeza y sentimiento de una escapatoria imposible, sin control personal. Las tres fases de la comunicación abusiva aportan en la comprensión e intervención de los casos abusados en contexto intrafamiliar. Además permiten justificar lo inadecuado de la cercanía física o de las visitas de una niña abusada con su abusador. Las niñas y niños requieren distancia física concreta de sus agresores, no sólo para evitar ser nuevamente abusados sino para poder liberarse de esta comunicación abusiva e intrusiva que ha instaurado el abusador en su mente. Una sola mirada del agresor puede hacer eclosionar la cadena abusiva.

Hacia una comprensión de Trauma

El Psicoanálisis ya en sus inicios se preocupa de los malos tratos y del abuso sexual (incestuoso), considerando sus consecuencias clínicas y terapéuticas. Para ejemplificar esto cabe recordar la relevancia teórica que tiene la mitología de Edipo en el psicoanálisis.

Sabido es que Edipo intenta esquivar el designio de amar a su madre y matar al padre, pero tal tragedia se inicia mucho antes cuando Edipo (recién nacido) es abandonado por ellos, en lo que hoy entendemos como un maltrato grave, validado y justificado por múltiples creencias de los adultos, como por ejemplo: abandonarlo para evitar fatal designio. Edipo sobrevive y es recogido por sus cuidadores, y privado de la verdad de su origen. Considerando este mito se puede ver la relevancia otorgada por Freud al registro de lo traumático, donde Edipo hace una carrera moral trágica buscando deshacerse de algo que no sabe ni entiende (el trauma), en

un círculo repetitivo y casi determinista, que no ha permitido nombrar tal horror ni reconocerse víctima.

Los planteamientos psicoanalíticos respecto a trauma son diversos. Algunos reconocen una realidad material-biográfica de características traumáticas que impacta el aparato mental (Ferenczi, Winnicott, Kris, Khan entre otros) , otros centran su análisis en una realidad intrapsíquica, cargada de deseos instintivos que al ser reprimidos se estructurarían en trauma, en tanto hay planteamientos psicoanalíticos que integran la realidad material con la intrapsíquica (aquello que se recuerda no es lo que necesariamente ocurrió, ya que un recuerdo puede servir de "encubridor" de otros más tempranos (Sandler, 1967 en Good, 1995).

En este trabajo destacaré el proceso recorrido principalmente por Freud en su encuentro con hechos traumáticos. Primeramente Freud registra numerosas historias de mujeres adultas que en su infancia recordaban seducción por parte de figuras adultas. Luego, Freud desestima lo referido por sus pacientes por no creer la prevalencia de tales hechos (mis histéricas me mienten, señaló). Cabe recordar que Freud vivía en una Viena de finales del siglo IX, formal y conservadora en costumbres y tradiciones, con jerarquía autoritaria entre adultos y niñas/os, con una socialización rígida y diferenciada entre hombres y mujeres. Y tal contexto sociocultural y con determinado modelo de creencias, sin duda ejerció una presión isomórfica en sus planteamientos. De manera que desarrolló la teoría de la seducción. Teoría que ha influido en sus sucesores, retardando una intervención oportuna en niñas/os traumatizados realmente por los adultos, como también ha generado persistente crítica en autores especializados en temas de infancia y malos tratos (Barudy). Hoy sabemos que una de las dificultades en abordar eficientemente el abuso sexual intrafamiliar se relaciona con las creencias compartidas socialmente, creencias como la obediencia ciega de los niños/as hacia los adultos, la bondad de los padres hacia sus hijas/os, todas que tienden a minimizar, justificar e incluso normalizar tales actos (tanto para quien ejerce el abuso, como para quien lo padece y para quien es testigo de ello).

El aporte de Freud ha sido introducir la palabra trauma a la psicología, por lo que, estimo relevante revisar sus alcances, en busca de distingos y aportes que superen torpes estereotipos y generalizaciones.

En sus primeros trabajos, S. Freud estudia el incesto y las violaciones infantiles dando gran importancia a la seducción de un adulto hacia el niño/a como elemento etiopatogénico de las neurosis (histeria). El trauma psíquico se referiría a circunstancias externas de gran intensidad vividas en poco tiempo y con gran aumento de excitación que el aparato psíquico no logra descargar por medios habituales. Esta falta de descarga, reacción o “abreacción” implica para la mente un tipo de almacenaje de lo vivido como ajeno, como si fuesen cuerpos extraños, sin ligadura. Las situaciones vividas son reprimidas, llevadas al inconsciente, sin poder ser tramitadas, causando síntomas duraderos en las personas. Que se curarían levantando la represión, facilitando la abreacción y la elaboración psíquica del trauma.

A partir de 1915 Freud cambia el foco de exploración, desde una realidad externa a la del mundo interno, introduce conceptos como resignificación a posteriori: “lo traumático”, relacionando los síntomas neuróticos con una realidad psíquica y fantasías de deseos más que con acontecimientos materiales. Se enfrenta a una cada vez mayor prevalencia de pacientes con recuerdos incestuosos, considerándolos más bien como memorias encubridoras que disfrazarían impulsos incestuosos de los niños hacia sus padres (Laplanche y Pontalis, 1994). Después de la Primera Guerra Mundial Freud diferencia “lo traumático” (resignificación secundaria interna) de las Neurosis Traumáticas de guerra (suceso que produce alteración específica en la vida psíquica, donde los sueños no constituyen realización de deseos sino que repetición).

En “Más Allá del Principio de Placer”, Freud (1920) reutiliza una definición económica del trauma. Donde las perturbaciones traumáticas pueden darse por aumento de estimulación externa, sobrepasando la barrera antiestímulos, o producirse por estimulación del mundo interno (pulsional) para el cual falta dicha barrera. Este

aumento de excitación no puede ser ligado, por lo que se repite a modo de tener la oportunidad de controlarlo, pero esta compulsión a la repetición no está en función del principio de placer, todo lo contrario, ya que lo que se repite son las experiencias displacenteras, que al superar la capacidad de ser tramitadas por el aparato psíquico son revividas a través de sueños o reexposición al trauma como una oportunidad de controlar aquello inicialmente excesivo. Toda energía que queda libre en el aparato mental constituye trauma, ya que para ser procesada debe estar en estado de ligadura, es decir debe tener algún nivel de representación mental de la experiencia. Al no tener representación mental, tiene registros somáticos, sensoriales, ajenos al yo.

Finalmente, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” Freud (1926) relaciona trauma con angustia, en cuanto a que frente a excesiva energía no tramitada por el aparato mental, no se desarrollaría una angustia señal. La angustia señal requiere inicialmente la formación de una represión primaria de las sensaciones somáticas, que reinvestidas y reprimidas secundariamente formarían el síntoma-angustia señal (en Del Río, 2000) del yo para evitar ser desbordado, desamparado e indefenso. Sin embargo, al no desencadenar la angustia señal, el yo se ve invadido por dentro y por fuera.

Otros teóricos freudianos clásicos aluden a trauma como aquello que se constituye en patógeno producto de una regresión a fantasías sadomasoquistas intensas. Donde la exposición a la escena primaria sería prototipo de toda experiencia traumática. En síntesis, donde el trauma sería una acción intrapsíquica más que relacional.

Fue sin embargo, Ferenczi (1933), quien en “Confusión de lenguaje entre adultos y niños” se distancia de Freud. Alude a cómo la sexualidad adulta, ‘el lenguaje de la pasión’, hacía efracción en el mundo infantil, ‘lenguaje de la ternura’, un mundo infantil que queda desprotegido a partir de las acciones de los adultos. Ferenczi refiere muchas de las consecuencias del trauma sexual temprano en niños/as que hasta la fecha observamos en la clínica. Quizás la más importante es la que

denomina como identificación con el agresor. Describe otros efectos en niñas/os traumatizadas sexualmente como: culpa, vergüenza, disfunción sexual y perversiones, disociación y *splitting* del yo (1931, 1933, 1934). Refiere que la fragmentación yoica empeora el pronóstico cuando el incesto paterno se concreta y hay desprotección materna. También diferencia la situación traumática de la estructuración psíquica post-traumática; el trauma implicaría un proceso de disolución de la personalidad, hacia estados regresivos de la mente, hasta la angustia por la pérdida del sentimiento de sí. La estructuración post-traumática estará mediada por la reacción del entorno. Cuando los adultos niegan o rechazan los pensamientos y emociones propios de la situación post-traumática, promueven que el trauma se devenga patógeno (Rojas, 2000). Ferenczi discute como "la escisión en dos personalidades", la fragmentación yoica facilita sobrevivir a una experiencia traumática (en Becker, Morales, Aguilar, 1994). Una parte destruida se mantiene escindida, lejos, fuera de otra parte que ve esa destrucción. Pero justamente este mecanismo hace casi imposible, posteriormente, acceder al trauma. Incluso si la/el paciente hace una inmersión catártica hasta la fase de lo vivido, sufre los sentimientos como en aquel momento traumático, pero aún ahora no sabe qué sucede. Al despertarse del trance, la evidencia se desvanece y una vez más, el trauma es aprehendido únicamente desde el exterior por reconstrucción, sin el sentimiento de convicción (Ferenczi 1932 en Becker, Morales, Aguilar, 1994). Para la persona traumatizada, adaptarse y sobrevivir implica la escisión yoica, antes descrita; en tanto, para quienes intervienen con estos pacientes, demanda una mirada compleja y a distintos niveles. Por una parte lo referido catárticamente queda desvinculado de la narrativa global y voluntaria de la/el paciente, queda encapsulado, por tanto dificultará su acceso en otros contextos como puede ser el judicial. No estará a disposición del recuerdo verbal. Podría decirse que está y no está al mismo tiempo; está pero no es legible para la / el paciente, por ende, no es comunicable verbalmente a otro. ¿Cómo promover la validación de otro tipo de lenguaje en contextos extraterapéuticos, como es la justicia, por

ejemplo? Esta pregunta vuelve a la formulada inicialmente.

Autores de la psicología del Yo (Anna Freud, Krystal, Howard Levine, entre otros) entienden trauma como el grado en que el Yo es sobrepasado y disfuncionalizado por estimulación excesiva inherente al trauma. Estimulación reconocida como sucesos reales, donde la patología estará mediada intrapsíquicamente, conceptualizándose respecto a mecanismos disociativos (en Florenzano, 1997).

Para autores de la Psicología del Self (Kohut, Ganzaraín y Buchelé, Davies y Frawley), el trauma se daría en un contexto relacional, en un campo intersubjetivo. Lo traumático estaría en la alteración de la interrelación del self y los objetos del self. Diferenciando los efectos del trauma según desarrollo evolutivo (Kohut). La psicopatología podría estar en relación a las defensas posteriores al incesto, defensas como la represión, escisión, negación y proyección, cuyo objeto es eliminar una memoria activa de los hechos (Ganzaraín y Buchelé). La memoria traumática tendría una encodificación simbólica, a partir de sistemas disociados del self y del objeto (Davies y Frawley). Las experiencias de desorganización, regresión repentina, hiperreactividad y respuesta traumática descontextualizada, según los autores citados, pueden aludir a trauma relacional.

Desde la perspectiva de relaciones objetales se enfatiza la importancia del significado para el niño/a de sentirse traicionado-abandonado por uno o más objetos tempranos. Es Fairbairn quien describe aspectos importantes aún vigentes en la clínica del abuso sexual infanto-juvenil, como son la disociación y los sentimientos de intensa vergüenza de la niña/o, además de los sentimientos de dolor en la relación con un objeto malo. Vergüenza que tiene relación con el desarrollo cognitivo y afectivo, donde al ser hija/o de un adulto malo lo haría ser malo también. Niños/as se autoresponsabilizan de su abuso (Ehrenberg en Florenzano, 1997).

Desde la experiencia clínica, serían los aportes de Winnicott, pediatra-psicoanalista, los que permiten buscar nexos entre el modelo psicoanalítico y el modelo ecológico y de redes,

al enfatizar el rol mediador del entorno en el desarrollo psíquico (1960, 1965 en 1996). Donde la salud implicaría continuidad del self (máxima integración posible), donde la persona puede ser uno mismo, espontáneo con un ambiente que le permita encontrarse con otros, sin ser excesivamente intrusivo. Lo importante para Winnicott es la búsqueda de una relación, más que la gratificación instintiva de un objeto-madre-ambiente (como plantea Klein). D.Winnicott, intenta explicar el desarrollo psíquico en relación al grado de dependencia con las figuras tempranas. Inicialmente el bebé estaría en un estado de “dependencia absoluta”, de ilusión y subjetividad, para atravesar, ojalá paulatina y gradualmente hacia el estado de “dependencia relativa” para finalmente llegar a una forma de ser personal (“autonomía”). La intrusión del ambiente, representado tempranamente en la madre y sus cuidados, permitirá el acrecentamiento del bebé. Pero esta intrusión debe ser paulatina, predecible, sensible a sus necesidades, donde el bebé lo siente dentro de su competencia (ilusión de omnipotencia). El trauma estaría asociado justamente a fallas intrusivas del ambiente, el ambiente no lograría servir de apoyo yoico, estaría ausente como mediador, dejando de ser predecible e interrumpiendo la continuidad de existencia del bebé/persona. La definición de trauma en Winnicott incluye el concepto de intrusión, proveniente del medio ambiente, y la reacción del individuo antes que haya desarrollado los mecanismos que hacen predecible lo impredecible. Es la destrucción de la pureza de la experiencia individual a raíz de la intrusión de un hecho real demasiado súbito e impredecible. La acumulación de intrusiones traumáticas en estadio de dependencia absoluta pondría en peligro la estabilidad mental del individuo, quedando amenazado el sentimiento de integridad, desarrollando el bebé agonías primitivas o angustias inconcebibles, que se manifiestan en los pacientes como sensaciones de derrumbe, caída. El trauma en estadios de mayor integración del self, dejan heridas pero no conllevan a las sensaciones antes descritas.

Autores contemporáneos, recogen los planteamientos de Winnicott para definir trauma y desarrollar un modelo de abordaje psicoterapéutico. Los psicoanalistas ingleses

Kinston y Cohen (1986 en Becker et al, 1994), entienden la estructura psíquica como producto de un proceso de mediación de necesidades y formación de deseos del individuo con el ambiente. Las repetidas experiencias de satisfacción del sujeto con el medio ambiente permiten borrar una necesidad y establecer una conexión mental entre necesidad y representación mental de experiencia de satisfacción. Una necesidad insatisfecha hace imposible su representación mental de gratificación y, por tanto, del deseo. El medio ambiente permitirá definir el impulso, de manera que éste no es mera descarga sino un fenómeno relacional. Esta comprensión que distingue entre necesidades insatisfechas y deseo establece una importante distinción en el tratamiento de pacientes traumatizados, a quienes la/el psicoterapeuta se debe adaptar, brindando un espacio predecible, seguro, evitando frustrarlo tempranamente, estableciendo un espacio posible para que ocurra la simbolización. El trabajo psicoterapéutico se da sobre las necesidades de un Yo, y no sobre las demandas de un Ello deseoso, al que habría que interpretar y frustrar (en Del Río, 2000).

Para Kinston y Cohen el trauma, puede ocurrir en cualquier momento de la vida. Dependiendo del desarrollo psíquico variarán los mecanismos de defensa usados por la persona, pero el resultado será siempre el mismo: un hoyo en la mente (en Del Río, 2000). Hoyo en la mente es entendido como un espacio mental inestructurado, atemporal, sin simbolización útil para la persona, su impresión en la mente no constituye una representación, por lo tanto, el trauma no es representado, pudiendo ser comunicado mediante pre-representaciones de tipo somato sensorial: acciones estereotipadas, fisiológicas, afectos e imágenes aisladas difícilmente comprensibles para sí y para el terapeuta. Son registros somáticos de lo sucedido y no constituyen una compulsión a la repetición cuyo fin sea la satisfacción instintiva de deseo (porque para ello haría falta su representación mental). Se da una repetición derivada de experiencias traumáticas que interfieren con una normal estructuración de la memoria; Lipin las describe como producciones de réplicas: en sesión la/el paciente presenta estados revividos de la manera que fueron registrados , a través

de sensaciones somáticas, actuaciones, estados de confusión y desamparo (en Del Río, 2000). El paciente se relaciona con el medio para provocar repetidamente los estados de necesidad y para revivir la experiencia traumática, de manera que ahora sí le sea predecible y sepa guarecerse (ante lo que originariamente no pudo porque le fue impredecible, amenazante e inestable).

A continuación presentaré dos viñetas clínicas. Ambas son pacientes de sexo femenino, una pre-escolar con sintomatología sugerente de haber sido abusada sexualmente, en tanto, otra es adulta joven, con antecedentes indirectos de trauma. Las vías de acceso difieren entre ambas, como también su contexto de atención (público v/s privado).

Caso 1:

Andrea, tiene 4 años, es hija única de un matrimonio disuelto por violencia conyugal unidireccional (física y psicológica), vive con su madre en la casa de origen materno. Ambos padres trabajan. Asiste a jardín infantil y pasa gran parte del tiempo con su abuela materna. Es traída a un centro municipal especializado en maltrato infantil por su madre y abuela para una evaluación psicológica. Ellas sospechan algún tipo de abuso en la niña debido al cambio conductual presentado tras regresar de un régimen de visita con su padre. Al regresar, la niña niega ser bañada por su madre y abuela. Lloro, se queja de dolor genital, grita e insulta a la madre y abuela. Andrea las trata de: "Bruja, Perra", les dice: "Filo en el potito no".

La madre consulta a su pediatra, quien diagnostica irritación inespecífica en la zona perianal y sugiere una evaluación psicológica por la reacción antes relatada. La madre conoce del centro especializado gracias a las acciones preventivas que éste realiza en la comunidad y consulta espontáneamente.

Durante la evaluación, Andrea presenta un examen mental alterado, presenta un estado de hiperalerta, con niveles de contacto oscilantes, fenómenos de tipo disociativo, lenguaje por sobre lo esperado para su edad y desarrollo psicomotor normal. Habla de una "loquilla", que se porta mal, "callejera, mentirosa, cochina" "Las

cabras rotas se hacen pichí". Se refiere a un "bandido" que "muerde la cola" "la loquilla tiene muchos problemas, le hacen sentir mal"... "se la comen a ella los..." La actividad que realiza en las sesiones de evaluación no tiene fines lúdicos, más bien de repetición patológica, donde no hay saciación ni alcanza estado de calma. Como terapeuta le pido que me presente a la loquilla, Andrea responde: "podría decirte cosas feas", pone inmediatamente cinta adhesiva en la boca de una muñeca "yo le puse scotch habla como monstruo feo". Refiere tener con "el" secretos malos. En las pruebas gráficas, muestra un adecuado desarrollo grafomotor, sin embargo las figuras tienen características fálicas, dibuja una persona con tres piernas, frente al dibujo de una persona, lo hace y tacha encima por completo, lo que puede evidenciar lo que describe Eliana Gil, respecto a indicadores en pruebas gráficas como aniquilación yoica venida desde fuera. La narrativa que elabora a partir de las producciones gráficas no tiene relación con éstas, en lo dibujado aparece la destrucción, en tanto en el discurso verbal estaría disociada la agresión. Genera una narrativa con contenidos alusivos a la desaparición, a la pérdida irremediable, a la desintegración. Habla de un gatito, "hijo de su mamá, mamá se perdió, se destruyó y se murió con el ser humano" y de un "padre, tiene un hijo y se murió con el ser humano". Lo dibujado no se relaciona con lo observable, teniendo que ser reinterrogada, frente a lo que Andrea dice: "él le está tocando la guata".

En otra entrevista Andrea más tranquila dice: "...muchos problemas... él me hizo llorar... y el bandido no quería desaparecer... Yo estaba tan triste... Me gustaba jugar, él decía que no... Él se hizo bueno y me pinchó..." ¿? "potito"... "fierro potito" ¿? Muestra el pene en muñecos anatómicamente correctos. Le llama "bandido H...", "bandido" para referirse al agresor y "nombre de pila" para referirse al padre. Como si hablara de dos personas distintas.

Los mecanismos de disociación le permiten mantener un precario equilibrio psíquico. Su juego en psicoterapia es ritualista, personifica ser un gatito al que el león (yo terapeuta) debo comer, raptar, entre otras tantas agresiones.

¿Cuál hubiese sido mi actitud si esta misma paciente la hubiese atendido en mi consulta privada? ¿Cómo quedaría grabado este hecho en la memoria de Andrea sin establecer un control social? ¿Podría manejarse en el ámbito de la realidad psíquica solamente?

Sin duda que la dramatización de Andrea es intensa y llega al interlocutor como algo difícil de comprender. Los conceptos de fantasía inconsciente y de conductas como satisfacción de deseo no me satisfacen en el caso de Andrea. Ya que la niña no logra en sus juegos la esperada saciación, abreacción, triunfo. Ella no es protagonista victoriosa de sus juegos, sino todo lo contrario, Andrea repite compulsivamente un juego donde una y otra vez pierde. Es ella misma la que inicia ese juego, como si intentase, en cada nuevo intento, controlar lo impredecible. Sin embargo no lo logra, repite las vivencias de displacer, temor, pérdida de control sobre el entorno cercano. Andrea realiza un juego patológico, post traumático, estudiado por la doctora psicoanalista Paulina Kernnberg (8) (2001). Andrea juega repetidamente al gatito devorado y agredido por el león, ella no gana, sino que queda atrapada en circuitos repetidos de exposición a nuevos malos tratos.

La descripción antedicha, implica preguntarse ¿cómo establecer la certeza de una intrusión traumática de la realidad externa en la mente de esta pequeña sin ser intrusivo también en el procedimiento de evaluación? Mi experiencia, nutrida con las perspectivas de Winnicott, Kinston y Cohen, antes descritas permiten responder en cuanto para poder conocer la realidad traumática y su impacto en el sujeto, se requiere un modo de aproximación terapéutica predecible, explícito en los procedimientos, calmo y confiable, no intrusivo, pero sí responsable de registrar el horror, con preguntas abiertas, no directivas, ni repetidas, preguntas que promuevan la narrativa libre. A Andrea, sólo pregunté ¿Cómo se llama la mamá del bandido? Y me dio el nombre de su abuela paterna. El trabajo de evaluación y búsqueda

de elementos de validación de los hechos de abuso en niñas/os constituye un desafío, ya que implica buscar validar sin ser intrusivo, para evitar la re-traumatización.

A partir de lo descrito, el proceso de evaluación otorgó los datos necesarios para identificar al agresor, las circunstancias de los hechos y el impacto generado en la pequeña Andrea. Quedaba en manos de otros profesionales del equipo materializar el ejercicio de instauración de la norma social, patrocinando a la madre en una querrela criminal, con medidas precautorias de no acercamiento a la menor ni su madre y con cumplimiento de la pensión de alimentos.

Caso 2:

Paula, 21 años, estudiante universitaria en tercer año de carrera científica. Hija menor de dos, de matrimonio disuelto por infidelidad paterna. Tempranamente se responsabiliza de las labores hogareñas, parentalizada y "sobreadaptada" Preocupada por su madre, de la que teme "que se vuelva loca", tiende a responsabilizar a su padre de muchas situaciones de escasez económica, sufrimiento y soledad.

Excelente alumna, inteligente, con intereses precoces hacia las artes. Sin embargo, consulta por dudas vocacionales persistentes, "Me salí del colegio (durante dos años) quería ser concertista", "Me siento insegura de mis capacidades". Al momento de consultar, presenta dudas respecto a la carrera universitaria que eligió, duda de su desempeño, que es de regular a bueno. Presenta síntomas ansioso-depresivos, con sentimientos de culpa intensos. Refiere angustias intensas de carácter primario, desde su adolescencia, que ha mantenido en secreto de sus padres, "salía a la calle, me pegaba...". Establece vínculos en que por una parte se siente atrapada y, por otra, teme caer sin fondo si termina estas relaciones. Entre estos vínculos está su pareja estable, con quien ha mantenido una relación con ciertas características dependientes, con disfunción en la sexualidad, y con quien se muestra frágil, necesitada, angustiada y menos armada. Ello la complica, ya que al no poder integrar sus sentimientos de capacidad y sobreadaptación v/s desvalimiento y sentimientos de ser

8 La Dra. Kernnberg describe el juego post traumático como cambiante, con unidades de juego por sobre lo esperado, similar al juego de niños/as con TDAH, pero con contenidos agresivos y sexuales, un juego cuya finalidad no es la saciación ni alivio de la angustia.

pequeña, tampoco puede entender lo que él le da cuando se siente angustiada, con temor de caer sin fondo... pareciera que le da sostén.

Al momento de las entrevistas iniciales, Paula da el antecedente de "mi hermana fue cómo se podría decir, abusada por..." (conviviente de la madre)... "la miraba por la cortina del baño", "A mí no me pasó nada", "ella fue a terapia, después (madre) se separaron..."

Tras un año y medio de psicoterapia bisemanal en mi consulta privada, con una asistencia marcada por repentinas inasistencias, Paula pudo traer casi como en un trance, el episodio de un abuso en etapa de latencia y que hasta ese momento no había tenido representación mental más que como el abuso hacia su hermana. Fue a partir de un trabajo sistemático sobre sus síntomas físicos, acercando aquello disociado, incluso aquello que quedaba fuera de las sesiones (las sesiones sin usar), accediendo a un almacenaje por niveles, donde Paula al hablar de una ropa de aquella época evoca un proceso de abuso sexual que la incluía a ella y a su hermana mayor, pero donde ella no permanecía todo el tiempo, sino que era sacada fuera de la habitación escuchando a su hermana y al padrastro en complejas interacciones sexuales. Ella pequeña, era realmente protegida por su hermana. Este recuerdo, en trance, quedó encapsulado y demoró en ser referido nuevamente de manera espontánea por mi paciente. Otros sucesos de su vida universitaria actual (relaciones académicas ambiguas) acercaron la experiencia traumática de su niñez a las sesiones. El recuerdo del trauma infantil fue sentido por Paula como algo de lo que yo era testigo y ella confiaba de mi reconstrucción posterior, pero difícilmente eran sentidos propios. A lo largo de la psicoterapia fueron surgiendo en Paula sentimientos de culpa por "salvarse" de abusos "peores" como los de su hermana, apareció la curiosidad infantil y las dudas respecto a por qué este hombre no la eligió a ella, en vez de a su hermana. Paulatinamente Paula fue registrando que esta curiosidad se expresaba en sus conductas de re-exponerse a situaciones ambiguas, peligrosas y erotizadas.

¿Qué fue lo que realmente le permitió a mi paciente evocar el horror? ¿Fue acaso este abuso el que dramatizó la paciente a lo largo de su vida de maneras indirectas, ya sea con quejas somáticas, estados de confusión, revictimización y desamparo,? ¿Es esta experiencia traumática u otra de origen aún más temprano? Me atrevo señalar aquí que Paula presentó lo que Lipin (en Del Río, 2000) denomina producciones de réplicas, mostrando estados revividos de la misma manera que fueron registrados somáticamente durante las experiencias traumáticas. Está dificultada su memorización: no son entendidos ni son representados en la mente. Paula decía "yo no tengo recuerdos de chica", lo que en términos de Cohen sería un hoyo en la mente. La satisfacción paulatina de necesidades, de confianza y credibilidad, permitieron el despliegue de esta ausencia. Es en la relación con otro donde se puede remirar el horror, sin que ella quede atrapada ni pueda ser nuevamente abusada. Esto en la clínica podría estar representado por un terapeuta demasiado intrusivo, investigador o que interpreta en desmedro de escuchar y ampliar los marcos de significado. A su vez, un terapeuta que no de espacio a las fantasías infantiles propias del ser humano.

Sabemos que, donde se produce un abuso hay alto riesgo de que ocurran nuevas y crecientes interacciones abusivas, por lo tanto cabe preguntarse sobre el manejo de la develación de la hermana de Paula, ampliando la mirada hacia un modelo relacional, y co-activo. ¿Aquel sistema terapéutico previó aquello? ¿Cuál era el rol de las redes en el momento de la intervención con la hermana? ¿Se evaluó a mi paciente para determinar abuso en ella o al menos, el impacto de saber que alguien en quien se confía, transgrede y abusa sexualmente de la hermana?

Paula tendía a identificarse con un aspecto más fuerte, decidido, poco empático con el dolor de su hermana. ¿Paula se había identificado con el agresor, en términos de Ferenczi? Sí, Paula mantenía alejado su propio dolor.

Síntesis y Comentarios:

A lo largo de este trabajo he focalizado en la necesidad de definir trauma al trabajar con niñas y adolescentes abusadas sexualmente. Fue Freud quien introdujo la palabra trauma a la psicología, connotando la noción de ruptura y discontinuidad en ciertos procesos psíquicos, con consecuencias sobre el organismo. Ello tiene valor aunque sus últimas formulaciones tendieran a desestimar la realidad de los traumas infantiles privilegiando la comprensión de fantasías intrapsíquicas. Sin duda, ser testigo de los efectos del abuso en las propias niñas y adolescentes marca una diferencia respecto a trabajar terapéuticamente con mujeres adultas. Freud no trabajó con niñas, pero sí otros autores psicoanalíticos, como Winnicott, cuya teoría permite intervenir en la realidad material, sin desestimar comprensiones psicoanalíticas fundamentales. Desde allí, el trauma se ubica en el ámbito relacional y de no satisfacción de necesidades, y no como expresión de deseos intrapsíquicos.

La comprensión e intervención del abuso sexual infanto-juvenil requiere traspasar la frontera de lo privado. En el ámbito de lo público tiene sanciones legales (ley 19.617) y sociales e impacta gravemente el bienestar psíquico de todos los que se han visto involucrados. Al ser considerado delito, el abuso sexual infanto-juvenil implica un proceso dialéctico entre la realidad psíquica y un orden social, es decir, liga las perspectivas ecosistémicas con las de la psicología profunda.

Un ambiente-sostén que falla en el cuidado de sus hijas/os no es exclusiva responsabilidad de la madre-familia. Este tipo de maltrato no es posible de prevenir, detener y reparar sin la participación de diversos agentes del sistema social. Una de las tareas es la de reparar, sin embargo no debe iniciarse antes de detener el abuso y/o proteger a la niña/o ; tareas que difícilmente puede llevar a cabo un terapeuta solitario. Requiere de otros profesionales o agentes sociales conocedores del andamiaje social y legal, que lo sepan usar de manera coordinada , responsable y predecible. Implica un desafío para los psicoterapeutas y psiquiatras de niños y adolescentes el

coordinarse y ponerse de acuerdo respecto a la intervención. Asumir precozmente la protección de un niño/a puede reproducir nuevas traumatizaciones para él o ella.

La transgeneracionalidad de las violencias alude a repetición y rigidez por sobre evolución y desarrollo. Parafraseando a Winnicott, respecto al trauma estas familias presentan quiebres en el ser familia, quedando atrapadas en la violencia.

Los casos de violencia dentro del contexto familiar demandan un tipo de intervención paradójica. Por una parte, el maltrato implica problemas en el vínculo familiar, entonces requiere restablecer vínculos externos para ofrecer temporalmente sostén a ese sistema familiar, cuya organización interna no ha permitido el despliegue de un sentimiento de seguridad y satisfacción mutua. Los vínculos ambivalentes o rechazantes, requieren ser transformados en redes contenedoras y de sostén para favorecer la recuperación del continuo vital individual y colectivo. Pero por otra parte, la intervención no debe reducir la crisis que resulta del develamiento de las relaciones de abuso presentes dentro del sistema familiar. La posibilidad terapéutica de una familia con abuso sexual infanto-juvenil comienza y se mantiene a través de sostener esta crisis e impedir que la familia se reestructure alrededor de la descalificación, minimización o desmentida de los hechos. Para lograr esto se requiere un accionar coherente de los profesionales, agentes y equipo especializado y transdisciplinario, integrado a las demás instituciones, es decir, el trabajo de redes. Con clara delimitación de tareas y responsabilidades (entendido como la coactividad) que permitan devolver al niño/a un orden social ejemplificado en el equipo y sistema interventor. Para favorecer restaurar fuera del sistema familiar aquello que faltaría dentro de éste, sin apagar la crisis.

Los profesionales deben tener conocimiento funcional de los recursos comunitarios, utilizarlos para suministrar servicios críticos y satisfacer necesidades, que desde el psicoterapeuta aislado no serían posibles de satisfacer. El contacto constante con los

derivantes de los casos, permite reducir el riesgo de minimizar los abusos y entrar en isomorfismo con las familias.

El abuso sexual infanto juvenil intrafamiliar, es un proceso continuo, por lo tanto, actúa en el aparato mental como un impacto continuo. Pese a ser externo, la mente no puede alejarlo activamente: en términos de Freud, funciona como si fuese una pulsión interna constante. Aquí podría estar radicada una de las aristas complejas de los planteamientos de Freud, para quien el trauma estaba ligado a una pulsión (interna). De esta manera, el trauma tendría semejanzas con la pulsión por su continuidad, aún siendo de origen externo.

En los casos brevemente señalados, se muestran los psicodinamismos desplegados por las pacientes para lidiar con hechos traumáticos, que no han sido integrados a su existencia. Hechos, que de uno u otro modo han amenazado la continuidad existencial, de "seguir siendo" en términos de Winnicott. Para poder ubicar las situaciones traumáticas como experiencias de la propia vida y no disociadas en los síntomas, se necesita un espacio interpersonal seguro, predecible y de vínculo estrecho, que resista las pruebas de confianza y compromiso impuestas por las pacientes. Este vínculo debe contener las repeticiones sintomáticas-conductuales, las réplicas traumáticas, para acceder paulatinamente a las pre-representaciones y favorecer su simbolización en esta nueva relación que no es ni abusiva ni intrusiva. En ambos casos se ejemplifica cómo frente al trauma habrían gradientes de memoria, necesidades yojicas de sostén que deben ser validadas; como también defensas y adaptaciones psíquicas frente a lo no representado ("hoyo en la mente"). Paula aparece con una organización casi narcisista, con una fachada que la cubre, sobreadaptada. En tanto Andrea, muestra una barrera entre la "loquilla cochina" y ella misma. Pero ambas necesitan ser aceptadas con todo, incluso con lo horroroso e innombrable. Esta necesidad si no fuese validada en la realidad y fuese interpretada en términos de deseos instintivos significaría para las pacientes una retraumatización. El trauma nunca será borrado, pero puede ubicarse en un tiempo y espacio

acotado. Para que la situación abusiva se constituya en una experiencia de la vida, posible de ser narrada como una más de tantas experiencias difíciles. Las conductas de abuso no son sinónimos de la persona, deben ubicarse como experiencias traumáticas acotadas.

Así como para Freud, la evidencia de las historias de mujeres con antecedentes de seducción paterna fue poco creíble, quienes intervenimos frente a estos casos de niñas y jóvenes sometidas a abusos y malos tratos podemos desestimar las evidencias, cayendo en renegar lo que vemos. La psiquiatra argentina, terapeuta familiar Cristina Ravazzola utiliza el término doble ciego para describir el mecanismo a través del cual los participantes en circuitos de violencia, (familia y diversos agentes interventores sociales: testigos) además de no ver ni registrar el malestar que produce el mal trato, no se dan cuenta que no ven ("no vemos que no vemos"). Por ello, es importante monitorear la contratransferencia que genera el trabajo con estas situaciones extremas, este monitoreo personal y de equipo permitirá reducir el riesgo de invisibilizar lo impropio de la transgresión del derecho de otro a decidir.

Si bien ponderar la realidad externa es relevante en estos casos, no debemos caer en la ilusión, casi omnipotente, de ver esa realidad como una entidad siempre en beneficio del niño/a. La cultura y nuestros modelos de creencias permiten permear aquello que registramos y codificamos, siendo necesario discutirlo y cuestionarlo constantemente. Los procesos de evaluación e intervención en maltrato y abuso infanto-juvenil también deben ser revisados, no sólo por los adultos, sino que también por los propios niños/as como víctimas y como agentes de su proceso reparatorio.

Bibliografía

1. Alvarez, K.; Herrera, Y.: Ponencia en Taller de Maltrato Infantil y Abuso Sexual UNICEF: Los aportes de un trabajo en red para la intervención del Maltrato Infantil: Redes y Co-actividad. Documento del Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar, I. Municipalidad de Santiago, 1999.

2. Alvarez, K.; Herrera, Y.; Intervención en Maltrato Infantil, Redes, Co-actividad y Familia, Documento de Capacitación a Centros especializados en Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, dependientes del Servicio Nacional de la Mujer, 2002.
3. Barudy, J. Dictaduras familiares, violencia e incesto; una lectura sistémica del maltrato infantil. Documento terceras jornadas chilenas de terapia familiar, Santiago. 1991.
4. Barudy, J. "La Protección Infantil en Bélgica: Un enfoque terapéutico y de prevención del maltrato", 1997.
5. Barudy, J. "Maltrato Infantil, Ecología Social: Prevención y Reparación, 1999 Galdoc.
6. Becker, D. , Morales, G., Aguilar, M.I.: Trauma Psicosocial y Adolescentes Latinoamericanos: Formas de Acción Grupal, ILAS, Ed. ChileAmérica CESOC, 1994, Santiago.
7. Bravo, M: Incesto y violación: Características, implicaciones y líneas terapéuticas del abuso sexual. 1994. Ed. Academia, Santiago.
8. Cirillo, S. Y Di Blasio, P.: Niños Maltratados: Diagnóstico y terapia Familiar. 1991 Ed. Paidós, Madrid.
9. Corsi, J.: Violencia Intrafamiliar, 1994 Ediciones Paidós, Buenos Aires.
10. Documentos de trabajo Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar I. Municipalidad de Santiago 1990-2001.
11. Del Río, M.: Trauma, un modelo de daño y su abordaje terapéutico en Revista Chilena de Psicanálisis, 2000,17: 42-53.
12. Finkelhor, D. El abuso sexual al menor. México, 1979 Ed Pax.
13. Finkelhor, D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse, Child Abuse & Neglect, USA. 1994,18: 409-417.
14. Ferenczi, S. Análisis de niños con los adultos. 1931, 4:109-124.
15. Ferenczi, S. Confusión de Lengua entre los adultos y el niño. 1933, 4:139-149.
16. Ferenczi, S. Reflexiones sobre el traumatismo. 1933, 4:153-163.
17. Fernández, P y Stingo, B. Diseño de un taller para la prevención secundaria del maltrato infantil y sexual en escolares de Santiago de Chile: Antecedentes familiares y consecuencias, Revista de Psiquiatría. Santiago. 1992.12; 60-66.
18. Florezano, R., Pino, P. Kaplan, M. Burrows, J.: Frecuencia del Maltrato Infantil y Sexual en Escolares de Santiago de Chile: Antecedentes Familiares y Consecuencias. Revista de Psiquiatría . Santiago. 1992.12; 60-66.
19. Florezano, R.: Trauma, Maltrato Infantil y Abuso Sexual: Algunas consideraciones Clínicas y Terapéuticas. Revista Chilena de Psicanálisis, 14, 27-38.
20. Freud, S. Estudios sobre la histeria. Obras Completas 2, Amorrortu Editores. 1888.
21. Freud, S.: Más allá del principio de placer. Obras Completas 18, Amorrortu Editores. 1920.
22. Freud, S.: Inhibición, Síntoma y Angustia. Obras Completas 20, Amorrortu Editores. 1926.
23. Gil, E. Play Therapy with abused children.
24. Goldberg, D. y Kuitca, M. Diagnóstico del abuso sexual infanto-juvenil. Enfoque Psicoanalítico-Contratransferencia, en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes en América Latina, Desarrollos y Perspectivas, 1994, Vol 1, Fondo Editorial Biblioteca Peruana de Psicoanálisis.
25. Good, M.: La reconstrucción del Trauma Infantil Temprano: Fantasía, Realidad y Verificación, Revista nA psicoanálisis con niños y adolescentes, 1995,8:82-97, Bs. Aires.
26. Laplanche, J. y Pontalis, JB.: Diccionario de Psicoanálisis, 1994, Editorial Labor, Colombia.
27. López, F. Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual, Salamanca: 1995, Ediciones Amarú.
28. Martínez V., Walker C. y otros, "Una reconstrucción posible", Municipalidad de Santiago-SERNAM,1997.
29. Perrone, R., Nannini, M. Violencia y Abusos Sexuales en la Familia. Un abordaje Sistémico Comunicacional, Terapia Familiar, 1997, Bs.Aires, Ed. Paidós.
30. Ravazzola, C., Historias infames: el maltrato en las relaciones, 1997, Editorial Paidós, Buenos Aires.
31. Rojas, R.: Trauma, escisión y adaptación: Ferenczi, antecedentes de Winnicot, Gradiva Revista de la Sociedad Chilena de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis,

- 2000,1(2), ICHPA, Santiago.
32. Romo, M.; Rivera, C. "Evaluación de la Efectividad del Taller de Desarrollo de Conductas de Autoprotección para la prevención del abuso sexual infantil en niños/as de Kinder a cuarto básico de la comuna de Santiago", Tesis para optar al Título de Psicólogo, U.de Chile, 2001.
33. Winnicott, D. Los procesos de Maduración y el Ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. 1996 Paidós, Bs. Aires.

Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?

Dr. Armando Nader , Dra. Virginia Boehme

I. Introducción

La práctica de la autoagresión parecería ser de poca frecuencia , sin embargo en nuestra observación clínica hemos apreciado un aumento de esta conducta, la cual adopta múltiples formas de presentación.

El poco conocimiento que en la comunidad médica existe sobre la automutilación (AM) nos motivó a realizar una revisión de la literatura para comprender este fenómeno, delimitarlo mejor, analizar lo que sucede con los niños y por último permitirnos algunas reflexiones acerca de ella.

Karl Menninger en 1935 publicó el primer artículo sobre este tema y en 1938 publicó un libro llamado *"Man Against Himself"* donde intentó describir la AM y categorizarla. Este autor acuñó el término de "suicidio focal" sugiriendo cierta relación con la ideación suicida y esta conducta. Lamentablemente esta consideración llevó a confusión y a malas interpretaciones ya que la AM no se acompaña siempre de la constelación suicida.

En la década de los 70, algunos autores británicos sugirieron que la auto agresión constituiría una entidad clínica independiente como un síndrome que requería una categorización diagnóstica propia, al cual Favazza denominó *"Deliberate Self Harm Syndrome"*.

A partir del año 1989 se han publicado varios estudios clínicos con diferentes series de pacientes, intentando describir las características clínicas de la AM (1-4). Entre ellos se destaca el de Favazza y Conterio (1). Este estudio se inició en relación a un programa de televisión dedicado al tema. Se recogieron más de mil cartas de televidentes identificados con

el problema y que requerían mayor información. Los autores seleccionaron una muestra de 254 personas que quisieron participar en la investigación, de las cuales 240 eran mujeres. Ellos concluyeron que se trataría de un fenómeno extendido y oculto y lo llaman "epidemia silenciosa".

II. Características clínicas y epidemiológicas

La AM se puede definir como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida (2-3-4).

En la literatura inglesa se la nombra como self-injury, self-mutilation, self-harm, self-cutting y self-agresion. En la literatura española se la denomina como auto mutilación, auto daño, auto agresión, auto heridas, etc.

Las formas más frecuentes de AM corresponden a cortes, golpes y quemaduras. Menos frecuentes son: sacarse costras; inserción de objetos bajo la piel; torniquetes; auto ahorcamiento; rascarse en exceso; morderse las uñas, la piel periungueal y los dedos; morderse los labios y/o la lengua; sacarse el cabello; tatuarse en exceso; fracturas; amputaciones que pueden afectar dedos, mamas e incluso genitales y extremidades (4-5-6). Favazza describió 3 formas de presentación de la AM: La primera la denominó "Mayor", la cual es la más rara y extrema . Esta forma provoca una desfiguración permanente, como por ejemplo castración o amputación de extremidades. La segunda forma es llamada "Estereotípica" y comúnmente se manifiesta con golpes repetitivos de la cabeza, compresión de los globos oculares y mordeduras. La tercera forma es la más frecuente y la definió como "Superficial" y es la que usualmente compromete a la piel y fanéreos a través de cortes, quemaduras, onicotricotilomanía, interferencia

con cicatrización de las heridas, etc.

La localización más frecuente de las heridas son los brazos, piernas y abdomen. Los instrumentos utilizados son hojas y máquinas de afeitar, cuchillos cartoneros y corrientes e incluso las propias uñas.

Habitualmente los golpes consisten en estrellar la cabeza o los puños contra una superficie dura como murallas, mesas o el suelo.

Las quemaduras se infieren con cigarrillos o fósforos, afectando la piel de brazos, piernas y abdomen.

El perfil característico de una persona que comete AM es el de una mujer de clase media, con un nivel intelectual sobre el promedio y que inicia esta conducta en la adolescencia. Conterio y cols.6 señalan que la edad promedio de inicio de esta conducta es a los 14 años de edad. Nichols 7, en el año 2000, realizó una recopilación de datos epidemiológicos, encontrando que la incidencia en la población general es de 1,4 %. En este grupo de automutiladores, entre el 85 al 97 % eran de sexo femenino. Si se busca la incidencia solamente en adolescentes, esta puede llegar al 12 %, siendo su inicio coincidente con la menarquia (1).

III. Cuadros clínicos

Hasta el momento la AM no se ha descrito como una entidad clínica independiente e históricamente se la ha considerado formando parte de una variedad de trastornos psiquiátricos (1-2-3-4-5-6-8).

Los trastornos psiquiátricos asociados a la AM, según la clasificación DSM IV 11 son:

- Cuadros orgánicos cerebrales
- Trastornos del desarrollo de la infancia
- Esquizofrenia y otras psicosis
- Trastornos del ánimo
 - Depresión y Enfermedad bipolar
- Trastornos de ansiedad
 - Crisis de pánico, T.O.C. y T.E.P.T.
- Trastornos disociativos
- Trastornos de la conducta alimentaria

- Trastornos del desarrollo de la personalidad
 - Límite, antisocial
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastornos del control del impulso
 - Tricotilomanía
- Trastornos facticios

Frente a la variedad de cuadros clínicos en los que se presenta la AM, radica la dificultad de comprensión del fenómeno, la complejidad en delimitarla y la incertidumbre acerca del pronóstico y tratamiento.

IV. Fenomenología de la automutilación

Estos eventos pueden ser rutinarios o azarosos y se relacionan con estados emocionales intensos, alcanzando un estado máximo donde la persona siente que va a explotar si no canaliza las emociones. Puede ser angustia, rabia, culpa, pena, sensación de impotencia, etc. a los que le sigue un acto impulsivo que no da tiempo a la reflexión.

Puede ocurrir con leve y transitoria oscuridad de conciencia y síntomas disociativos como despersonalización. Cuando tienen recuerdo de actos anteriores, los pacientes refieren la condición de inevitabilidad del acto por el alivio que sienten, a pesar de que reconocen que es dañino. Actúan en medio de un estado crepuscular leve y podrían darse cuenta que se están auto hiriendo, incluso en algunos casos esperan ver fluir la sangre para detenerse y no sienten dolor físico hasta un tiempo después. Los pacientes describen que la lesión física permite que fluyan las emociones y el dolor psicológico intolerable a través del cuerpo, produciendo un alivio y sensación de bienestar inmediato. Esta sensación es transitoria ya que a continuación aparecen fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y a no referirse a lo ocurrido.

El acto mutilatorio les permite un contacto firme consigo mismo y con lo externo, les ayuda a diferenciar el sí mismo del entorno y por lo tanto un mejor juicio de la realidad.

La AM que busca el alivio de la tensión, no tiene como objetivo la intención de muerte, por lo tanto no es un acto suicida. Sin embargo en

otro momento, estos individuos pueden realizar reales intentos de suicidio, es decir se puede dar una patología mixta (9).

Existirían distintos tipos de actos automutilatorios de acuerdo a las características clínicas, significados personales, vivencias acompañantes y objetivos buscados. Lo que hasta el momento hemos descrito es lo que en 1994 Pipher describió como "tipo catártico" (12) y que Ross y McKay lo catalogan como "con propósito terapéutico" (13).

Hemos observado que el acto de auto agresión puede estar relacionado a la vivencia de extrema angustia y despersonalización, donde esta conducta persigue la reintegración del sí mismo. Este tipo de AM fue llamada por Simpson en 1980 "AM reintegrativa" (14).

De acuerdo a nuestra experiencia, en un mismo paciente pueden coexistir los tipos catártico y reintegrativa.

Hay que señalar que existen actos de autoagresión que se presentan en otro contexto, con diferentes objetivos y respondiendo a otras motivaciones, lo que hace aparecer la AM en forma secundaria y relacionada a otras entidades psicopatológicas. De acuerdo al tipo de patología adquiere formas particulares de presentación y significación.

En los cuadros en los que el paciente busca la manipulación del entorno las conductas de auto agresión se realizan para exhibirlas y obtener ganancias. Esto ocurre en los Trastornos disociativos (histeria); Trastornos facticios y Personalidad antisocial.

En los Trastornos disociativos lo que se persigue es la gratificación afectiva, centrando la atención del entorno en sus lesiones, por lo tanto, las exhibe. En los Trastornos facticios, la ganancia consiste en perpetuar el rol de enfermo y en los Trastornos de Personalidad antisocial, el objetivo fundamental sería el evitar sanciones sociales o lograr escalar posiciones de autoridad entre sus pares, mostrando sus lesiones como verdaderos "trofeos de guerra".

En los cuadros psicóticos los actos pueden

asociarse a alucinaciones auditivas, cenestésicas o ideas delirantes con contenidos místicos, demoníacos, persecutorios, sexuales, etc.

La relación entre los Trastornos de la conducta alimentaria y la AM merece considerarse en forma especial, ya que su asociación es muy frecuente y además ambos trastornos afectan de preferencia a mujeres jóvenes y adolescentes (8). Simpson en 1980 (14) hizo notar una conexión entre la AM y la anorexia nerviosa, señalando un origen similar de ambas. Esta correlación estaría fundamentada en la auto agresión dirigida al cuerpo en una etapa del desarrollo en la que la imagen corporal y la sexualidad adquieren gran relevancia. La alteración de la imagen corporal y las tendencias autodestructivas asociadas a una pobre autoestima, hacen que el dolor físico provocado por la auto agresión, el hambre y la purgación coexistan como elementos que causan dolor y que la paciente utiliza para autoflagelarse. A través de esta conducta busca recuperar el control de sí misma. Alderman en 1997 (15) sugiere que los Trastornos de la conducta alimentaria y la AM están conectados y no son necesariamente causa-efecto sino que estos trastornos son formas diferentes de responder a un conflicto más complejo.

V. Automutilación en la infancia

El fenómeno de autoagresión en los niños presenta mayores dificultades en su definición y estudio. Los trabajos de investigación en esta edad son muy escasos y las formas que adquiere esta conducta son más sutiles y bizarras. No es raro que la autoagresión aparezca como "accidentes" que se presentan en forma repetitiva. Además de las lesiones traumatológicas, el órgano más comprometido es la piel y fanéreos. Clásicamente se encuentra la tricotilomanía de cuero cabelludo, cejas y/o pestañas; la onicofagia o ambas. La existencia de lesiones atípicas como escoriaciones profundas; pruritos intensos y prolongados; dermatitis atópica con lesiones de grataje o de tipo purpúrico en ciertas regiones del cuerpo y de distribución caprichosa, deben hacer sospechar al clínico (Pediatra o Dermatólogo) la existencia de un trastorno psiquiátrico (10).

No es infrecuente encontrar niños que frente a una frustración intensa o ansiedad caen en episodios de descontrol sicomotriz que se pueden asociar a golpes con la cabeza o de las extremidades contra superficies duras.

En nuestra experiencia lo más frecuente de encontrar es a un niño que viene por otro motivo de consulta y que en la historia clínica aparecen antecedentes de “accidentes” frecuentes y que en el examen físico se encuentran lesiones dérmicas por remoción precoz de costras; lesiones de labios y mucosa bucal por mordeduras; uñas con estigmas de onicofagia; tracción voluntaria y repetitiva de las articulaciones de las manos; etc.

A medida que el niño crece y no es tratado, el patrón de auto agresión se va haciendo más intenso.

En el diagnóstico diferencial de la AM en el niño, debe considerarse el abuso sexual y maltrato físico. Aunque es más raro, debe considerarse el Síndrome de Münchhausen que puede afectar a la madre.

En los adolescentes pueden aparecer formas especiales y sutiles como son el tatuaje y uso de aros colgantes en distintas partes del cuerpo. Hay adolescentes que refieren que la conducta auto agresiva la descubrieron y adoptaron después de practicar un método de embellecimiento corporal (punciones al colocarse aros) o después de un corte o quemadura accidental donde experimentaron sentimientos de alivio.

VI. Etiopatogenia

- Factores Biológicos

Algunas investigaciones sugieren que el acto de la AM estaría relacionado con la liberación de mediadores químicos cerebrales de carácter adictivos como lo son los opiodes. Se postula la liberación de endorfinas que serían las responsables de las sensaciones de alivio que experimentan estos pacientes y que inducen a la repetición de la conducta. En esto se basan los autores que plantean que existiría una supuesta “adicción” (6).

- Factores Sociales

La mayoría de los pacientes provienen de hogares donde han recibido maltrato tanto físico como emocional, siendo frecuente la existencia de abuso sexual. Es habitual encontrar antecedentes de enfermedades mentales y alcoholismo en la familia.

Las familias con reglas muy estrictas que reprimen la expresión emocional o las familias aglutinadas con padres intrusivos que no permiten una adecuada diferenciación y reconocimiento de los sentimientos y percepciones propias, generan ambientes facilitadores de la AM.

Este tipo de ambiente es capaz de trastornar el vínculo temprano generando una patología de éste y condicionando la aparición de conductas AM en el futuro.

- Factores Psicológicos

Estos pacientes presentan una muy baja autoestima con dificultades en la vinculación y poca capacidad para lograr intimidad. Tienen una insaciable necesidad de aprobación y afecto; inmadurez emocional; falencia en el control de impulsos e hipersensibilidad a la opinión del otro. Así como en los pacientes alexitímicos, tienen dificultades para percibir y expresar sus propias emociones, especialmente las negativas. No desarrollan destrezas de autocuidado, no se sienten merecedores de bienestar y al no lograr calmar su propia ansiedad incurren en conductas de autoagresión, a modo de una autoayuda distorsionada.

Paradojalmente, su meta es terminar con el sufrimiento interno, aunque eso signifique atacar su propio cuerpo y padecer dolor físico.

VII. Tratamiento

Es fundamental el tratamiento del cuadro psiquiátrico de base en el cual se presenta la AM. Con frecuencia hay comorbilidad asociada del Eje II que se refiere al desarrollo de la personalidad la cual debe ser reconocida y

manejada.

Frente a la conducta específica de AM, contamos con dos herramientas esenciales: la psicoterapia y la farmacoterapia.

El enfoque psicoterapéutico debe abordar al individuo, familia y en el caso de los adolescentes, su entorno escolar.

A nivel individual, planteamos una Psicoterapia realizada en dos etapas.

La primera sería **una intervención en crisis** dirigida a establecer un vínculo terapéutico y a extinguir el acto AM. La técnica más usada es la cognitivo - conductual de tiempo limitado cuyo objetivo es lograr que el paciente reconozca sus emociones, sea capaz de expresarlas de manera más adaptativa y desarrollar habilidades en resolución de problemas. Debe fomentarse la autoestima y el autocuidado. En 1985, Karen Conterio instauró en Chicago un programa denominado S.A.F.E. que significa *Self Abuse Finally Ends* (6).

La segunda etapa consiste en una **psicoterapia de largo aliento** considerando la psicopatología de base y la organización de la personalidad. Las técnicas dependerán del enfoque del terapeuta.

En el ámbito familiar, lo primero es dar apoyo a la familia debido al alto impacto afectivo que provoca la conducta automutilatoria y junto a eso develar y aceptar el problema.

Posteriormente se buscan cambios en los patrones de relación interpersonal, enfatizando una comunicación más funcional y un ambiente contenedor y protector.

En el último tiempo se ha puesto el énfasis en los grupos de rehabilitación en hospitales diurnos con equipos multidisciplinarios, realizando un contrato terapéutico, por tiempo limitado e integrando técnicas grupales.

El objetivo de la farmacoterapia es controlar la impulsividad, disminuir la angustia y manejar los desórdenes del pensamiento. Para ello contamos con un arsenal bien conocido de

ansiolíticos, antipsicóticos tradicionales y atípicos y de antidepresivos.

VIII. Discusión

La naturaleza bizarra y cruenta de la AM que genera resistencia para reconocerla, tanto en la población general como en los terapeutas, asociada a que es una conducta que los pacientes ocultan, hacen que el diagnóstico no sea fácil. Un punto de partida para enfrentar adecuadamente este cuadro es generar mayor conciencia entre el público y los profesionales de salud mental.

El término más usado en la literatura es el de automutilación, sin embargo a nosotros nos parece más adecuado el de *autoagresión corporal*, porque tiene un significado más amplio que describe y abarca mejor el fenómeno. En la práctica la existencia de verdaderas mutilaciones es de rarísima ocurrencia.

Tradicionalmente los psiquiatras hemos visto las autoagresiones corporales del tipo catártico y/o reintegrativas considerándolas como un signo de gravedad y que puede reflejar patología de la organización de la personalidad a nivel limítrofe o psicótico.

Después de nuestra revisión, pensamos que esta conducta merece ser analizada con mayor profundidad ya que sería más que un signo o síntoma de una psicopatología. Esta reflexión está basada en el hecho que autoagredirse corporalmente conlleva toda una constelación clínica, psicológica, sociocultural y del desarrollo de la persona que es indispensable integrar en la evaluación de cada paciente. Creemos, como lo plantearon Pattison y Kahan el año 1983 (16), que para avanzar en la comprensión de este fenómeno ayudaría el considerarlo como un síndrome o sea como un conjunto de síntomas y signos con factores etiopatogénicos comunes. Esto ha sucedido en otras áreas de la psiquiatría, como en los Síndromes Suicidal y el Dolor Crónico que al ser considerados como una entidad clínica en sí mismas han permitido progresar en su conocimiento, tratamiento y prevención.

Nuestra intención es abrir espacios de discusión

y fomentar la investigación de la autoagresión corporal en nuestro medio con el objetivo de lograr diagnósticos más precoces e integrales para prevenir complicaciones futuras que aún no conocemos.

IX. Conclusión

Se realiza una investigación bibliográfica acerca de la automutilación, tema poco investigado y reportado en la literatura extranjera.

Planteamos que el término "automutilación" es muy limitante y proponemos el de Autoagresión Corporal. Consideramos que este fenómeno comprende un espectro muy amplio de conductas, desde pequeñas heridas hasta amputaciones de un miembro. Del mismo modo su aparición se relaciona con una psicopatología muy variada que va desde el alivio de la angustia en un desarrollo anormal de la personalidad hasta un cuadro psicótico delirante.

Le damos mayor importancia a un tipo de autoagresión física que definimos como un acto deliberado y repetitivo que persigue dañar el propio cuerpo sin intención suicida, con fines catárticos y/o reintegrativos.

Proponemos considerar este tipo de autoagresión física como un Síndrome, mas allá de un signo o síntoma, que deberá ser definido más acuciosamente en futuras investigaciones.

Bibliografía

- Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:283-289
- Herpetz S: Self -injurious behavior: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 57-68
- Yaryura - Tobias JA, Neziroglu EA, Kaplan S: Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhea in obsessive-compulsive disorder. *Int J Eating Disord* 1995; 17: 33-38.
- Favazza AR: Repetitive self-mutilation. *Psychiatr Annals* 1992; 22(2):60-63
- Mac Aniff L, Kiselica M: Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *J of Counseling and Development* 2001; 79:46-52.
- Conterio K, Lader W: *Bodily Harm*. Edited by Hyperion, New York, 1998.
- Nichols P: *Bad Body Fever and Deliberate Self-injury*. Bloomington, 2000.
- Favaro A, Santonasto P: Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:537-542.
- Stanley B, Gameroff M, Michalsen V, Mann J: Are suicide attempters who self mutilate a unique population?. *Am J Psychiatry* 2001; 158:427-432
- Hansen R: Pediatric psychocutaneous disorders. *Current Opinion in Pediatrics* 1997; 367-371.
- DSM-IV Breviario. Criterios Diagnósticos. Editado por Masson S.A., Barcelona, 1997.
- Pipher M: *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine Books, 1994
- Ross RR, Mc Kay HB: *Self - mutilation*. Lexington, MA: DC Heath and Company, 1979
- Simpson M: *The Many Faces of Suicide*. McGraw-Hill, New York 1980
- Alderman TA: *The scarred soul: Understanding and ending selfinflicted violence*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1997
- Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983; 140:867-872.

Valor pronóstico del trazado de fondo del EEG perinatal

Dr. Cristián Amézquita García
Hospital Clínico Regional de Concepción.

Introducción

Con el objeto de promover la importancia del EEG en la evaluación neurológica del neonato, en los últimos años ha habido un creciente y marcado interés en el estudio electroencefalográfico (EEG) que se practica en el recién nacido (RN), debido a que a diferencia de lo que ocurre en el niño mayor y en el adulto, donde es esencialmente utilizado para evaluar pacientes con síndromes convulsivos o manifestaciones epilépticas, en el neonato adquiere particular utilidad en la evaluación del pronóstico neurológico en aquellos RN que presentan riesgo de padecer daño encefálico. El valor pronóstico del estudio EEG, radica principalmente en las características de la actividad eléctrica cerebral de fondo, más que en la presencia o ausencia de actividad específica de epilepsia. Esta actividad eléctrica de fondo sufre modificaciones producto de la disfunción cerebral de causa funcional, orgánica, fisiológica o patológica. Así, su adecuado análisis es de particular importancia en la evaluación del funcionamiento cerebral, administrando información en tiempo real y de gran valor como predictor de pronóstico neurológico tanto a corto y a largo plazo en el RN que presenta riesgo de padecer daño cerebral.

Generalidades

El EEG tiene un rol importante en el diagnóstico y manejo de los desórdenes neurológicos en el neonato. Es el único método diagnóstico que nos provee de información en "tiempo real" de la actividad eléctrica cerebral, reflejo de su función, a diferencia de la mayoría de los métodos de diagnóstico por imagen utilizados de rutina. Por tal motivo se convierte en un estudio muy importante de practicar en el neonato en quien se sospeche lesión cerebral.

El EEG particularmente el neonatal, no es solo un test simple. Ya que nos permite complementar el examen clínico neurológico, a través de un análisis dinámico e interactivo. El EEG interpretado en forma aislada o en ausencia de una adecuada correlación clínica, generalmente falla en revelar una condición diagnóstica específica. Sin embargo, este estudio puede ser el primer método de evaluación para guiar al clínico a establecer un diagnóstico insospechado. Así, por ejemplo, una asimetría interhemisférica de sus ritmos, es con frecuencia la primera clave para detectar una lesión focal subyacente no sospechada por historia clínica ni por la evaluación neurológica. Algunas características nos pueden hacer sospechar ciertas etiologías como es el caso de algunas disgenesias cerebrales, errores innatos del metabolismo o la dependencia de piridoxina, donde hay ondas agudas y lentas generalizadas o alternantes de 1-4 Hz. Así como ciertos tipos de encefalitis como la producida por el virus del herpes simple, donde puede observarse actividad epileptiforme periódica, multifocal, de predominio temporal anterior (2,12,40). Inicialmente una de las principales dificultades encontradas fue la de poder definir los rangos de normalidad del EEG neonatal, ya que ocurren cambios dramáticos en la actividad eléctrica principalmente entre las 25-27 a las 44 semanas de edad concepcional (EC), momento en el cual se presentan patrones ontogénicos, edad-específicos, con una margen de variabilidad de dos semanas en el Recién Nacido Pretérmino (RNPT) y de una semana en su EC en el Recién Nacido a Término (RNT). Durante el período perinatal, el EEG cambia gradualmente desde un patrón **discontinuo** de paroxismos de actividad generalizada de alto voltaje entre períodos de quiescencia eléctrica en el neonato prematuro, a un patrón continuo de poli frecuencias en aquellos de término. Algunos ritmos de características y localización

específicas aparecen y desaparecen en una progresión ordenada durante este período. Después de una etapa inicial entre las 27-28 semanas de EC, en que la actividad entre los hemisferios posee una relativamente buena **sincronía**, ésta disminuye a un patrón asincrónico, para luego y gradualmente evolucionar a un patrón con un buen grado de sincronía interhemisférica en el RNT. En el desarrollo neonatal temprano, 30-32 semanas, no hay cambios EEG que se relacionen con una diferencia significativa entre los **estadios de sueño-vigilia**. Posteriormente, entre las 34 a 35 semanas con análisis EEG convencionales se puede lograr definir claramente los patrones de sueño y vigilia (1,5,11,13,17,28,31,35,37). El análisis espectral de amplitud del EEG y también el análisis de amplitud integrada, han demostrado tener un alto valor complementario para predecir la EC, mejorar el análisis de los diferentes estadios de sueño, así como la de poseer una alta sensibilidad para afectarse por la presencia de lesiones neurológicas perinatales, describiéndose secundariamente una disminución de todos los valores espectrales y elevación de la energía espectral en la banda de frecuencia delta en el grupo de neonatos de más de 34 semanas (8,15, 31). Así, un registro EEG normal en un neonato de 32 semanas, es anormal en uno de término, así como también será diferente el análisis espectral del EEG del primero, cuando alcance la EC de un RNT. Es imprescindible por lo tanto, conocer los cambios en los patrones eléctricos para poder diferenciar, en forma adecuada, un estudio EEG normal de uno que no lo es. Hay, sin embargo, límites de normalidad muy difíciles de precisar y su exacta y tenue línea divisoria, no está absoluta ni universalmente aceptada (12,19,21,22,25,26,27,30, 32, 34,36,37).

Las **anormalidades** en el EEG generalmente involucran múltiples variables de la actividad eléctrica, las que no son mutuamente excluyentes. Las principales son: La amplitud del trazado, su continuidad, la frecuencia de sus ritmos, la simetría interhemisférica, la sincronía, la diferenciación entre los estadios de sueño y vigilia y entre las características propias de un mismo estadio, los patrones paroxísticos no iccionales, así como su adecuada reactividad a los estímulos externos dependientes de su EC

(1,13, 27). Para un buen análisis, deben considerarse en conjunto, así como la permanencia y evolución de estos patrones eléctricos en el tiempo, principalmente llevados a cabo mediante estudios EEG seriados. Existe una estrecha relación entre el tiempo en que se practica el EEG y el tiempo del insulto neurológico. Ciertos hallazgos moderadamente anormales en el tiempo mediano, pueden evidenciar anomalías transitorias que pueden evolucionar a una resolución parcial o total de las mismas u ocurrir lo contrario, un deterioro de los patrones EEG a las pocas horas o días. Por tal motivo se recomienda practicarlo dentro de las primeras 24 horas después de sospechada la injuria y repetirlo a las 48 hrs. como mínimo, dependiendo del criterio clínico, válido principalmente para RNT. Los RNPT requieren de un seguimiento EEG generalmente más prolongado. Así, la significancia pronóstica debe establecerse con relación al grado de anomalía y su evolución en el tiempo (2,11,12,13,15,16,17,18, 33,38,39).

Las **principales anomalías del registro de fondo** en el EEG en RNPT y RNT están estrechamente relacionados con la EC, sus cambios son graduales y no establecidos en forma lineal en el tiempo y la severidad está dada por el grado de alteración establecido para la misma. Las más importantes son:

1. **Anormalidades de amplitud:**

- Inactividad electrocerebral (inactivo menor de 2 uV), la hipoactividad severa (menor de 5 uV).
- Patrón de bajo voltaje (5-15 uV) No diferenciado en todos los estadios.

2. **Anormalidades de continuidad:**

- Patrón de paroxismo y supresión (paroxismos de alto voltaje de 1-10 seg. y tiempo de supresión menor de 45 o menos segundos dependientes de EC y menos de 5uV de amplitud en RNPT- RNT). Estado persistente y no reactivo a estímulos.
- Marcada y excesiva discontinuidad para la EC, normalmente hasta las 44-46 semanas.

3. **Anormalidades de frecuencia :**

- Patrón delta difuso durante la vigilia y

sueño.

4. Anormalidades de simetría:

- Patrón interhemisférico asimétrico en la amplitud y/o frecuencia, igual o mayor del 50%, del registro para EC.

5. Anormalidad de sincronía interhemisférica.

- Asincronía interhemisférica para EC.

6. Anormalidades en los estadios de sueño según EC:

- Estadios no reconocibles.
- Excesivo sueño transitorio indeterminado.
- Labilidad en los estadios de sueño.

7. Anormalidades de maduración o dismadurez

Discrepancia significativa entre los patrones EEG esperados para la EC. No mayor de 2 semanas en RNT y 7 días en RNT.

8. Patrones paroxísticos no ictales

- Paroxismos rítmicos de línea media.
- Puntas y ondas agudas occipitales.
- Ondas agudas positivas Rolándicas.
- Ondas agudas temporales.

9. Evaluación de la reactividad EEG a la estimulación.

Análisis visual sugerido para la interpretación de un EEG neonatal:

1. Determinar la edad concepcional lo cual es de máxima importancia para el análisis del registro.
2. Determinar la presencia o ausencia de los diferentes estadios del ciclo sueño-vigilia.
3. Análisis de la frecuencia y voltaje de cada estadio.
4. Análisis de la distribución temporal del trazado de fondo (continuo o discontinuo)
5. Identificar distintos patrones morfológicos como "delta brushes", "Sharps transients", su localización principal y polaridad.
6. Evaluar el grado de sincronía interhemisférica. Debe haber una diferencia máxima de 2 segundos entre los hemisferios. Si excede 2 segundos en más de 1/10 paroxismos, indica asincronía. En el RNT

debe observarse una total sincronía.

7. Determinar la presencia de asimetría (diferencia consistente tanto en frecuencia como amplitud entre los dos hemisferios de más de un 50%).
8. Evaluar la presencia de los cambios cíclicos de los patrones eléctricos en los diferentes estadios. (labilidad-inestabilidad del EEG)
9. Detectar la presencia de actividad epileptiforme.

Por lo tanto, se debe determinar si hay un patrón de desarrollo eléctrico identificable, si éste se correlaciona o es consistente con la edad concepcional del neonato y sus estados de sueño/vigilia. Posteriormente se buscan anormalidades con énfasis en las específicas para cada período de maduración. El aspecto final del análisis es la correlación con la historia clínica del neonato en particular.

Su utilidad pronóstica en diferentes tipos de patología

En el **recién nacido pretérmino**, se han realizado innumerables estudios y publicaciones (2, 8, 11, 12, 17, 22,27,30) en un intento por definir y describir la utilidad del EEG como predictor de riesgo neurológico, relacionado con los riesgos inherentes, que presenta el encéfalo inmaduro. El EEG entre las 25-27 semanas de EC evidencia, como se mencionó, patrones establecidos y predecibles con aproximación cercana a las dos semanas, lo que constituye una buena base para el análisis y la determinación de criterios EEG que poseen valor pronóstico desde esa EC. Por ejemplo, la presencia de un sueño organizado en prematuros de 29-30 semanas en adelante se ha descrito como criterio de pronóstico favorable (8,15,31). Sin embargo, la absoluta definición de anormalidad es difícil, debido a que el nacimiento prematuro es por sí mismo un evento anormal. Actualmente se reconocen patrones EEG del trazado de fondo severamente anormales, que registrados tempranamente y más aun si persisten en el tiempo (generalmente durante de 24 hrs.), representan anormalidades severas del funcionamiento cerebral y un pobre pronóstico neurológico. Aunque de características inespecíficas, en orden de gravedad relativa e independiente a la etiología se

mencionan las principales tipos de patrones anormales:

La inactividad cerebral, el patrón de salva-supresión, principalmente si presenta una excesiva discontinuidad, la marcada depresión de voltaje y la presencia de actividad delta persistente e invariable. Estos generalmente están asociados a un muy pobre pronóstico neurológico, ya que se asocian a la muerte neonatal precoz o futuras secuelas severamente invalidantes.

En general representan un menor grado de gravedad, dependientes de su intensidad y permanencia en el tiempo:

Las asimetrías, las asincronías, la hiporeactividad y los patrones de dismadurez. Estos últimos analizados con mejor precisión en RNPT, utilizando diversas tecnologías EEG (análisis espectral de amplitud y de amplitud integrada), han revelado que su presencia es significativamente más frecuente en los neonatos que presentan manifestaciones futuras de daño cerebral (8,11,21,31). En general los registros EEG que clasificamos como moderadamente anormales deben de tener controles evolutivos y poseen un significativo mayor valor pronóstico, si persisten en el tiempo, 48 hrs. a una semana, dependiendo del caso clínico particular. Contrariamente en los RNPT y, en clara contraposición con los RNT los EEG significativamente anormales, pueden presentar patrones eléctricos rápidamente evolutivos hacia alteraciones más leves o hacia la normalidad, pudiendo representar en la mayoría de los casos una evolución neurológica muy favorable o normal.

Así, el estudio EEG ha demostrado relacionarse en forma estrecha con la evolución neurológica en los RNPT, principalmente si se practica el EEG en las primeras horas de vida y seguimiento posterior. El valor pronóstico es más exacto en RNPT que presenta una mayor edad gestacional (1,2,11,17).

La Encefalopatía hipóxica isquémica (EHI), es la causa más frecuente de daño cerebral en el RN. La importancia que tiene el EEG como predictor de evolución neurológica en este tipo de patología, ha sido descrita en interesantes investigaciones y experiencias realizadas tanto

en RNPT como en RNT, con grados variables de este tipo de encefalopatía, evidenciando patrones eléctricos inespecíficos como los ya descritos.

Se ha determinado de manera concluyente que la actividad eléctrica cortical basal practicada desde las primeras 24 horas de vida en los RNT, se correlaciona significativamente con la evolución neurológica que tendrán estos pacientes. Se menciona inclusive que la eficacia del EEG neonatal, es con frecuencia de mayor valor predictivo que el examen clínico neurológico practicado inicialmente (13,18). Si la actividad electroencefalográfica es normal durante los primeros días de vida su pronóstico neurológico a largo plazo es siempre favorable. Otros autores han descrito que un trazado de fondo severamente anormal en estado inicial y que no se modifica en forma significativa en el control practicado entre las 8-12 hrs. después, está siempre asociado a un mal pronóstico. Sin embargo, si el mismo recobra su actividad o modifica su patrón dentro de las siguientes 12 Hrs., su pronóstico mejora en forma significativa (22, 26,13,31,33,36). Biagioni en una evaluación continua de 21 pacientes RNT que presentaron patrones de paroxismo-supresión asociados a EHI, evidenció que el grado de discontinuidad analizando su intervalo, se relacionaba con el grado de gravedad de la EHI y significativamente con el pronóstico. A este respecto el análisis cuantitativo de la amplitud del registro EEG en forma adicional, reveló tener más exactitud que la medición anterior (5,16).

Las alteraciones moderadas también requieren de un seguimiento de hasta por lo menos los 7 días de vida, y su pronóstico mejora si disminuyen las características de las mismas y empeora en caso contrario.

La actividad específica epileptiforme ocasionalmente asociada, evidenció correlacionarse en menor grado con el estado neurológico posterior (26,27,33).

En el contexto de los desórdenes ictales o convulsivos. Estudios clásicos como el de Lombroso reveló que de 103 RNPT y RNT que presentaron síndrome convulsivo de causa no hipóxica-isquémica, el 90 % fueron normales

en su seguimiento hasta la edad escolar (18) y en el 86% de 137 RNT con seguimiento hasta los 4 años de edad (28). Monod et al, evaluaron 691 EEGs de 270 RN mayores de 36 semanas de EC, encontrando que los EEGs normales durante la primera semana de vida estaban significativamente relacionados con un pronóstico favorable. Rowe et al., describieron en 76 RNPT y de término, un EEG normal durante las primeras 72 hrs. asociado a un desarrollo neurológico normal en el 94% de los casos (22/26). En los de moderada a severamente anormales 36/37 (97%) secuelas severas (30). Otros múltiples estudios muestran resultados similares, como los asociados a EHI (13,38). Además, se describe que un EEG normal generalmente predice la ausencia de crisis en las subsecuentes 18-24 hrs. (19). En general, y basado en múltiples estudios podemos decir que en aquellos pacientes que tienen una actividad eléctrica basal normal practicado en los primeros días, más del 80 % presentan una buena evolución neurológica. En contraposición, con el 5-8 % cuando la encefalopatía es máxima. El desarrollo de epilepsia posterior, se observa en más de 2/3 de los pacientes con EEG con anomalías moderadas a severas en su actividad eléctrica de fondo, en ausencia o presencia de actividad específica de epilepsia, en contraposición con el 25 % de los EEG que no las presentaban. Se ha determinado además, que la actividad específica de epilepsia registrada en el EEG y evaluada en forma aislada, posee una mayor asociación con el desarrollo de epilepsia posterior si esta se asocia a manifestaciones clínicas secundarias (crisis electro-clínicas) y, tiene menor valor predictivo si no se observa asociada a este tipo de manifestaciones (actividad epiléptica interictal) (33). Se ha observado que el pronóstico además, es malo cuando hay una disociación electro-clínica: La evidencia de una crisis electrográfica epiléptica sin manifestaciones clínicas, como también los eventos supuestamente epilépticos clínicos, sin manifestaciones electroencefalográficas. En ambas situaciones, la encefalopatía es severa y el trazado de fondo está significativamente alterado (16). Clancy y Legido hicieron el seguimiento de 40 neonatos con crisis neonatales; de los 27 que sobrevivieron fueron seguidos por espacio de 31 meses. Desarro-

llaron epilepsia posterior el 56% de los casos. Si el EEG presentaba moderadas a severas anomalías se presentó en el 68% de todos los casos, con un promedio de inicio de las crisis de 12.7 meses (4). Sin embargo, otros estudios han demostrado una relación pronóstica menos estrecha (12,30,25).

El estudio del registro de fondo EEG es, por lo tanto, de buena utilidad como predictor pronóstico del estado neurológico y del riesgo a presentar epilepsia posterior, tanto en RNPT como en RNT. La actividad epileptiforme específica aislada (con EEG de fondo normal), al parecer se correlaciona en menor grado al desarrollo de epilepsia posterior (25,26, 30).

Las lesiones profundas de la sustancia blanca, pueden estar presentes y estrechamente asociadas a las patologías descritas. Este tipo de lesiones puede llegar a ser una de las más frecuentes y severas principalmente en el RNPT, como lo son la leucomalasia periventricular (LMPV) y en menor grado las asociadas a hemorragias intra-peri ventriculares (HIPV). La presencia de Puntas Rolándicas Positivas (PRP), una actividad eléctrica no ictal de una amplitud mayor de 100 uV., se observa asociada a este tipo de patologías en un alto grado de especificidad (mayor 95%). Pero, su sensibilidad es menor aún en los casos de presentación severa de las PRP. En casos leves su sensibilidad es más baja, desde un 30 % en los prematuros extremos hasta 80% en los de EC significativamente mayor. Las Puntas Rolándicas Positivas pueden aparecer precozmente o en las primeras semanas después del evento hipóxico-isquémico. En el RN cerca del periodo de término y asociados a la LMPV generalmente aparecen aproximadamente una semana después de la noxa y siempre precediendo en 1 a 2 semanas antes de las lesiones quísticas periventriculares o de la sustancia blanca detectadas por estudios neuro-imagenológicos como la ecografía y TAC. Este tipo de patrón se observa frecuentemente en los pacientes que presentaron una moderada a severa diplegia. Las PRP pueden ser un marcador temprano de una HIPV. En los RNPT pueden aparecer a las 4-5 semanas después de una enfermedad infecciosa (septicemia, enterocolitis) y corresponden a la

presencia de una LMPV tardía. Esta consideración justifica estudios EEG repetitivos en RNPT. La LMPV se asocia también y con frecuencia a otros patrones eléctricos menos específicos, como recientemente lo ha establecido Biagnoni, asociándola en principalmente a significativos patrones de dismadurez en el RNPT (3,6,7, 16, 21,24, 28).

Aunque en la mayoría de los casos no se practica en forma rutinaria un estudio EEG en el paciente con **Meningoencefalitis bacteriana**, que no presenta síndrome convulsivo asociado, también el EEG ha demostrado ser una valiosa ayuda para determinar tempranamente y de forma confiable el valor predictivo de la evolución neurológica posterior del neonato. La predicción temprana del pronóstico es de importante ayuda para la toma de ciertas decisiones, la posible reevaluación de nuevas medidas terapéuticas, y así poder proporcionar una información más exacta a los padres sobre su estado. A pesar de que los patrones eléctricos observados en el EEG, son también de carácter inespecíficos. Los trazados EEG de fondo severamente anormales están asociados a muerte o severas secuelas neurológicas, los con leve anormalidades o sin ellas, a un desarrollo neurológico posterior sin alteraciones en casi todos los casos. Los EEG con moderadas anormalidades, si persisten en el tiempo son indicadores de mal pronóstico. Se menciona un valor predictivo negativo o positivo en cerca del 90% de los casos estudiados. Aunque no se ha descrito un tiempo óptimo en el que se debe practicar el estudio, basados en las experiencias de los autores, se recomienda realizarlo durante la primera semana luego de iniciado el proceso infeccioso (9,14,29).

Conclusión

A pesar que el EEG es uno de los test más antiguos, continúa siendo uno de los instrumentos más valiosos y no invasivos de que disponemos para la evaluación neurológica del recién nacido. El EEG es de inmensa utilidad en el estudio diagnóstico de las crisis convulsivas o epilépticas, pero su principal utilidad radica en el valioso poder de predecir, de una manera significativa, el pronóstico neurológico del neonato de riesgo sobre la base

del análisis del trazado de fondo.

El EEG debe de ser considerado como un estudio básico en neonatos con desórdenes neurológicos, o con riesgos de padecer secuelas. Es fácil de practicar y de bajo costo. Sin embargo, debe ser realizado con las técnicas recomendadas e interpretado por un electroencefalografista experto en los cambios de los patrones eléctricos del cerebro en desarrollo, como en el reconocimiento de sus desviaciones y la presencia de anormalidades.

Bibliografía

1. Biagioni E, et al. Background EEG in preterms infants: Correlation of outcome with selectal maturational features. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1994, 91(3): 154-62.
2. Biagioni E, Boldrini A, Bottone U. Prognostic value of abnormal EEG transient in preterm and full-term neonates. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1996, 99(1): 1-9.
3. Biagioni et al. Constantly discontinuous EEG patters in full-term neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. *Clin Neurophysiol* 1999, 110 (9): 1510-5.
4. Biagioni et al. Electroencephalography in infants with periventricular leucomalasia: prognostic features at preterm and term age. *J Clin. Neurol* 2000, 15 (1): 1-6.
5. Bud, O et al. The early diagnosis of Periventricular leucomalasia in premature infants with positive Rolandic sharp waves on serial EEG. *Journal of Pediatrics*, 132, 808-12.
6. Castro, González Campo. Importancia del análisis espectral de datos EEG en el RNPT. *Canarias pediátricas*, 1999,22(2)
7. Clancy RR, Tharp BR, Enzman D. EEG in premature infants with intraventricular hemorrhage. *Neurology* 1984, 34 (5): 583-90.
8. Clancy RR, Legido A. Post natal epilepsy after EEG-confirmed neonatal Seizure. *Epilepsy* 1991, 32:69-76.
9. Chequer RS et al. Prognostic value of EEG in the neonatal meningitis: Retrospective study of 29 infants. *Pediatric Neurol* 1992, 8 (6): 417-22.
10. Daly, T Pedly. *Electroencephalography of*

- the newborn. Current practice of clinical EEG 2^o Ed. Raveen Press NY. 1990 . 201-242.
11. Holhautsenk, Briedbach, Scheit. Brain dysmaturity index for automatic detection or high-risk infants. *Pediatric Neurology*, 2000. (22): 187-91
 12. Holmes GL. Prognostic Value of Background Patterns in the Neonatal EEG. *Journal of Clinical Neurophysiology*. 1993 10(3): 323-352.
 13. Holmes G, Rowe J, Hafford J. Prognostic value of the electroencephalogram in the neonatal asphyxia. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1982, 53 (1): 60-72
 14. Klinger G, Chin CN, Beyene J, Perlma M. Predicting the outcome of neonatal bacterial meningitis. *Pediatrics* 2000, 106(3): 477-82.
 15. Kuhle E, et al. Sleep-wake cycles in preterm infants bellow 30 weeks of gestacional age. Preliminary results of a prospective amplitude-integrated EEG study. *Wien-wake wonchenster* 2001, 113 (7-8): 219-23.
 16. Llarerercrantz H. et al. Electroencephalography. *The Newborn brain*. 2002. 339-68.
 17. Lombroso CT. Some aspects of EEG polygraphy in newborns at risk from neurological disorders. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl* 1982^a 36:652-63.
 18. Lombroso CT. Neonatal EEG polygraphy in full term and premature infants: Review of normal and abnormal findings. *J. Clin. Neurophysiol*. 1985; 2; 105-153.
 19. Loria et al. EEG background as predictor of electroencephalography seizure in high-risk neonates. *Epilepsy*, (39): 545-51.
 20. McBrideMC, Loria N, guillet R. Electrographic seizure in neonates correlate with poor neurodevelomental outcome. *Neurology* 2000, 55 (4): 506-13.
 21. Mizrahi, Peter kellaway. Neonatal Electroencephalography. Diagnosis and management of neonatal seizures. 1998 99-144.
 22. Monod et al. The neonatal EEG: Statistical studies and prognostic value en full-term and preterm babies. *Electroencephalogr Clin Neurophysiology*. 1972 (32) 529-44.
 23. Nunes P. Physiologic, Medical, and Cognitive Correlates of Electroencephalography. *Neocortical Dynamics and Human EEG Rhythms*. Chapter 4. 1995. 195-248. Oxford University Press.
 24. Okamura et al. Positive Rolandic sharp waves in Preterm Infants with periventricular leucomalasia: Their Relation to Background Electroencephalogr abnormalities. *Neuropediatrics*. 1999 (30) 278-282.
 25. Orbitus EL et al. Predictive value of EEG form outcome and epilepsy following neonatal seizures. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1996, 98(3): 175-85.
 26. Pressler et al. Early serial EEG in hypoxic ischemic encephalopathy. *Clin Neurophysiol*. 2001, 112 (1): 31-37.
 27. Radvanyi-Bouvet MF et al. Cerebral lesions in early prematurity: EEG prognostic value in the neonatal period. *Brain Dev*. 1987; 9(4): 399 - 405.
 28. Rose and Lombroso CT. Neonatal seizure states. A study of clinical, pathological, and EEG features in 137 full-term babies with long-term follow-up. *Pediatrics* 1970; 45:404-45.
 29. Rosemary S et al., Prognostic value of EEG in neonatal meningitis: Retrospective Study of 29 Infants. *Pediatric Neurol* 1992; 8: 417-22.
 30. Rowe JC et al. Prognostic value of the electroencephalogram in term and preterm infants following neonatal seizures. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1985, 60 (3): 183:96.
 31. Selton D, Andre M, Hascoet JM. Normal EEG in very premature infants: Reference criteria. *Clin Neurophysiol*. 2000, (12): 2116-24.
 32. Sheer, M.S., et al. Regional differences in Spectral EEG measures between healthy term and preterm infants. *Pediatric Neurology*, 17, 218-23.
 33. Sinclair DB, Campbell M, Byrne P. EEG and long term outcome of infants whit neonatal hipoxic-ischemic encephalopathy. *Clin Neurophysiol* 1999, 100 (4): 655-9
 34. Stafstrom and G Holmes. Electrophysiologic Studies in the newborn. *Seminars in neurology*-Volume 13 N^o 1. March 1993 10-19.
 35. Stockard-Pope JE. Werner S. Bickford RG. Atlas of neonatal electroencephalography. 1992. New York: Raven Press.
 36. Takeuchi T, Watanabe K. The EEG evolution and neurological of neonatal perinatal

- hypoxia. *Brain Dev.* 1989; 11(3): 203.
37. Tharp BR. Electrophysiological brain maturation in premature infants: an historical perspective. *J Clin Neurophysiol.* 1990; 7:302-14.
38. Wanatave et al. Behavioral state cycles, background EEGs and prognosis of the newborn with perinatal hypoxia. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol.* 1980; 60:183-96.
39. Wanatave et al. The Prognostic value of EEG in neonatal meningitis. *Clin Electroencephalogr* 1983, 14 (2): 66-77.
40. Wanatave. The neonatal Electroencephalogram and sleep-cycle patterns. *The Neurophysiology examination of the newborn. Clinics in Developmental medicine* Nº 20. 1992. 11-47. NY Cambridge University Press.

Evaluación de niños en custodia

Dr. Mario Zúñiga Pinto

Servicio Médico Legal de Concepción.

El presente trabajo es un artículo de revisión que tiene por objeto delinear algunas pautas generales para quienes en su actividad profesional deben enfrentarse a la evaluación de familias en separación matrimonial con el objeto de emitir un informe relacionado con la custodia de menores, el cual es solicitado por alguna entidad o persona natural.

Algunos puntos generales a considerar (1,2,3):

1. Origen o solicitud de la evaluación, considerando si procede éticamente que ésta se realice:
 - a) Los casos para una evaluación completa, deberían ser aceptados sólo si están de acuerdo ambas partes. La posición del psiquiatra debe ser neutral e imparcial y dirigida a obtener los mejores intereses para el niño .
 - b) Si ocurre un contacto inicial con los padres: Durante éste, el clínico podría explicar las razones y límites en relación a la aceptación del caso, evitando discutir detalles del mismo.
2. Idealmente se debe discutir con los abogados o juez encargado de la causa, lo que desean de la evaluación. Se debe a la vez tener en cuenta posibles conflictos de intereses que dañen la credibilidad y la reputación del experto.

Algunas causas de conflicto de intereses:

- a) Existe algún tipo de relación del terapeuta, con una de las familias o algún miembro de ella.
- b) Existe relación con algunos de los Abogados.
- c) Tiene el profesional alguna relación social o profesional con uno de los padres.

d) Forma de pago: Total, por sesión.

Evaluación (1,2,3,4,5,)

a) Al realizar la evaluación se debe tener en cuenta lo siguiente: El evaluador debería leer la historia médica, educacional, y psiquiátrica que pueda proveer información sobre los padres y el niño. La ficha de los padres debería ser solicitada si existen antecedentes de problemas de salud mental de algunos de ellos.

Si los documentos están en manos de otro profesional, deberían ser solicitados explicándose las razones de tal requerimiento.

b) Decidir, que partes se entrevistarán y en cuantas sesiones.

Como partes se conocen, padres, hijos, cada padre con su hijo, entrevistas a padrastros o parejas y convivientes.

- Considerar entrevista a la familia extendida, amigos, vecino y cuidadores, (ej. Niñera). Informar a todos los entrevistados la naturaleza forense de la evaluación, razón por la cual quedan automáticamente suspendidos sus derechos de confidencialidad y privilegios.

Entrevistas, por ejemplo con los padres, pudiera evidenciar excesiva influencia de un abuelo por sobre uno de los padres, además de datos en alguna medida más "objetivos" sobre la relación parental.

- Considerar, si la visita a la casa de uno o ambos padres, podría ser de ayuda. Visitas realizadas por parte del personal de salud (Asistente Social)

- Decidir que partes deberán ser contactados incluyendo terapeutas o personal de la escuela.

Entrevista a los padres (3,4,5,6)

1. Considerar una reunión con ambos padres si están dispuestos, y respetar la elección de no entrevistarse conjuntamente.
2. Al inicio de cada sesión explicar que los privilegios de confidencialidad se perdieron por la naturaleza legal del proceso. Los padres deben saber que lo hablado, escrito o expresado telefónicamente puede ser referido en el informe. Algunos clínicos realizan un consentimiento informado con los padres, de todas formas el evaluador debería documentar que la pérdida de confidencialidad fue explicada y aceptada por los padres. También el evaluador debería recordar a los padres que su rol es proveer a los juzgados con una opinión; no una decisión de custodia.
3. Se debe ver a un padre el suficiente número de veces como para rendir una opinión informada. Si un padre es visto más veces que el otro, se debe explicar la razón. Dé, a cada uno, el tiempo necesario para expresar su punto de vista.
4. En la primera sesión, se debe explicar a cada padre lo que se está haciendo y si el clínico tiene o no previo conocimiento del caso. Fijar focos de trabajo sin considerar la veracidad de los cargos.
5. Se debe obtener de la evaluación, los siguientes apartados:
 - Descripción e historia del matrimonio y separaciones.
 - Para cada padre la descripción de su relación con el niño.
 - Para cada padre, evaluar su capacidad comprensiva y sensibilidad ante las especiales necesidades del niño
 - Cada padre debe especificar planes para el futuro si la custodia es otorgada.
 - Historia de cada progenitor, incluyendo familia de origen, desarrollo social, y psiquiátrico.
6. Evalúe si la preocupación de los padres está focalizada en el niño, o en lugar de ello,

utilizan la sesión en atacarse o se distraen en preocupaciones concernientes al otro. El evaluador debe explorar todos los alegatos que los padres hacen en contra del otro.

7. Una de las sesiones debería focalizarse en la historia del horario o rutina habitual del menor.
8. No es necesario dar un diagnóstico DSM-IV en una disputa de custodia. El proceso es una evaluación de paternidad, no una evaluación psiquiátrica. Sin embargo, algunos clínicos dan diagnósticos, si es apropiado, luego de obtener una completa historia psiquiátrica y registrar los resultados de su examen mental.
9. La mayoría de las veces no se requiere aplicar test psicológicos en los padres. Psicometrías, tales como Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Test de Apercepción Temáticas o el Rorschach no fueron diseñados para evaluación de padres en los roles que les competen como tales, estos test se introdujeron en medicina legal para evaluar psicopatología pero son poco eficientes en evaluar parentaje. El evaluador puede requerir test psicológico de cada padre para ayudarlo o reforzar su evaluación, proveyendo mayores detalles, esto puede sumar un mayor grado de certeza a la misma. Algunos test que tienen utilidad específica en la evaluación son el Bricklin Perception of Relationships Test y el Ackerman-Schoendorf Scale for Parent Evaluation of Custody (Ackerman 1994). En la actualidad el uso de estos test es controversial, además de no estar disponibles en castellano. El rol que cumple el test en la evaluación debería ser adjuntado en el informe y éste nunca reemplazará una evaluación clínica.

El clínico debería rehusarse a escuchar un cassette grabado hecho por uno de los padres en contra del otro, especialmente si esto fue grabado secretamente. Cuando tal solicitud es hecha, el clínico puede explorar la motivación que tuvo el padre para realizar la grabación y requerir que la escuche el profesional evaluador. La sesión no necesita ser grabada en video,

sin embargo, la grabación sonora es de gran utilidad ya que permite mantener fluidez en la entrevista, y posteriormente realizar los apuntes de la sesión.

El evaluador no debería aceptar una entrevista no concertada y ante lo cual no se haya informado a las otras partes.

Entrevista con el menor (2,3,7)

1. Se debe entrevistar al niño precozmente en el curso de la evaluación. La entrevista del niño debiera considerar; a) diagnóstico; cuando sea apropiado y exista psicopatología que permita formularlo. b) nivel de vínculo con figuras parentales o sustitutos. c) expresión espontánea de preferencia por alguno de los padres. d) estilo de socialización utilizado por sus padres. e) necesidad de realizar test psicométrico o proyectivo.
2. Si es posible, los hermanos deben ser vistos inicialmente juntos.
3. Cada niño debería ser entrevistado en forma individual una o dos veces. Los niños deberían acudir a control, por los menos una vez, con cada uno de sus padres.
4. Explicar al niño el propósito de la evaluación y el rol del clínico. Los niños mayores de tres años tienen capacidad de juicio, y pueden entender que el rol del médico es ayudar al juez a evaluar, donde o con quién vivirá cada uno de los integrantes de la familia. Explorar la percepción que el menor tiene de la situación familiar y qué piensa "acerca de lo que pasa" (formulándolo como pregunta abierta).
5. El clínico debería desarrollar una cálida y confortable comunicación con el niño, usando una técnica y material de entrevista apropiado. Para niños más pequeños una casa de muñecas puede ser emocionalmente evocativo y ayuda al entrevistador a acceder al mundo de la comunicación analógica. Se le puede preguntar si desea dibujar una familia o jugar con títeres para relatar una historia.

6. Los niños menores de 3 años de edad podrían ser entrevistados solos, en la medida que ellos puedan separarse de sus padres. Si el niño voluntariamente relata una preferencia por alguno de sus progenitores, explorar el contexto de esta elección; evaluando si existen indicadores de que el niño ha sido instruido, y qué cree que ocurrirá con cada uno de sus padres.

7. De gran ayuda resulta la evaluación por psicólogo con test proyectivos que permitan valorar las relaciones vinculares del menor. Entre algunos test utilizados se encuentran el CAT (A-H), TAT, Philipson, Test de Pata Negra y Test de la Familia.
8. Especial cuidado debe tener el evaluador en la forma de realizar el interrogatorio a niños pequeños, ya que estos son particularmente vulnerables a ser inducidos por las preguntas del examinador.

Entrevista conjunta de padres e hijos (2,3,4,5,8)

1. La sesión conjunta de padres e hijos debería ser no estructurada y realizarse después que el niño haya efectuado visitas a la consulta. El examinador debe permitir que padres e hijos interactúen espontáneamente. Algunos evaluadores dan una tarea a realizar al binomio padre-hijo o madre-hijo. Esto puede mostrar como trabajan juntos, y la sensibilidad hacia el niño.
2. Se debe comunicar o discutir la posibilidad de grabar la sesión.
3. El clínico debería observar los patrones y facilidad de interacción, signos de ansiedad, patrones de disciplina, capacidad de aprobación, y como la conducta del padre o madre repercute sobre la autoestima.

Entrevistas complementarias

1. Entrevista a los padrastros o madrastras: preguntar sobre la relación con el niño y valorar grado de vinculación. Evaluar la sensibilidad a las necesidades del niño y realista valoración de futuros problemas.

2. Consideran entrevistas a otros cuidadores de importancia, (tales como niñera). En general, realizar entrevistas con otras personas es más difícil, por lo que se debe priorizar la familia inmediata.

Como redactar el informe (2,3,4,5,9,10)

- A) En la preparación del informe el evaluador debe poner énfasis en un número de factores que entrarán en la recomendaciones finales. Estos factores pueden servir como marco junto con el material clínico que el evaluador presente.

Se debe incluir lo siguiente:

1. Continuidad: Qué acuerdo ofrece, la situación más estable y permanente para el niño.
 2. Preferencias: Cómo han sido tomados en cuenta las preferencias del niño. ¿La evaluación está de acuerdo o en desacuerdo con estas preferencias?
 3. Vínculo: Cuál es la calidad de la relación entre el niño y cada padre.
 4. Sensibilidad y respeto: De cada uno de los padres hacia los menores.
 5. Relación Padre-niño(a), género: ¿Existe algún impacto del género en la relación padres-hijos?
 6. Enfermedades físicas y mentales de cada padre, si éstas tuvieran alguna importancia en la ejecución de los roles parentales.
 7. Nivel de conflicto entre los padres y el impacto sobre el niño.
 8. Estilo de socialización: ¿Es el estilo de socialización empleado por el padre o madre el más adecuado al nivel de desarrollo y estructura de personalidad del menor?
- B) Antes de escribir el informe, el evaluador debe determinar si el funcionamiento del subsistema parental luego de la separación, es o no óptimo.
- C) El informe debe estar libre de jerga técnica, debido a que está diseñado para asistir a profesionales no clínicos.
- D) El informe debe ser conciso pero detallado, para proveer la necesaria información y retener el interés de quien lo lea.
- E) Iniciar el informe con un breve resumen de

como el caso fue referido y lo que fue solicitado en la evaluación.

- F) Entregar una lista de los individuos que fueron entrevistados y extensión de la evaluación. Mencionar los recursos de información adicionales, tales como; entrevistas telefónicas con terapeutas y revisión de documentos legales (fichas u otros).
- G) Las conclusiones deberían ser explícitas y fácilmente deducibles del informe.
- H) Discutir la información derivada de las entrevistas clínicas con varias partes y considerar incluir acotaciones textuales. Anotar la impresión clínica de los entrevistados a lo largo del proceso, además de presentar las fortalezas y debilidades de las partes.
- I) Evitar comentarios que podrían ser interpretados como un juicio de valores, de gran importancia en este punto es el tema de las diferencia-religiosas entre los padres.
- J) No es necesario plantear un Diagnóstico DSM-IV ante el hallazgo de una patología psiquiátrica en uno de los padres. El evaluador podría eventualmente explicar las consecuencias del diagnóstico psiquiátrico para una adecuada custodia, si éstas realmente existieran. Proveer un diagnóstico categorial puede confundir a los funcionarios del ámbito legal.
- K) Conclusiones y Recomendaciones. Esta sección puede contener la formulación del caso con recomendaciones específicas y detalladas para la custodia; visitas (si es el asunto a tratar) y cualquier otro comentario o recomendación. Por ejemplo; el evaluador puede recomendar terapia o evaluación adicional de los niños o los padres, antes o después que el litigio se termine. Incluso condicionar la custodia a algún tipo de tratamiento.
- Para el lector debe ser posible ver, como el clínico llego a los conclusiones y los datos en los cuáles se apoyan. ¿Por qué es claro que uno de los padres debería tener la custodia?. Si ambos padres son igualmente adecuados, qué determina que el experto recomiende uno de ellos y no al otro.
- L) El informe debe ser enviado simultáneamente a todos los interesados. El clínico podría reunirse con cada padre y abogado

para explicar los contenidos del informe. A menudo el clínico puede ayudar a cada padre a entender y aceptar las recomendaciones.

- M) Por último, el informe debe ser despachado a la brevedad a las partes solicitantes, ya que el tiempo devengado en estos procesos, muchas veces afecta notoriamente el desarrollo y salud mental de los menores.

Con esta revisión se pretende dar algunas pautas a considerar dentro de la evaluación del proceso de tuición, para ello se ha recurrido a la escasa literatura existente y la experiencia clínica en esta área. Sin embargo, existe aún mucho por mejorar y modificar en este ámbito, teniendo en consideración las exigencias de la nueva reforma judicial y las necesidades cada vez más creciente de nuestra sociedad.

Bibliografía

1. Emery RE, Laumann-Billings L, Waldron MC, et. al. Child custody mediation and litigation: custody, contact, and coparenting 12 years after initial dispute resolution. *Consult Clin Psychol* 2001, 69(2):323-32 .
2. Emery RE, Matthews SG, Wyer MM. J. Child custody mediation and litigation: further evidence on the differing views of mothers and fathers. *Consult Clin. Psychol* 1991, 59 (3):410-8
3. Herman SP. J. Practice parameters for child custody evaluation. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatric. Am Acad Child Adolesc Psychiatric* 1997, 36(10 Suppl):57S-68S.
4. Rutter M., Taylor E., Hersov L. *Child and Adolscent Psychiatry*. Editor: Blackwell Science 1988, pp. 1089 1102.
5. Lewis Melvin. *Child and Adolescent Psichiatry a Comprehensive Textbook*. Editor: Melvin Lewis 1966, 1110-1160
6. Kelly JB. The determination of child custody. *Future Child* 1994;4(1):121-42
7. Miller TW, Veltkamp L. J. Clinical and preventive issues in child custody diputes. *Child Psychiatric Hum Dev* 1995;25 (4):267-80.
8. Goldzband MG All God's children: religion, divorce, and child custody. *J Am Acad Psychiatric Law* 2000;28(4):408-23.
9. DuRocher R Balancing competing interests in post-placement adoption custody disputes. How do the scales of justice weigh the rights of biological parents, adoptive parents, and children? . *J. Leg Med.* 1994, 15(2):305-43
10. Penfold PS. Mendacious moms or devious dads? Some perplexing issues in child custody/sexual abuse allegation disputes. *Can J Psychiatry* 1995, 40(6):337-41.

Interés y manejo de los quistes aracnoidales en el niño

Dr. Pedro Menéndez G.

Servicio de Neuropsiquetría, Hospital Clínico San Borja Arriarán

El diagnóstico de quiste aracnoidal intracraneano en el niño se ha hecho habitual en neurología pediátrica gracias al desarrollo de las neuroimágenes. El objetivo de esta revisión apunta a comprender su patogénesis, correlacionar la clínica con su hallazgo y especialmente, establecer cuándo y cómo tomar una conducta terapéutica.

Definición

Los quistes aracnoidales intracerebrales son colecciones de líquido al interior de la aracnoides que se producen por duplicación o repliegue de la estructura de la membrana. Los quistes verdaderos son congénitos y esporádicos. Existen quistes secundarios producto de acumulación de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el espacio subaracnoideo en niños con hemorragia intracraneana, traumatismos o postinfección, los que se reorganizan como espacios cerrados (1).

Los quistes suelen evolucionar asintomáticos, aunque un porcentaje de ellos dará síntomas en relación a las estructuras neuronales adyacentes o, por efecto de masa, obliterando la circulación del LCR.

Quistes Congénitos

Los quistes primarios son congénitos y por tanto pueden diagnosticarse durante el período prenatal. La ultrasonografía es el mejor método para ello. Algunos quistes crecen durante el embarazo y otros aumentan y luego disminuyen su volumen, desapareciendo antes del parto. El diagnóstico prenatal se refiere a quistes mayores, particularmente los supratentoriales; los pequeños suelen confundirse con otras estructuras. El quiste se produce a partir de aberraciones mínimas del desarrollo de la aracnoides que permiten la duplicación o

separación de la membrana. Se postula que el quiste se desarrolla a partir de un defecto de la condensación del mesénquima o por anomalías del flujo del LCR, como sucede en una dificultad del drenaje por agenesia venosa. Lo más aceptado es la suma de un defecto de la condensación más una heterotopia (2).

Crecimiento y efectos sobre el parénquima

Los quistes aracnoidales suelen crecer muy lentamente o bien estabilizarse. Hay otros de crecimiento rápido, existiendo diversas teorías sobre los mecanismos de su expansión. Se postula que puede producirse un gradiente osmótico entre el contenido del quiste y el LCR. Este mecanismo se propone para los quistes congénitos que contienen LCR claro, lo que no ha podido ser demostrado. Sí se ha hecho con los postinfecciosos en cuyo contenido se encuentra hemosiderina y células inflamatorias (3). Se postula que la producción de líquido se realiza por las células de la pared, evidenciada por técnicas ultracitoquímicas. Por otra parte, hay hechos clínicos que apoyan la teoría del enclaustramiento del quiste: una, la elevación progresiva de la presión intracraneana y/o el incremento de la curva de crecimiento de la circunferencia craneana. La anatomía ultraestructural muestra un neuroendotelio semejante al de la aracnoides normal, particularmente la presencia de lámina basal, granulaciones aracnoideas, microvellosidades y dilataciones sinusoidales (4). La teoría valvular, otro de los mecanismos propuestos, supone que existe una comunicación anatómica que funciona como válvula de bola, es decir, en sentido unidireccional entre el espacio subaracnoideo y el quiste. Los estudios de flujo por cine-resonancia magnética muestran la presencia de este flujo. Este mecanismo no explica la estabilización ni la reducción de algunos quistes (5).

Hallazgos postnatales

Habitualmente se diagnostican en el período de recién nacido por la ecografía practicada a prematuros o niños de término que cursan con algún cuadro neurológico, prematuridad extrema, asfixia o bien con distrés respiratorio. El hallazgo se confirma con una tomografía axial (TAC) o bien por la resonancia magnética (RNM). Las causas de diagnóstico posterior se relacionan en el lactante menor con la macrocefalia y con el seguimiento de los casos de asfixia perinatal. En preescolares y escolares, los encontramos con mayor frecuencia en los estudios de neuroimágenes por TEC, cefalea y convulsiones (6). La distribución de los quistes aracnoidales varía según las series. En un estudio la ubicación más frecuente fue infratentorial (46,2%) (7). En otro estudio la ubicación más frecuente fue la línea media (40%) y el lugar específico de mayor incidencia, la cisura de Silvio (8). En un metaanálisis de cuatro trabajos de nivel II, el lugar de mayor frecuencia fue supratentorial (dos tercios) y en menos del 2% los quistes compartían ambos compartimentos. En nuestra casuística hospitalaria con menores de 1 año en 36 casos, el 58% fue supratentorial, el 27% fue de las cisuras silvianas. El 42% fue infratentorial, con mayor frecuencia retrocerebeloso. Sólo el 22% cursó con macrocefalia. De los infratentoriales, en cuatro casos dudosos como quistes aracnoídeos, la RNM hizo el diagnóstico diferencial con malformaciones del tubo neural: Megacisterna magna y Dandy-Walker (9).

El diagnóstico con TAC se hace por la existencia de imágenes extraxiales con densidad igual al LCR, que no se refuerzan con el medio de contraste. Cuando tienen determinado diámetro, se observan signos de hipoplasia del parénquima. La resonancia multiplanar permite determinar fácilmente los límites y el compromiso provocado en la estructura encefálica. Las nuevas técnicas de resonancia magnética con difusión permiten realizar el diagnóstico diferencial entre los quistes aracnoidales y los tumores epidermoides. Con el TAC es posible realizar el diagnóstico diferencial con otras colecciones de aspecto quístico como el craneofaringioma, el astrocitoma y el hematoma subdural crónico (10).

Ubicación y clínica

Ante la presencia de un quiste aracnoidal, el clínico debe formularse diferentes preguntas: ¿qué relación tiene con los síntomas actuales?, ¿es el causante directo del retraso de desarrollo?, ¿de la macrocefalia? En el escolar: ¿qué relación puede tener con la impulsividad, con el déficit atencional o con la cefalea?, ¿basta contentarse con la conclusión del neurorradiólogo: "habitualmente sin significado clínico"?

Cuando se encuentran en fosa media o en la cisura de Silvio suelen comprometer al lóbulo temporal a través de compresión de la arteria cerebral ánterosuperior. No está claro si la atrofia del lóbulo temporal es secundaria al desarrollo aracnoidal del quiste o, si a la inversa, la agenesia parcial del lóbulo temporal permite su formación (11). Entre los cuadros que se relacionan, la cefalea es la más frecuente; el 10% de los casos presentan algún grado de retraso del desarrollo psicomotor. También se correlaciona con debilidad del hemicuerpo contrario y con epilepsia. Cuando los quistes aracnoidales son bitemporales, debe sospecharse en la aciduria glutárica tipo 1. Esta combinación requiere siempre aclarar el diagnóstico del cuadro metabólico, dado que cualquier acción quirúrgica es de alto riesgo (12).

Cuando el quiste tiene relación con la región selar hay que buscar si existe compresión del tercer ventrículo (los supraselares) con hidrocefalia retrógrada por obstrucción del agujero de Monro. Puede existir un síndrome supraselar con disfunción endocrina (talla baja, retraso del desarrollo psicosocial, obesidad), trastornos visuales y macrocefalia moderada. También puede haber compresión sobre la región talámica (expresado por cabeceo involuntario ánteroposterior de frecuencia 3-4 por segundo).

Los quistes paracerebelosos suelen cursar asintomáticos cuando se encuentran en relación con los lóbulos. Los primeros signos cerebelosos pueden ser cefalea holocránea con o sin relación con compromiso de la marcha. La cefalea puede asociarse a mareo y se suelen

presentar exacerbadas de pie o al caminar, de evolución insidiosa. Otro de los signos de comienzo, cuando hay compromiso de vermis, es la aparición de nistagmus. En todo caso, ninguno de estos síntomas por sí solos orienta a la etiología.

Uno de los problemas de controversia se refiere a la coexistencia de epilepsia focal y quiste aracnoidal. Jacobs (13) no encuentra diferencias entre pacientes epilépticos tratados con cirugía del quiste y aquellos tratados de manera conservadora. Parece ser que el foco epileptógeno en el EEG no guarda relación con el quiste, aunque puede conformar un sitio de atrofia contigua o bien corresponder a una heterotopia mixta.

Entre las complicaciones, aunque infrecuentes, están el higroma y el hematoma subdural, particularmente en los de la fosa media. Entre las causas más mencionadas se encuentran los traumas menores.

Trastornos cognitivos y Síndrome de déficit atencional

Uno de los temas de actualidad se refiere a la asociación de quiste aracnoidal y trastornos cognitivos, particularmente con los síndromes de hiperactividad y a retraso del lenguaje. Es sabido que hay mayor incidencia de quistes en el síndrome de Down, en las mucopolisacaridosis y en la neurofibromatosis (14). Algunas experiencias relatan una mejoría de los tests neuropsicológicos tras la derivación quirúrgica del quiste en estas patologías. Respecto al Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad (SDAH) se ha descrito mayor incidencia de quistes aracnoidales en el lóbulo temporal de estos pacientes (15). Se postula una asociación plausible como patología de la región silviana y temporal. Un mecanismo enunciado es la compresión del polo ánterosuperior del lóbulo temporal, así como de las vías fronto-temporales. Trabajos morfométricos mediante resonancia magnética de alta resolución demuestran una alta correlación entre la presencia de quistes aracnoídeos en la fosa media izquierda y disminución del tamaño del lóbulo temporal ipsilateral respecto al lado contrario. Los estudios neuropsicológicos

efectuados a estos niños revelaron disfunción de lóbulo temporal particularmente en habilidades de concentración, aprendizaje y claras deficiencias de lenguaje (16). Hay evidencia de disminución de la sintomatología de hiperactividad, así como de la baja de rendimiento con la cirugía decompresiva de los quistes ubicados en estas regiones (6). La frecuencia de estos cuadros cognitivos, en particular el síndrome de déficit atencional con hiperactividad, así como la relativa frecuencia del quiste aracnoidal en los sitios referidos, parecen recomendar siempre hacer un buen despistaje neurológico antes de considerarlos un mero trastorno conductual, o una agrupación simplista de síntomas como asevera el DSM IV (17).

Otro de los cuadros vinculados a la presencia de quistes aracnoídeos en la región silviana izquierda es la afasia. Pueden haber pérdida de lenguaje en el síndrome de Landau-Kleffner con quistes perisilvianos izquierdos. Incluso en casos en que la resonancia magnética no demuestra el efecto de masa sobre áreas del lenguaje, la tomografía por emisión de positrones (PET) muestra hipometabolismo en áreas elocuentes y reorganización del área de lenguaje en zonas vecinas del hemisferio izquierdo sin reorganización en el derecho (18). Se postula que el tratamiento precoz del quiste podría modificar significativamente estos cuadros, aunque algunos autores estiman que se necesita mayor investigación (19). Desgraciadamente, la implicancia del quiste aracnoidal respecto a los cuadros que lo acompañan suelen deducirse de manera retroactiva, como la disminución de las crisis tras la cirugía (20).

En nuestro concepto, el quiste silencioso que no se relaciona con los signos y síntomas arriba mencionados, debe catalogarse como hallazgo benigno, particularmente los de la convexidad y los paracerebelosos sin relación con vermis ni compresivos del cuarto ventrículo o del Magendi. No obstante, la benignidad no es sinónimo de olvido. Su pesquisa debe seguirse durante el período de crecimiento y ante la aparición de síntomas, particularmente la cefalea con carácter progresivo o con signos de aumento de la presión (21).

Criterios de tratamiento

Se postula el manejo conservador en pacientes que no demuestran signos de aumento de la presión intracraneana o que no tienen acción focal directa como en los casos señalados, principalmente porque la cirugía tiene algún grado de morbilidad. Nuestro hábito es referir al neurocirujano para su evaluación todo quiste con macrocefalia o con signos neurológicos como los descritos. La indicación quirúrgica también está indicada en los quistes asociados a hematoma subdural y en las hidrocefalias obstructivas (21). En epilepsia debe indicarse la cirugía sólo en aquellos casos abordables y en los que el foco eléctrico coincida con la ubicación del quiste según lo ya dicho más arriba. El tratamiento quirúrgico en las cefaleas intratables con presión normal sigue siendo controversial. Los procedimientos utilizados más frecuentemente son la fenestración del quiste o la derivación cistoperitoneal. En general la extirpación total no es posible y la mayoría de los niños se benefician con la derivación. La cirugía profiláctica en quistes silentes no se recomienda (22).

Podemos concluir que los quistes aracnoidales no deben ser considerados a priori como hallazgos no significativos en el niño. Deben ser analizados estrictamente respecto a la clínica, incluso cuando su existencia sea dudosa en la TAC cerebral por ocultamiento óseo o artefactos en fosa media, debe practicarse una RNM. Resulta de alto interés la ubicación relacionada con lóbulo temporal izquierdo y su relación con las afasias y el síndrome de déficit atencional, lo que amerita a nuestro juicio mayor estudio.

Bibliografía

1. Choi JU, Kim DS. Pathogenesis of arachnoid cyst. A review. *Pediatr Neurosurg* 1998; 29:260-266.
2. Catala M, Poirier J. Arachnoid cysts: Histologic, embryologic and physiopathologic review. *Rev Neurol (Paris)* 1998; 154: 489-501.
3. Cagnoni G, Fonda C, Pancani S et al. Intracranial Arachnoid cysts in pediatric age. *Pediatr Medi Chir* 1996; 18:85-90.
4. Hoffmann KT, Hosten N, Meyer BU, et al. CSF flow studies of intracranial cysts and cyst-like lesions achieved using reversed fast imaging with steady state precisions MR sequences. *Am J Neuroradiol* 2000; 21: 493-502.
5. Santamarta D, Aguas J, Ferrer E. The natural history of arachnoid cysts: endoscopic and cine-mode MRI evidence of a slit-valve mechanism. *Invasive Neurosurg* 1995; 38:133-137.
6. Jayaprakash A, Gosalakal MD. Intracranial arachnoid cysts in children. A review of Pathogenesis, clinical features and management. *Pediatr Neurol* 2002; 26:93-98.
7. Pascual-Castroviejo I, Roche MC, Martínez Bermejo A et al. Primary intracranial arachnoid cysts. A study of 67 childhood cases. *Child Nerv Syst* 1991; 7:257-263.
8. Oberbauer RW, Haase J, Pucher R. Arachnoid cysts in children. A European co-operative study. *Child nerv Syst* 1992; 8:281-286.
9. Menéndez P. Datos preeliminares; por publicar.
10. Ibarra R, Kesava PP, Role of MR imaging in the diagnosis of complicated arachnoid cyst. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 329-331.
11. Weaster K, Peculiarities of intracranial arachnoids cysts: location, sidedness, and sex distribution in 126 consecutive patients. *Neurosurgery* 1999; 45: 75-79.
12. Lutcherath V, Waaler PE, Jellum PE et al. Children with bitemporal arachnoids cysts may have glutaric acyduiria type I (GAT1) *Acta Neurochir (Wein)* 2000; 142: 1025-1030.
13. Koch CA, Voth D, Kraemer G et al. Arachnoid cysts: does surgery improve epileptic seizures and headaches. *Neurosurg Rev* 1995; 18:173-181.
14. Wester K, Hugdahl K. Intracranial arachnoid cysts: Some neuropsychological experiences. *Tiddsskr Nor Laegeforen* 1999; 119:4165-4168.
15. Millichap JG. Temporal lobe arachnoid cyst-attention disorder syndrome: role of the EEG in diagnosis. *Neurology* 1997; 48: 1435-1438.
16. Zaatreth M, Bates ER, Hooper SR, et al. Morphometric and neuropsychologic studies in children with arachnoid cysts. *Ped Neurol* 2002; 26: 134-138.

17. DSM IV. Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Criterios Diagnósticos. Págs. 62-65. Masson S.A. editores. Barcelona, 1997.
18. Ibarra R, Casava PP. Role of MR imaging in the diagnosis of complicated arachnoid cyst. *Pediatr Radiol* 2000; 30:329-331.
19. Stowe LA, Go KG, Pruim J. et al. Language localization in in cases of left temporal arachnoids cysts: evidence against interhemispheric reorganization. *Brain Lang* 2000; 75: 347-358.
20. Wang PJ, Lin CH, Liu HM et al. Intracranial arachnoid cysts in children. Related signs and associated anomalies. *Pediatr Neurol* 1998; 12:100-104.
21. Sommer IE, Smith LM. Congenital and supratentorial giant and arachnoid cysts in children: A clinical study with arguments for a conservative approach. *Child Nervs Syst* 1997; 13: 8-12.
22. Ciricillo SF, Cogen PH, Harsh GR, Edwards MS. Intracranial arachnoid cysts in children. A comparison of the effects of fenestration and shutting. *Neurosurgery* 1991; 74:230-235.

Enfermedad de Gaucher. Reporte de un caso clínico.

*Dr. Juan Francisco Cabello, Dra. Ilse González, Dra. Pamela Jofré,
Dr. Rodrigo Valenzuela, Dra. Marta Colombo*

*Policlínico de Enfermedades Metabólicas y Unidad de Neuropsiquiatría Infantil,
Servicio de Radiología, Hospital Carlos Van Buren
Servicio de Pediatría, Hospital Gustavo Fricke*

Introducción

La Enfermedad de Gaucher es la enfermedad lisosomal de presentación más frecuente en la infancia (81). Los síntomas que caracterizan el tipo I (forma no neuropática de la enfermedad de Gaucher), suelen pasar inadvertidos a los ojos del médico, condenando a los pacientes a peregrinar por distintos especialistas por largos años antes de llegar a un diagnóstico preciso. Esta situación retrasa el inicio de una terapia efectiva así como un adecuado consejo genético a la familia. A su vez, expone a los pacientes a procedimientos médicos de urgencia que puedan acelerar el ya devastador curso natural de esta condición.

Caso clínico

Paciente de 13 años, JMV, sexo femenino. Hija de padres no consanguíneos, embarazo y parto normal, sin patología en el período de recién nacido, desarrollo psicomotor normal. Actualmente cursa octavo básico con buen rendimiento. A los 3 años presenta dolor intenso en rodilla izquierda, que motiva cirugía con el diagnóstico presuntivo de artritis séptica. En 1996 es operada de osteomielitis de tibia izquierda. En 1998 es diagnosticada con enfermedad de Perthes bilateral. En octubre de 1999 se consigna el hallazgo de una hepatoesplenomegalia. Se practica un mielograma informado como normal. Estudio con antígenos para hepatitis B son negativos. Factor reumatoideo en valores normales. Recuento de plaquetas: 80.000/mm. Por los antecedentes clínicos en el año 2001, se plantea el diagnóstico de una enfermedad de Gaucher y se solicita actividad de glucocerebrosidasa en leucocitos: 1mU/mg (rango:3.3-1mU/mg). La radiografía de fémur muestra la característica deformación en matraz de Erlenmeyer. La Resonancia Nuclear Magnética de caderas y

fémur proximal evidencia la infiltración medular ósea, osteopenia, infartos óseos lesiones líticas.

Actualmente no recibe terapia específica de su condición, sólo analgésicos en caso de crisis de dolor y control semestral de pruebas hepáticas, hemograma con recuento plaquetario y estudio radiográfico de columna, caderas y fémur.

Discusión

La Enfermedad de Gaucher es un error innato del metabolismo, de herencia autosómica recesiva, producida por un déficit en la actividad de la enzima lisosomal glucocerebrosidasa (1). Su prevalencia es de 1:57.000, con distribución pan étnica, y predilección en ciertos grupos, tales como los judíos Ashkenazi, quienes presentan cifras de prevalencia de 1:855 (2).

Se ha descrito tres tipos de presentación de esta enfermedad. La enfermedad de Gaucher tipo II, o neuronopática aguda, se presenta con grave y progresivo compromiso neurológico, espasticidad y epilepsia, visceromegalia y muerte en los dos primeros años de vida. El Gaucher tipo III, también conocida como forma neuropática sub aguda o crónica, se manifiesta con visceromegalia y la aparición de síntomas neurológicos en la edad preescolar o escolar. La forma más frecuente de presentación es la Enfermedad de Gaucher tipo I, cuyas características principales son la hepatoesplenomegalia de inicio en edad escolar, con hiperesplenismo asociado; alteraciones hematológicas, con compromiso de todas las series, en especial la trombocitopenia; enfermedad ósea, que se manifiesta con osteoporosis, infartos óseos, infiltración de médula ósea, necrosis avascular y fracturas, constituyendo el aspecto más invalidante de esa condición; y la ausencia de compromiso

neurológico primario, pudiendo producirse compromiso neurológico secundario a otras manifestaciones (daño medular secundario a fracturas vertebrales por compresión, accidentes cerebro-vasculares asociadas a la trombocitopenia, etc.). El compromiso pulmonar es raro, pero la hipertensión pulmonar puede presentarse en edades avanzadas y ser una causa importante de morbilidad. El diagnóstico se basa en la demostración de una actividad deficiente de la enzima glucocerebrosidasa en leucocitos y otras células nucleadas. El estudio molecular para determinar una de las cuatro mutaciones más frecuentes está disponible comercialmente (3). El tratamiento de los síntomas incluye: manejo del dolor óseo crónico o recurrente, recambio articular en pacientes jóvenes, manejo sintomático de alteraciones hematológicas con transfusiones, o esplenectomía de urgencia ante un hiperesplenismo o ruptura hepática/esplénica por traumatismos abdominales (4). La esplenectomía debe ser evitada, ya que acelera la progresión de la enfermedad ósea.

Desde el año 1992 existe de manera comercial en todo el mundo de la Terapia de Reemplazo Enzimático para la Enfermedad de Gaucher. Esta consiste en la administración endovenosa de una enzima recombinante, en un régimen bisemanal y de por vida. Este tratamiento ha demostrado ser efectivo en detener la progresión y revertir síntomas tales como la hepatoesplenomegalia o las alteraciones hematológicas (5). La efectividad en la enfermedad ósea dependerá del estado óseo previo, pero la asociación con otros tratamientos, como el uso de bifosfonatos, llevan a una disminución en la intensidad y frecuencia de las crisis de dolor, así como a la reducción en la tasa de fracturas y recambios articulares (6).

JMV presenta la secuencia característica de síntomas de un paciente con una enfermedad de Gaucher tipo I. Los síntomas derivados del

compromiso óseo constituyen el aspecto más trascendente para su calidad de vida. De no recibir terapia específica, sus síntomas serían progresivos llevando a una limitación de su actividad escolar y futuro laboral, cuando el manejo sintomático se haga menos efectivo. Existen nueve pacientes diagnosticados hasta la fecha de esta publicación en nuestro país. El alto costo de este tratamiento ha evitado que la totalidad de los pacientes chilenos puedan recibir de manera regular este tratamiento. Ellos se han agrupado en la Corporación Gaucher (www.fundaciongaucher.cl), con el fin de dar a conocer su condición e intentar hacer cumplir el derecho que tienen a la salud y la vida, mediante la administración de un tratamiento que ha probado ser efectivo y al cual no pueden acceder.

Referencias

1. Beutler E., Grabowski GA. Gaucher Disease. In: Scriver CR BA, Sly WS, Valle D, ed. The metabolic & molecular bases of inherited disease. 8th ed. Vol 3. New York: McGraw-Hill; 2001:3635-3668.
2. Meikle PJ, Hopwood JJ, Clague AE, Carey WF. Prevalence of lysosomal storage disorders.. *Jama*. 1999;281(3):249-54.
3. Grabowski GA. Gaucher Disease: gene frequencies and genotype/phenotype correlations. *Genet Test*. 1997;1(1):5-12.
4. Charrow J, Esplín JA, Gribble TJ, et. al. Gaucher disease: recommendations on diagnosis, evaluation, an monitoring. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1754-60.
5. Weinreb NJ, Charrow J, Andersson HC, et. al. Effectiveness of enzyme replacement therapy in 1028 patients whit type 1 Gaucher disease after 2 to 5 years of treatment: a report from the Gaucher Registry. *Am J Med*. 2002;113(2):112-9.
6. Pastores GM, Hermann G, Norton KI, et. al. Regression of skeletal changes in type 1 Gaucher disease with enzyme replacement therapy. *Skeletal Radiol*. 1996;25(5):485-8.

Separación matrimonial y conflicto conyugal. Sus efectos en los hijos.

Dr. Hernán Montenegro

Como una contribución al debate suscitado recientemente sobre los efectos de la separación matrimonial y del divorcio en los hijos, deseo sintetizar en este artículo algunos de los hechos más relevantes que se desprenden de mi experiencia profesional y de la revisión bibliográfica que llevé a efecto el año pasado para publicar un libro sobre el tema.

Las investigaciones realizadas hasta la década de los 80 comprobaron que los hijos de padres separados o divorciados tenían mayor cantidad de problemas emocionales, conductuales y de rendimiento escolar que los hijos de familias intactas. Sin embargo, en la década de los 90, producto de investigaciones en mayor escala y con una metodología más depurada, se comenzó a comprobar que estos efectos, lejos de ser generalizados, iban a variar significativamente de acuerdo con un sinnúmero de factores, entre los que figuran la edad del niño al momento de la separación o divorcio; el sexo; su temperamento; la salud mental de los padres y de los hijos antes y después de la separación; la capacidad de los padres de coordinarse y lograr acuerdo sobre diversas materias después de la separación; el tipo de custodia o tuición; el que se produzcan o no nuevos matrimonios o convivencias de uno o ambos padres; la existencia de otros hijos producto de estas nuevas familias mixtas o simultáneas; el tiempo transcurrido después de la separación; la cantidad y calidad de redes de apoyo, etc. No obstante esta diversidad de factores, hay uno que ha cobrado mayor importancia a la luz de las últimas investigaciones y que tiene que ver con “el grado de conflictos que existió antes de la separación y después de ella”.

En un estudio longitudinal efectuado por Charlín, Furstenberg y Lindsay en Gran Bretaña y Estados Unidos, se pudo concluir que una parte sustancial de los problemas observados en hijos

de padres separados o divorciados estaba ya presente antes de la separación. Aproximadamente la mitad de los problemas conductuales y académicos de los niños en edad escolar había sido detectada en los cuatro años anteriores a que los padres se separaran, de acuerdo con los reportes de sus profesores y de los padres.

Por otra parte, también en los últimos años se han realizado importantes investigaciones sobre los efectos que tiene el conflicto conyugal, especialmente aquel caracterizado por su alta intensidad y frecuencia, y los efectos deletéreos en el estado emocional y la conducta de los hijos tanto en el hogar como en su adaptación escolar. Sus resultados son concluyentes: no difieren de los problemas que presentan hijos de padres separados.

Así entonces, los primeros estudios llevados a cabo sobre los efectos de la separación o divorcio en los hijos, al no tomar en cuenta el grado de conflicto conyugal y parental que existía antes de la separación, han contribuido a sobresimplificar y sobregeneralizar sus efectos, atribuyéndolos a la separación o divorcio per se, sin considerar tampoco las variadas características y la estructura de las familias postseparación. Por otra parte, las investigaciones recientes confirman lo que veníamos observando los especialistas en psiquiatría del niño y del adolescente desde hace mucho tiempo: que los trastornos emocionales, conductuales y académicos que afectan a los hijos cuando se desarrollan en un ambiente familiar disfuncional, en donde los padres mantienen una discordia marital permanente, no se diferencian de aquellos que afectan a los hijos de divorcios destructivos o precedidos de años de conflictos intensos y frecuentes.

Un dato que puede ser relevante al respecto deriva de una revisión personal que efectué recientemente de las fichas de niños y adolescentes atendidos en mi consulta particular en los últimos 10 años. Encontré que 24,5% correspondía a los hijos de padres separados, porcentaje que no difiere del encontrado en estudios nacionales sobre la prevalencia de la separación general. La gran mayoría de los niños y adolescentes que llegan

a consulta por diversas patologías psiquiátricas, en un 75% pertenecen a familias en que sus padres no están separados. Así entonces, conviene tener presente dentro del grupo de "familias intactas" existe toda una gama de disfunciones familiares que van desde la discordia marital severa y crónica (divorcio emocional) hasta los diversos grados de abandono, rechazo afectivo y violencia intrafamiliar.

Actividades SOPNIA 2003

SIMPOSIOS Y JORNADAS

PSIQUIATRIA

22 de Agosto

“Trastornos adictivos en la adolescencia”

Organiza: Servicio de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Hospital Barros Luco y Unidad de Adicciones, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago.

Director: Dr. Humberto Guajardo S.

05 de Septiembre

“Corporalidad, control de impulsos y agresión en el adolescente. Desafíos terapéuticos”.

Organiza: Unidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Directora: Dra. Muriel Halpern

NEUROLOGIA

10 y 11 de Abril

“3as. Jornadas Internacionales de Epilepsia. 50 Años Liga Chilena Contra La Epilepsia”.

Organiza: Liga Chilena contra la Epilepsia

Directores: Dr. Manuel Campos y Dr. Alejandro De Marinis

Lugar: Hotel Marriot, Av. Kennedy 5741, Las Condes.

08 de Agosto

“Desarrollo Psicomotor: el niño que regresa ¿dilema?”.

Organiza: Unidad de Neurología y Enfermedades Metabólicas, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica

Directores: Dra. Marta Hernández y Dra. Gloria Durán

GRUPO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

30 de Agosto

Jornadas de Reflexión

“Trastornos del lenguaje infantil: buscando acuerdos”.

Organiza: Grupo de Trastornos del Desarrollo.

Director: Sr. Marcelo Díaz

CONSULTORIAS CON EXPERTOS.

Fechas y Temas a confirmar

Iquique

Concepción

Valdivia

AUSPICIOS

La Sociedad además esta auspiciando los siguientes cursos:

Simposio “El Niño que no aprende”

Organizado por el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán y se realizará el día 11 de Abril de 2003 en el Auditorio Miguel de la Fuente.

Coordinadoras: Dra. Freya Fernández, Dra. Carmen Quijada y Dra. Patricia Urrutia

“Curso Neurología Infantil y Emergencias Pediátricas”.

Organizado por el Dpto. Científico Docente de Clínica Alemana en conjunto con el Servicio de Neurología, se realizará los días 18 y 19 de Abril de 2003.

“Primer Encuentro Chileno de Especialistas en Neuro Rehabilitación y Ortopedia Pediátrica”

Se realizará el 24 de Abril de 2003.

“III Jornadas de Epilepsia”

Organizado por la Sociedad de Epileptología de Chile, se realizará los días 6 y 7 de Junio de 2003 en el Hotel Neruda, Santiago

“Segundo Curso Internacional de Terapia Vojta: Kinesiología del desarrollo aplicada a lactantes, niños y jóvenes según Vojta”

Organizado por la Unidad de Neurología Infantil del Hospital Exequiel González Cortés, el Colegio de Kinesiólogos de Chile y la Sociedad Internacional Vojta de Alemania, se realizará durante los años 2003 y 2004, segundo módulo a partir del 27 de Octubre al 7 de Noviembre de 2003.

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

- MID-YEAR INSTITUTE

Fecha: 19 al 21 de Marzo de 2003.

Organizado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Lugar: Santa Fe, NM, USA

- III JORNADAS INTERNACIONALES. LIGA CHILENA CONTRA LA EPILEPSIA
SIMPOSIO 50 AÑOS. LIGA CHILENA CONTRA LA EPILEPSIA

Fecha: 10 y 11 de Abril de 2003

Lugar: Hotel Intercontinental, Santiago

Informaciones:

Sra. Carmen Gajardo

Fono: 699.2288

Fax: 699.4084

e.mail:liche@ligaepilepsia.cl

Pag. Web: www.ligaepilepsia.cl

- XVI JORNADAS DE INVIERNO - SOCIEDAD DE NEUROCIRUGIA DE CHILE

Fecha: 29 de Mayo de 2003

Lugar: Valparaíso

Informaciones:

Secretaria Sociedad

Esmeralda 678 2º piso interior, Santiago

Fonos: 633.4149 - 638.6839

e.mail: neurocirugia@terra.cl

Pág. Web: www.neurocirugia.cl

- 28TH ANNUAL REVIEW COURSE

Fecha: 4 al 7 de Junio de 2003.

Organizado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Pittsburgh, PA, USA

- III JORNADAS DE INVIERNO. SOCIEDAD DE EPILEPTOLOGIA DE CHILE

Fecha: 7 y 8 de Junio de 2003

Lugar: Hotel Neruda Santiago

Informaciones:

Secretaria Sociedad

Fono: 231.0172

- LVIII CONGRESO ANUAL Y CONGRESO PANAMERICANO DE NEUROLOGÍA

Fecha: 9 al 12 de Octubre de 2003

Lugar: Edificio Diego Portales, Santiago

Informaciones:

Secretaria Sociedad

Carlos Silva 1292 Of. 22, Plaza Las Lilas, Santiago

Fono: 334.9550

- CONGRESO MUNDIAL DE EPILEPSIA

Fecha: 13 al 19 de Octubre de 2003.

Organizado por: ILAE e IBE

Lugar: Lisboa, Portugal

• 50th ANNUAL MEETING

Fecha: 14 al 19 de Octubre de 2003.

Organizado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Lugar: Hotel Fontainebleau Hilton, Miami, FL, USA

• XXI CONGRESO ANUAL - SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha: 6 al 8 de Noviembre de 2003

Lugar: Centro de Convenciones, Hotel y Casino Viña del Mar

Invitados Internacionales

Neurología

Dr. Stephen Ashwal, USA
Dr. Shlomo Shinnar, USA

Psiquiatría

Dr. Alberto Favazza, USA
Dra. Cecilia Breinbauer, USA

Temas Neurología

- Enfermedad Cerebrovascular en niños
- Decisiones basadas en la evidencia en el diagnóstico y tratamiento de Epilepsias

- Ética en la práctica de la Psiquiatría y Neurología Infantil
- Neuroinmunología
- Avances en Distrofias Musculares y Miopatías
- Neuroinfectología: Novedades en el diagnóstico y tratamiento
- Nuevas terapias en Enfermedades Neurometabólicas
- Controversias en Neurología Infantil

Psiquiatría

- El afecto: desarrollo y psicopatología
- Comer-Ser-Alimentarse
- Sexualidad, Erotismo y Perversión
- Agredirte o Agredirme
- Ontogenia del Ciclo Sueño-Vigilia y Sueños, Trastornos de los niños y adolescentes

Informaciones:

Secretaría Sociedad
Esmeralda 678 2º piso interior, Santiago
Fono: 632.0884
Fax: 639.1085
e.mail: sopnia@terra.cl
Pág. Web: www.sopnia.cl - www.sopnia.com

• XLVI CONGRESO ANUAL - SOCIEDAD DE NEUROCIRUGÍA DE CHILE

Fecha: 4 al 6 de Diciembre de 2003

Informaciones:

Secretaría Sociedad
Esmeralda 678 2º piso interior, Santiago
Fonos: 633.4149 - 638.6839
e.mail: neurocirugia@terra.cl
Pág. Web: www.neurocirugia.cl

Grupos de Desarrollo

Grupos de Desarrollo

Grupo Chileno de Trastornos del Desarrollo, se reúnen el último sábado de cada mes, en el Laboratorio Andrómaco, Quilín 5273.

Secretaria: María Elena Argomedo (Terapeuta Ocupacional)

Directorio Grupo de Trastornos del Desarrollo 2002-2004

Tesorera:
Emelina Dóñez (Terapeuta Ocupacional)

Presidente:
Jorge Förster (Neurólogo Infantil)

Directores:
Marcia Cabezas (Fonoaudióloga)
Gloria Valenzuela (Psicopedagoga)

Vice-Presidente:
Carmen Quijada (Neurólogo Infantil)

Past-Presidente:
Maritza Carvajal (Neurólogo Infantil)

PROGRAMAS DE REUNIONES MENSUALES, AÑO 2003

FECHA	TEMA	EXPOSITOR
Marzo 29	“Integración de una niña con deficiencia mental a escuela común: estudio de caso”	Sr. Marcela Nicoletti Psicopedagoga
	“Trastorno de aprendizaje y epilepsia infantil”	Dra. Maritza Carvajal Neuróloga Infantil
Abril 26	“Homosexualidad”	Dr. Alejandro Maturana Psiquiatra Infanto-Juvenil
	“Trastorno de Lenguaje y Síndrome de Déficit Atencional”	Sra. Angélica Cunazza Fonoaudióloga
Mayo 24	“Escuelas de lenguaje: actualización en normativas de su funcionamiento”	Sr. Pedro Moraga Fonoaudiólogo
	“Neurofisiología del Desarrollo”	Dra. Carmen Quijada Neuróloga Infantil
Junio 28	“Agresión en niños”	Dra. Patricia Urrutia Psiquiatra Infanto-Juvenil
	“Manejo familiar del niño con dificultades de aprendizaje”	Sra. Anita Campos Psicóloga Infantil

FECHA	TEMA	EXPOSITOR
Julio 26	“Tribus urbanas y psicopatología”	Sra. Gloria Valenzuela Psicopedaga
	“Las sectas en Chile”	Sr. Guillermo Prado Periodista y Sociólogo
Agosto 30	JORNADAS DE REFLEXION “Trastornos del lenguaje infantil: buscando acuerdos” Director: Sr. Marcelo Díaz	Todos los miembros del Grupo
Septiembre 27	“Maltrato y abuso sexual infantil”	Dra. Alicia Espinoza Psiquiatra Infanto-Juvenil
	“Maltrato y abuso sexual infantil: una experiencia de trabajo con las madres”	Sra. Maria Elena Argomedo Terapeuta Ocupacional
Octubre 25	“Intervención educacional en el niño con Síndrome de déficit Atencional-hiperactividad”	Sra. Claudia Droguett Psicóloga Infantil
	“Síndrome de déficit Atencional y trastornos de ansiedad”	Dra. Claudia Herrera Psiquiatra Infanto-Juvenil
Noviembre 29	“Programa de seguimiento de prematuros”	Dra. Enrica Pitaluga Pediatra neonatóloga
	“Actitud de las madres frente a la estimulación del desarrollo psicomotor de lactantes hospitalizados”	Sra. Emelina Doñez Srta. Claudia Tapia Terapeutas Ocupacionales
Diciembre 27	“Problemas de atención y control de impulsos en preescolares: estrategias de manejo en la atención psicológica”	Sra. Chamarrita Farkas Psicóloga Infantil
	“Aspectos éticos en la relación multiprofesional”	Dr. Jorge Förster Neurólogo Infantil

Lugar de Reuniones: Laboratorio Andrómaco, Quilín 5273, Rotonda Quilín por Vespuccio.
Horario: 09.00 a 11.30 hrs.

Noticias

- A todos nuestros asociados les informamos que en este momento la Sociedad cuenta con un correo electrónico el cual servirá para tener

más contacto entre nosotros.
e.mail: sopnia@terra.cl y página Web:
www.sopnia.com

Sugerencias para las contribuciones

El Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia se propone como objetivo principal ser un instrumento de comunicación entre los socios y es así que ofrece sus páginas para difundir todos aquellos artículos relacionados con su actividad profesional.

Las contribuciones podrán tener la forma de trabajos originales, revisiones, casos clínicos, evaluaciones de programas asistenciales o actualidades, en las áreas de Neurología, Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente u otras disciplinas afines. Estos artículos se harán llegar al comité editorial del Boletín, que se encargará de su revisión con la colaboración de miembros de la Sociedad con trayectoria en el tema.

Los artículos se entregarán en papel tamaño carta, mecanografiados a doble espacio, e incluirán el original y dos fotocopias, más una copia registrada en disquette de 3.5 en Word 6.0 (P.C.). Se sugiere una extensión máxima de 10 páginas para artículos originales, revisiones y programas, y de 6 páginas para casos clínicos o actualidades. Como acompañantes del texto se incluirán solamente cuadros o tablas mecanografiadas en hojas separadas.

Se incluirá una primera página que contenga: a) título del trabajo, b) nombre y apellidos de los autores, c) lugar de trabajo, d) resumen del trabajo, con un máximo de 150 palabras.

Se sugiere que los trabajos tengan el siguiente ordenamiento:

a) Introducción: Se plantearán y fundamentarán las preguntas que motivan el estudio y se señalarán los objetivos de éste.

b) Pacientes (o sujetos) y Método: se describirán los criterios de selección y las características de los sujetos. Se describirá la metodología usada y, cuando sea pertinente, detalles del diseño y de los métodos estadísticos empleados.

c) Resultados: Se refiere solamente a la descripción en un orden lógico, de aquellos datos que se generan del estudio. No incluye su discusión.

d) Discusión: Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.

e) Referencias: Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición del problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto. La anotación se hará como sigue:

Revistas: Apellido e inicial de los autores: Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agrega *et al.*, a continuación anote el título del artículo en su idioma original, luego el nombre completo de la revista en que apareció, año, volumen, página inicial y final. Ejemplo: 1) *Villalón H. Alvarez P., Barría E et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 1992, 63: 140-144.*

Capítulos de libros: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más mencione los tres primeros y agregue *et al.*, continuación anote el título del capítulo en su idioma original, luego señale nombre del libro, editores, año, página inicial y final, editorial. Ejemplo: 4) *Chiofalo N., Díaz A., Avila M. El Mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial compleja con sintomatología psiquiátrica. En Las epilepsias. Investigaciones clínicas. Editor: M. Devilat, 1991, pp 6-10 Ciba Geigy, Chile.*

La secuencia propuesta, si bien es aplicable a un número importante de trabajos, no lo es para otros, como son revisiones o actualidades. En estos casos los autores se darán la organización que consideren pertinente.