

# REVISTA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 16 - Nº 2 - AGOSTO DE 2005

ISSN0718-1698



## DIRECTORIO 2003 - 2005

Presidente: Dra. Virginia Boehme K.  
Vicepresidente: Dra. Isabel López  
Secretaria Gral.: Dra. Maritza Carvajal G.  
Tesorera: Dra. María Alicia Espinoza A.  
Directores: Dra. M. Angeles Avaria B.  
Dr. Jorge Förster M.  
Dra. Marcela Larraguibel Q.  
Dra. Cecilia Ruiz C.  
Dra. Begoña Sagasti A.  
Dra. Viviana Venegas S.  
Past-President: Dr. Tomás Mesa L.  
Secretarias: Sra. Carolina Martínez S.  
Sra. Muriel Lizana A.

Dra. Perla David G. (Santiago)  
Dra. Flora De La Barra M. (Santiago)  
Flgo. Marcelo Díaz M. (Santiago)  
Dra. Alicia Espinoza A. (Santiago)  
Dra. Marcela Larraguibel Q. (Santiago)  
Dr. Pedro Menéndez G. (Santiago)  
Dr. Tomás Mesa L. (Santiago)  
Dr. Hernán Montenegro A. (Santiago)  
Dr. Fernando Novoa S. (Viña del Mar)  
Dr. Fernando Pinto L. (Coyhaique)  
Dra. Begoña Sagasti A. (Viña del Mar)  
Ps. Gabriela Sepúlveda R. (Santiago)  
Dra. Ledia Troncoso A. (Santiago)  
Dr. Mario Valdivia P. (Concepción)  
Dr. Julio Volenski B. (Iquique)

## 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:

Dr. Carlos Almonte V. (Santiago)  
Dra. Claudia Amarales O. (P. Arenas)  
Dr. Cristian Amézquita G. (Concepción)  
Dra. María Eliana Birke L. (Antofagasta)  
Dra. Verónica Burón K. (Santiago)  
Dr. Manuel Campos P. (Santiago)  
Dra. Marta Colombo C. (Viña del Mar)

### Asesora Resúmenes en Inglés:

Dra. M. Angeles Avaria B. (Santiago)

## COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

### Neurología

Dr. Jaime Campos (España)  
Dra. Patricia Campos (Perú)  
Dra. Lilian Czornyj (Argentina)  
Dr. Philip Evrard (Francia)  
Dr. Agustin Leguido (USA)  
Dr. Jorge Malagón (México)  
Dr. Joaquín Peña (Venezuela)

### Psiquiatría

Dra. Susan Bradley (Canadá)  
Dr. Pablo Davanzo (USA)  
Dr. Gonzalo Morandé (España)

Esmeralda 678, 2º Piso Interior, Fono Fax: 632.0884, e.mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl), Página web:  
[www.sopnia.com](http://www.sopnia.com) Santiago - Chile

Diseño: Juan Silva / 635 2053 / [jusilva2@terra.cl](mailto:jusilva2@terra.cl)

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

---

AÑO 16 - Nº 2 - AGOSTO 2005

---

ISSN 718-1698

**CONTENIDOS**

	Página
EDITORIAL	3
TRABAJOS ORIGINALES	
- Alteraciones y hábitos de sueño en una muestra de escolares chilenos <i>Tomás Mesa L., Patricia Masalam A., Julia Sequeida Y., Rina González R.</i>	5
- Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) <i>Adonay Pizarro, Carlos Valenzuela</i>	12
- Memoria verbal y no verbal a corto plazo en adolescentes con organización límite de personalidad <i>Ana Campos C., Maysa Ferreira F., Patricia Urrutia G., Cecilia Ruiz C., Patricia Barra, Yasna Ruiz.</i>	20
- Oportunidad diagnóstica de tumores del sistema nervioso central en niños, Hospital de Puerto Montt, 1998 - 2004. <i>Jorge Carrera M.</i>	26
- Convulsiones febriles (CF) en el área occidente de Santiago. <i>Verónica Bobadilla C., Viviana Venegas S., Beatriz Nuñez R.</i>	31
TRABAJO DE REVISION	
- Anorexia, juventud y postmodernidad <i>Carmen Gloria Quintana</i>	39
REUNIONES Y CONGRESOS	58
GRUPOS DE DESARROLLO	61
NOTICIAS	63
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	64

## Editorial

---

Dra. Alicia Espinoza A.<sup>1</sup>

En el último tiempo hemos sabido de una serie de situaciones que nos han hecho pensar en como algunos resuelven acerca de la vida y la muerte de personas que están en condiciones de indefensión ya sea tomando decisiones temerarias que ponen en riesgo a otros seres humanos, ya sea “ayudando a morir” a algunos de dudosas condiciones de salud mental, o acelerando la muerte en pacientes enfermos graves.

El caso de la norteamericana Terri Schiavo, fallecida hace tan poco, resulta emblemático. La mujer había sufrido un infarto al miocardio producto de un desbalance de potasio dado por un grave Trastorno Alimentario. Quince años en estado vegetativo. La corte consideró que su sonda de alimentación era un medio artificial de subsistencia y frente a la solicitud de retiro, lo ordenó. Murió en condiciones metabólicas de inanición y deshidratación. Perplejidad mundial, muchas reflexiones acerca del derecho a la vida y a la muerte.

En nuestro quehacer profesional vemos enfrentados cotidianamente a este dilema. Proteger la vida de recién nacidos que llegan al mundo en condiciones muy precarias, prematuros extremos, con malformaciones, con

lesiones neurológicas. Intentar un mejor pronóstico para niños con daño adquirido después que ya tienen un lugar significativo en sus familias. Recuperar la vida aún en aquellos que han intentado seriamente suicidarse.

Sin duda los avances de la medicina y la tecnología de punta nos ha hecho reflexionar acerca de la posterior calidad de vida de nuestros pacientes, sin embargo, cómo soslayar lo que por vocación hemos escogido y prometido sea nuestro deber: proteger la vida.

La alimentación es un derecho del niño protegido por ley, así lo explicita la Convención de los Derechos del Niño al cual Chile se adscribe desde 1990. Ser nutrido es un derecho. Nutrido con afecto, con cuidados, con alimentos.

Privar de alimentos o de las condiciones básicas de subsistencia a alguno de nuestros pacientes sin duda, sería por decir lo menos, un despropósito. Pudiésemos ser aún más enfáticos si consideramos también nuestras emociones y creencias individuales.

En algo estamos de acuerdo, eso sí, como Sociedad Científica: cautelar la vida es lo humano, es lo ético, es lo médico.

---

1. Psiquiatra Infantil, Hospital Félix Bulnes



# Alteraciones y hábitos de sueño en una muestra de escolares chilenos

Tomás Mesa L.<sup>1</sup>, Patricia Masalam A.<sup>2</sup>, Julia Sequeida Y.<sup>3</sup>, Rina González R.<sup>4</sup>

## Resumen

El presente trabajo tiene como propósito determinar condiciones generales, hábitos y problemas de sueño, en una muestra de un grupo de estudiantes de una escuela municipal de Chile, ya que no existen datos precisos en nuestro medio sobre el tópico. Se realiza un estudio descriptivo correlacional en una muestra de 129 escolares de 5 a 8 básico de una escuela de nivel socioeconómico medio bajo de Santiago de Chile. Se extrajeron datos de una encuesta precodificada, repartida por el profesor jefe tanto a sus alumnos como a su grupo familiar. Los resultados fueron los siguientes: Edad promedio: 12.3 años. 54% varones. 68.2% mantiene una alta estimulación electrónica en su dormitorio. 7% tiene computador en su pieza. 16% comparte su cama. 43% ocupa su propia cama desde antes del primer año de vida. 6% no permanece en su cama durante la noche. 54% se acuesta después de las 23 hrs. Entre las rutinas más frecuentes previo dormir: ver televisión: 23%, comer: 15% y rezar: 35%. En 34.9% de las familias algún miembro presenta alteraciones del sueño y 11.6 % de los padres ingieren algún medicamento para dormir. 44.2 % presentan alteraciones de sueño. Insomnio: 34.9 %. Hipersomnia diurna: 67.2%. Pesadillas: 25.2%. Terrores nocturnos: 20.2%. Sonambulismo: 10.1 %. Bruxismo 5.9%. Enuresis: 5%. Entre las variables que se asocian

a mayor riesgo de alteraciones de sueño están las condiciones en que el niño duerme y ver televisión previo al dormir. Voluntariamente, 11 alumnos consultaron médico, en el CEMS (Centro de estudios médicos del sueño). 6/11 por insomnio de conciliación y 4/11 por parasomnias. En la mayoría (8/11), existían problemas ambientales hogareños.

El promedio de sus calificaciones escolares fue de 5.1. El promedio de horas dormidas fue de 7.6. Los datos de trastornos de sueño obtenidos son mayores a los descritos en otras publicaciones internacionales, probablemente debido a que en su mayoría hábitos y condiciones de dormir son inadecuadas. Se insinúa una estrecha relación entre los trastornos de sueño y rendimiento escolar.

**Palabras claves:** calidad de sueño, hábitos de sueño, sueño en escolares.

## Sleep disturbance and sleep practices in a Chilean school aged population

This is a descriptive and correlational study in 129 medium low socioeconomic level elementary school children of Santiago, Chile, whose purpose is to examine sleep habits and disturbances in a Chilean population. A questionnaire containing general items, sleep practices and sleep related problems was administered. Results: Mean age: 12.3 years. 54% masculine. 68.2% has a high electronic stimulus and 7% a computer in his (her) bedroom. 16% reported bed sharing and 43% used his own bed before 1 year of age. 54% of the sample goes to bed after 11 PM and a 6% changes bed at night. The most common bedtime routines are: watching TV 23%, eating 15% and praying 35%. In 34% of families one other member has sleep disturbances and 11.6% of parents take sleep drugs. The overall prevalence of sleep disturbances in the children

1. Unidad de Neurología Infantil. Dpto Pediatría y Centro de Estudios del Sueño (CEMS). Escuela Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Enfermera Universitaria Dpto. Salud Mental. Escuela Enfermería y CEMS. Pontificia Universidad Católica de Chile.

3. Profesora. Facultad de Educación. Pontificia Universidad Católica de Chile.

4. Enfermera Universitaria Dpto. Salud Mental. Escuela Enfermería y CEMS. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Trabajo recibido Diciembre de 2004, aceptado para publicación el 20 de Junio de 2005.

was 44.2%. Insomnia was present in 34.9%, excessive daytime sleepiness in 67.2%, nightmares 25.2%, sleep terrors 20.2%, sleepwalking 10.1%, bruxism 5.9%, enuresis 5%. The major risk factors associated to sleep disturbances are sleep environmental conditions and bedtime TV watching. Among the consulting children, 8 have insomnia and 4 attention deficit disorders. 8 patients also have environmental home disturbances. Their average school qualifications are low. The sleep time average was 7.6 hrs per day. Sleep disturbances prevalence in our population is higher than that reported by other authors, probably related to the fact that most of our patients have inadequate environmental conditions and behavioral routines associated with sleep. Our data suggest a correlation between sleep disturbances as school performance.

(**Key words:** sleep disorders, sleep qualification, sleep habits.)

### Introducción

El estudio del sueño en niños, se remonta a las primeras publicaciones entre los años 30 y 50, basándose en datos de los cuidadores y análisis con instrumental precario. Luego con la utilización de la poligrafía, se pudo identificar la evolución de los parámetros electrofisiológicos del sueño y establecer patrones normales o esperables para cada edad. La incidencia de alteraciones de sueño en la edad pediátrica ha sido difícil de precisar, recordando unas de las primeros estudios en la bahía de San Francisco (USA) en los inicio de los ochenta, con los sorprendentes resultados que un 58% de los encuestados entre 6 y 14 años de edad, tenían problemas de sueño y un número reducido de ellos había consultado médico (1).

Sin diferenciar entre problemas y patología propiamente tal, se ha establecido que miedo a objetos específicos (perro, monstruo, oscuridad) y temor a acostarse, ocurre aproximadamente en un 50% de los niños entre 4 a 5 años, las pesadillas hasta en un 50% de los niños de 10 años. Esto se hace patológico, cuando persiste y altera tanto el sueño como la convivencia ambiental familiar o escolar.

Así se ha descrito sonambulismo en un 15%

de la población entre 5 y 12 años. Enuresis en un 1 a 4.7% de niños entre 9 y 16 años. Terrores nocturnos en 3.5% de menores de 5 años. Somniloquia en el 8% entre 4 y 5 años de vida. Movimientos rítmicos en el sueño en un 3% a los 8 años. Bruxismo 6% a los 5 años. Utilizan objetos para dormir en el 45%, 9% y 7% a los 4, 12 y 14 años respectivamente.

Duermen con sus padres el 50% a los 3 años y un 1% a los 14 años (2)(3).

Por no existir datos precisos en Chile sobre hábitos y patología de sueño en escolares, estudiamos estos tópicos en una muestra de escolares de nivel socioeconómico medio, con el objeto de poder obtener y analizar información de nuestra realidad y contribuir a mejorar la calidad de vida, educando tanto al equipo de salud como al grupo familiar.

### Material y método

Se repartió por profesor jefe, una encuesta precodificada a 129 estudiantes de segundo ciclo de educación básica, de una escuela municipalizada de la comuna de Macul, Santiago de Chile. La muestra fue aleatoria a niños entre 5 y 8 grado de enseñanza básica, que asisten a jornada matinal (8-13 hrs) y perteneciente a un nivel socioeconómico medio bajo. Además se envió una encuesta a los padres para conocer con mayor precisión aspectos relacionados al sueño de los niños, condiciones ambientales y hábitos. Los instrumentos utilizados fueron previamente adaptados y se solicitó el consentimiento informado a los padres para la participación en el estudio. Los resultados obtenidos fueron sometidos a procedimientos estadísticos descriptivos y de asociación, incluyendo la relación de disparidad, prueba exacta de Fischer, diferencia de proporciones y Chi cuadrado, ocupando el programa Epi Info y el Stata.

En 11 alumnos que consultaron médico en forma voluntaria por problemas de sueño, se correlacionaron algunas variables con su rendimiento escolar. Este último fue evaluado por el promedio de notas semestrales de cada alumno. Trastorno del sueño fue definido según la clasificación internacional considerándolo si

estos se presentaban por lo menos dos o más veces a la semana y en forma sostenida por al menos dos meses al momento de la evaluación (4,5).

La clasificación internacional divide los trastornos de sueño en disomnias (alteración primaria de la cantidad de sueño con arquitectura del sueño alterada), parasomnias (eventos durante el sueño, sin alterar la arquitectura del sueño), trastornos del sueño asociado a problemas médicos o psiquiátricos ( psicosis, parálisis cerebral, asma....), trastornos del sueño propuestos (hiperhidrosis del sueño...). Por otro lado se define como problemas de sueño, a la percepción ambiental del mal dormir de un individuo, repercutiendo o no sobre su entorno y que no aparece en la clasificación de trastornos del sueño. ( En general se refiere a problemas de mal hábitos del dormir).

### Resultados

La edad promedio fue de 12.3 años con un rango entre 9 y 16 años. 52.7% lo constituyen niños entre 9 y 12 años. 54.3 % son varones. Las familias en promedio tienen tres hijos y 7.1% de éstas tienen solo uno. 32.6% de los padres y 25.8% de las madres completaron enseñanza media. 6.7% de las madres y 10.1% de los padres terminaron enseñanza superior. 52.3% de las madres se desempeñan como dueñas de casa y 23.9% son empleadas sin profesión. 73.5% de los padres se desempeñan como empleados independientes sin profesión, independientes u obreros. 61% de las familias viven en casa propia, 26.8% arrienda y 12.2% viven allegados. 44.2% de los niños, presenta alteraciones del sueño. Entre éstas destacan: dificultad para conciliar y/o mantener el sueño 34.9%; excesiva somnolencia diurna: 67,2%; pesadillas 25,2%; terrores nocturnos 20,2%; sonambulismo 10,1%; movimientos bruscos de partes del cuerpo durante el sueño 21,8%; bruxismo 5,9% y enuresis 5%. Se analizaron las condiciones ambientales que duermen los niños: 95% tienen ventana en su dormitorio, 52.1% mantiene una estimulación visual media y alta, definida como la presencia de 3 y más accesorios en las murallas o en el espacio, planos o tridimensionales como afiches, fotos,

repisas o móviles. El 68,2% de ellos mantienen una alta estimulación electrónica (existencia de 2 o más aparatos simultáneamente) como la presencia de TV, video y /o radio. 7% tiene computadora dentro del dormitorio. 75,6% duerme sobre colchón de espuma y un 89% de los niños dice que su colchón está en buen estado. Un 71.2% usa somier de madera. 7.6% dice pasar frío y 27,7% se acalora. Respecto a ocupación del dormitorio, ver Tabla I.

**Tabla I**

<i>Ocupación del dormitorio</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Individual	40	31,0
Comparte con hermano	54	41,9
Comparte con padres	11	8,6
Comparte con otras personas	24	18,5
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Destaca que un tercio de los niños duerme solo en el dormitorio y que prácticamente un 9% duerme con sus padres. Un 16,3% de los escolares comparte su cama con otra persona. Respecto a la edad en que los niños empezaron a ocupar su propia cama para dormir, el 43,2% lo hizo antes de cumplir el año. La edad promedio de ocupación de su propia cama fue de 4,7 años con una DS de 3.2. Solo un 5,9% del grupo no permanece en su cama durante la noche, pasándose a otra cama u otro dormitorio. 11,6% de los padres ingiere medicamentos para dormir y un 34,9% de algún miembro de la familia refirió tener una patología del sueño. Considerando entre 8 y 10 horas de sueño diarias las adecuadas para los escolares, 27,9% duerme un número de horas insuficiente en la semana y 84,5% las refiere inadecuadas para los fines de semana. El 53,5% de los estudiantes encuestados se acuestan después de las 23 hrs. Un 36,4% de los niños percibe que las horas de sueño que duermen son insuficientes. Entre las rutinas más frecuentes que los niños realizan antes de dormir, encontramos: ver TV: 22.7%; comer: 15.1%; rezar: 35,3%; 12,6% :se levanta a comer luego de haberse acostado; toma medicamentos para dormir: 2,5%; requerir cuentos: 1,7%; uso de algún objeto como peluche o muñeco: 5,9%.

Un 76,5% de los niños, califica su dormir como bueno y un 44,5% expresa amanecer descansado.

Las variables que tienen mayor riesgo de asociarse a alteraciones de sueño se mencionan en la tabla II.

**Tabla II**  
VARIABLES ASOCIADAS A RIESGO DE  
ALTERACIONES DE SUEÑO

<i>Variable</i>	<i>OR</i>	<i>p. Value</i>
Percepción de horas dormidas	2,17	p<0,05
Condiciones en que el niño duerme	3,2	p<0,01
Edad en años cumplidos (a menor edad menor riesgo)	0,54	p<0,019
Ruido durante la noche	2,38	p<0,04
Calificación del dormir	3,65	p<0,005
Ver TV antes de dormir	2,46	p<0,05

Los 11 pacientes que consultaron por patología de sueño en el CEMS, se caracterizaron por ser femeninos 8/11, la mayoría consultaba por insomnio de conciliación (6/11). Síndrome de Déficit Atencional fue la patología asociada más frecuente (3/11). En 8/11 existían problemas ambientales entre padres o hermanos o inestabilidad familiar. La mitad compartía dormitorio. El promedio de calificaciones escolares varió entre 4.5 y 5.8 con una media de: 5.1 El número de horas de sueño varió entre 5.25 a 9 hrs, con una media de 7.6 hrs. (Ver Tabla III en página siguiente).

### Comentario

Nuestros datos, a excepción de los terrores nocturnos, concuerdan en general, con la frecuencia de problemas y/o patología de sueño publicado en otros países (1,2,3). En términos amplios se puede decir que los problemas de sueño se refieren a la percepción del entorno,

niño o equipo de salud sobre el mal dormir de un individuo (los padres opinan sobre el mal sueño de su hijo ya sea porque están preocupados por un desarrollo normal o ellos estén durmiendo mal). No todos los problemas requieren tratamiento ni son todos anormales. En cambio, la patología del sueño, es una verdadera alteración de las funciones fisiológicas del control del sueño y no una variación normal y afecta al mismo individuo en su desarrollo diario. Encontramos que casi la mitad de los encuestados tienen problemas de sueño y que la incidencia de algunas patologías del sueño, varían entre el 5% al 25% destacando las pesadillas en una cuarta parte de ellos y los terrores nocturnos en un quinto de ellos. El porcentaje de estos últimos, es claramente superior a los datos publicados y como se sabe que tienen estrecha relación a las condiciones ambientales y hábitos. Es probable que como ejemplo, el dormirse viendo TV y después de las 23 hrs. sea causal de esta diferencia. (6).

Es notable que entre los problemas, más de la mitad de los niños amanecen cansados, nuevamente debido a las condiciones del dormir, escasas horas de sueño y agregando como otro elemento, que un sexto de ellos comparte su cama. El estudio estadístico es claro en certificar que las variables hábitos para dormir y la calidad de sueño se asocian a las alteraciones de sueño, al igual que lo descrito en otras publicaciones (7,8).

También destacan entre los predictores que se asocian a riesgo de alteraciones de sueño, las condiciones que el niño duerme, la autocalificación del dormir y el ver TV antes de dormir (9). Si un niño en pleno crecimiento está durmiendo mal, puede afectar su crecimiento, desarrollo psicológico, rendimiento académico e influir negativamente en su red social (10). Respecto del grupo de escolares que consultaron por patología de sueño, aunque la muestra es pequeña, destaca que la mitad duermen pocas horas, la mayoría tiene insomnio, seguido en frecuencia de pesadillas y que los problemas ambientales son habituales, asociado a bajo rendimiento escolar. El tratamiento con medicamentos es poco frecuente (11), siendo el de tipo ambiental en la



**Tabla III**  
CARACTERISTICAS DE ESCOLARES QUE CONSULTARON AL CEMS

Paciente	Edad Años	Sexo	Patología de Sueño	Curso	Patología Asociada	Horas Sueño	Patología Familiar	Promedio de Notas escolares
1	14	f	Insomnio	VI	SDA	8.5	Insomnio materno	5.8
2	12	f	pesadillas	VII	(-)	8.5	Madre viuda	4.5
3	12	f	pesadillas	VII	(-)	8.5	Padres separados	5.2
4	12	f	pesadillas	VII	(-)	8.5	Madre viuda	4.5
5	11	f	insomnio	VI	Depresión	7.5	Epilepsia padre	5.6
6	13	m	insomnio	VIII	(-)	5.25	Insomnio materno	5.2
7	12	m	insomnio	VI	SDA	5.25	(-)	4.6
8	12	f	insomnio	VII	(-)	7.15	Enuresis hermana	5.8
9	14	m	sonambulismo	VII	Enuresis Retraso lenguaje	9.0	(-)	5.4
10	11	f	insomnio	VI	Cefalea	7.5	(-)	5.5
11	11	f	enuresis	VI	SDA	9.0	Insomnio hermana	4.9

SDA: Síndrome de Déficit Atencional. f : femenino. m : masculino. CEMS: Centro del sueño

mayoría de los problemas el más efectivo (12). El uso de pruebas estandarizadas de medición de hábitos y problemas de sueño debería utilizarse en forma más habitual.(13,14). Podemos decir en resumen, que las cifras de patología de sueño son en general, similares a las publicadas en otros países a excepción de los terrores nocturnos, que tienen hábitos inadecuados y que los malos hábitos influyen claramente en la presentación de patologías o problemas de sueño. Por estas razones, la educación a los grupos familiares (padres, hijos

y nanas), educadores (profesores, parvularias) y equipo de salud (médicos, enfermeras y otros) es fundamental para poder brindar mejores hábitos, por ende mejor sueño y mejor calidad de vida.

#### Bibliografía

1. Guilleminault Ch. Sleep and Its Disorders in Children Raven Press.. 1987, New York
2. Blader JC., Koplewicz HS., Abikoff H., Foley C. Sleep problems of elementary

- school children. A Community survey. *Ach.Pediatr.&Adolesc Med.* 1997; 151(5): 473-480
3. Ferber R. Childhood sleep disorders *Neurologic Clinics* 1996;14(3):493-511
  4. Stores G. Practitioner review: assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 1996;37(8):907-925
  5. Kryger MH, Roth T., Dement WC eds. *Principles and practice of sleep medicine.* 2da ed. Philadelphia; WB Saunders, 1994
  6. American Sleep Disorders Association. *The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual.* Diagnostic classification steering committee. Thorpy MJ Chairman. Rochester. MN. 1990.
  7. Camhi SL., Morgan WJ., Pernisco N., Quan SF. Factors affecting sleep disturbances in children and adolescents. *Sleep Medicine* 2000;(1):117-123
  8. Anders TF, Eiben LA. Pediatric Sleep disorders: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997;36(1): 9-20
  9. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, First MB, Brook JS. Association Between television viewing and sleep problems during adolescence and early adulthood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(6):597-598.
  10. Stores G. Medication for sleep-wake disorders. *Arch Dis Child* 2003;88(10):899-903.
  11. Drake C, Nickel C, Burduvali E, Roth T, Jefferson C, Pietro B. The Pediatric daytime sleepiness scale (PDSS): sleep habits and school outcomes in middle School children. *Sleep* 2003;26(4):455-458
  12. Gau SF, Soong WT. The transition of sleep-wake patterns in early adolescence *Sleep* 2003;26(4):449-454
  13. Kuhn BR, Elliot AJ. Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine *J Psychosom Res* 2003;54(6):587-597
  14. Wolfson AR, Carskadon MA. Understanding adolescents sleep pattern and school performance: a critical appraisal *Sleep Med Rev.* 2003;7(6):491-506

Trabajo financiado por Proyecto DIPUC N° 97-II/06CE.



# Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de niños chilenos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Adonay Pizarro<sup>1</sup>, Carlos Valenzuela<sup>2</sup>

## Resumen

**Objetivo:** Este estudio examinó la eficacia a corto plazo de un programa de tratamiento multicomponente (PTM) en el tratamiento de niños diagnosticados con TDAH. **Participantes:** 16 varones entre 8 - 11 años, estrato socio-económico bajo, previamente diagnosticados con TDAH. **Diseño Investigación:** Corresponde a un diseño de grupo de caso-control con pre y post-test. **Procedimiento:** Se utilizó un manual de tratamiento para conducir terapia cognitivo-conductual con niños en edad escolar que presentan TDAH. Este modelo contiene 3 componentes de entrenamiento dirigidos a niños, padres y profesores. La intervención fue implementada en la escuela durante 13 semanas. **Instrumentos:** Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes y la Escala Multidimensional de la Conducta. **Resultados:** El PTM aplicado no resultó ser superior en el manejo de los síntomas centrales del TDAH (desatención, hiperactividad) en comparación al tratamiento farmacológico usual. No obstante, el PTM evidenció mejoras significativas respecto a los síntomas asociados al orden (especialmente depresión). También demostró ser superior en favorecer el funcionamiento prosocial, autoestima, autoeficacia, relación con padres y actitud hacia profesores.

**(Palabras claves:** terapia cognitiva-conductual, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, eficacia en psicoterapia e interven-

ciones psicosociales).

**Efficacy of a multicomponent program (PTM) of cognitive-behavioural therapy for the treatment of boys children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).**

**Objective:** This study examined the short term efficacy of a school-based multicomponent program for the treatment of children diagnosed with ADHD. **Participants:** 16 boys between 8 - 11 years from low, socioeconomic status, previously diagnosed with ADHD. **Design:** It corresponds to a design of case group-control with a pre and post - test. **Procedure:** A treatment manual was used to apply cognitive - behavioural therapy to children in school age that presented ADHD. This model contains 3 components of training directed to children, parents and teachers. The intervention was implemented in the school during 13 weeks. **Instruments:** Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) and Behavioral Assessment System for Children (BASC). **Results:** The applied PTM didn't turn out to be superior in the handling of the central symptoms of the ADHD (inattention, hyperactivity) in comparison to the usual pharmacological treatment. Nevertheless, the PTM evidenced significant improvements regarding the symptoms associated to the disorder (especially depression). It also demonstrated to be superior in favouring the prosocial performance, self-esteem, self-efficacy, relationship with parents and attitude towards teachers.

**(Key words:** attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), cognitive-behavioural therapy, efficacy in psychotherapy and psychosocial interventions).

1. Psicólogo, Magíster Psicología Clínica, Mención Psicología Clínica Infante - Juvenil, Universidad de Chile.
2. Médico Cirujano - Doctor en Ciencias, Universidad de Chile.

Trabajo recibido el 13 de Septiembre de 2004, aceptado para publicación el 20 de Junio de 2005

## Introducción

El trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDAH) es el término actualmente usado para describir un desorden específico del desarrollo cuyos síntomas centrales son la desatención, hiperactividad e impulsividad (1). Se trata de un cuadro psicopatológico de elevada prevalencia en la población infantil chilena, la cual alcanza aproximadamente a un 6, 2 % en la comunidad infantil (2) y un 17. 5 % en la población consultante (3), siendo en el contexto de la realidad nacional actual el tratamiento del TDAH una de las prioridades del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile.

Las investigaciones modernas revelan que el TDAH está asociado con un número de condiciones coexistentes (ej. trastorno de conducta), y rasgos adicionales (ej. agresividad), que se despliegan en muchos escenarios y hacen más complejo el abordaje terapéutico. Los síntomas primarios y asociados se manifiestan en distintas constelaciones tales como el hogar, la escuela y la comunidad y provocan impedimentos en precisamente éstas áreas de funcionamiento que son esenciales para el dominio de las tareas del desarrollo de la infancia (4). Debido a la variedad de síntomas asociados con el TDAH, por los campos de acción múltiples y dado que las probables complejas interrelaciones entre la interacción del niño, familia, sus pares y entorno escolar pueden predecir una escalada y mantenimiento de síntomas a corto y largo plazo, los investigadores cada vez más enfatizan que los programas del tratamiento deben dirigirse a una variedad de campos de acción funcionales, además de los síntomas centrales del TDAH. Desde una perspectiva teórica, los tratamientos que influncien múltiples campos de acción y enfocados a escenarios múltiples proporcionará una mayor oportunidad de revertir el curso de este desorden.

Tradicionalmente, los estudios dirigidos al tratamiento del TDAH se han enfocado a evaluar la eficacia de técnicas o procedimientos aislados y en la mayoría de los casos, aplicados por expertos en un contexto no natural, sin considerar los ambientes donde se desarrolla

el síndrome. Actualmente existe una extensa literatura que evalúa los efectos del tratamiento farmacológico en niños que padecen este desorden (5, 6, 7). En menor medida sobresalen estudios dirigidos a intervenciones psicosociales, tales como, terapia cognitiva - conductual (8, 9), entrenamiento a padres (10) e intervenciones educacionales (11, 12). Sin embargo la mayoría de las investigaciones revelan éxitos limitados y hacen cada vez más necesario enmarcar la intervención del TDAH dentro de un enfoque interdisciplinario que incluya e integre diferentes enfoques (médico, cognitivo - conductual, contextual y evolutivo). El presente estudio pretende abordar esta problemática y tiene como objetivo fundamental examinar la eficacia de un programa de terapia cognitiva - conductual multicomponente (dirigido a niños, padres y profesores) sumado a medicación, implementado en un contexto escolar y enfocado al tratamiento integral de niños chilenos diagnosticados con TDAH. Esta intervención multimodal considera que el TDAH es un cuadro clínico en cual interactúan recíprocamente procesos neurofisiológicos y psicosociales. Por lo tanto, una terapéutica que integre elementos biológicos, psicológicos, sociales, contextuales y evolutivos demostrará tener un impacto más satisfactorio en el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con TDAH.

## Metodología

**Diseño de Investigación.** Corresponde a un ensayo clínico controlado. Consideró una estrategia de tratamiento comparativo contrastando dos tipos de intervención; tratamiento farmacológico usual y un programa multicomponente de terapia cognitivo conductual sumado a medicación para el tratamiento niños de edad escolar con TDAH. Corresponde a un diseño de grupo de caso - control con pretest y posttest donde se evaluaron a los participantes antes y después de la intervención. El impacto del tratamiento se evaluó en el contexto de un estudio bien controlado conducido con un cuidadoso control sobre la selección de los casos, aplicación de instrumentos y la administración y monitoreo del tratamiento. Respecto al control de las variables del estudio, los dos grupos fueron pareados

según sexo, edad, estrato socioeconómico, antecedentes demográficos, comorbilidad y nivel de gravedad del trastorno. Estas características y factores de los sujetos, se controlaron para proporcionar equivalencia entre los grupos y evitar al máximo interferencias que pudiesen oscurecer la interpretación de las diferencias entre los grupos. Además se determinaron previamente criterios de exclusión para los participantes del estudio (CI < 80, más de un trastorno comórbido asociado al TDAH, disfunción familiar severa, abuso o abandono del niño, psicosis/esquizofrenia, episodio maníaco y/o hipomaniaco, y no tener teléfono de contacto).

**Participantes.** Fueron seleccionados de dos escuelas de la comuna de Peñalolen, perteneciente al estrato socioeconómico bajo, 16 niños varones entre 8 a 11 años de edad, previamente diagnosticados con TDAH por un psiquiatra o neurólogo y que a su vez mantuvieran un tratamiento farmacológico regular. Se constituyeron 2 grupos de 8 niños cada uno. Un grupo participó en el programa completo de intervención multicomponente y el otro mantuvo sólo tratamiento farmacológico usual (grupo control). Los padres de los alumnos incluidos en el programa, participaron en un taller de padres. Todos los profesores del establecimiento fueron también involucrados en el programa a través de un taller de docentes. El total de docentes capacitados fue de 80 profesores.

**Instrumentos Aplicados.** Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS) (13,14) y el Sistema Multidimensional para la evaluación de la conducta (15, 16, 17). El primer instrumento se usó con el objetivo de realizar una evaluación psicodiagnóstica del niño y a través de este proceso verificar el diagnóstico de TDAH, observar la presencia de trastornos comórbidos asociados al TDAH y la obtención de antecedentes demográficos. El segundo instrumento se utilizó con el propósito de medir el impacto del programa de intervención implementado.

**Procedimiento.** Se llevó a cabo un proceso de evaluación preintervención para establecer el diagnóstico basal. Durante este proceso se aplicó a los 16 niños participantes del estudio la entrevista diagnóstica ChIPS. Además en esta fase se completaron los formularios de la escala multidimensional de la conducta, niños, padres y profesores. Una vez reunidos estos antecedentes se conformó una línea base. Con estos datos se parearon dos grupos de niños según: edad, sexo, gravedad del trastorno, comorbilidad y rendimiento escolar. Al comenzar el segundo semestre del año se implementó un programa de terapia cognitiva - conductual a 8 niños. El protocolo de tratamiento utilizado fue traducido y adaptado del modelo propuesto por Braswell & Bloomquist (18) para conducir terapia cognitiva - conductual con niños en edad escolar (8 - 12 años) que presentan TDAH con o sin trastornos de conducta. Acá queda especificado el tratamiento y se operacionalizan los procedimientos. La integridad de los procedimientos puede ser evaluada y el tratamiento puede ser replicado en futuros estudios. Este modelo tiene 3 componentes de entrenamiento dirigidos a los niños, padres y profesores.

**Análisis Estadístico.** Se usaron técnicas cuantitativas para describir los datos y obtener inferencias acerca de los efectos de los tratamientos implementados. Se usaron pruebas estadísticas no paramétricas para analizar los datos. Los grupos experimental y de control fueron comparados estadísticamente en la fase de pretest y posttest (análisis intergrupo) usando la prueba de Mann - Whitney para muestras independientes. Además, se empleó el test del signo - rango de Wilcoxon para muestras apareadas para comparar los puntajes pretest y posttest dentro de cada grupo (análisis intragrupo). En todos los casos una  $p < 0.05$  se consideró como estadísticamente significativa. El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SPSS 10.0.

## Resultados

En la tabla 1, 2 y 3 se resumen los resultados obtenidos por el estudio.

**Tabla 1**  
Medias, desviaciones estándar y estadísticos comparativos informe Profesores

Medidas	Grupo Experimental				Grupo de Control				Mann - Whitney		Wilcoxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experimental	Control
Escala Clínica												
Hiperactividad	81.1	12.8	76.1	14.6	81.8	14.3	76.2	28.5	-0.37	-0.50	-0.64	-1.54
Problemas de atención	80.2	17.4	73.8	16.1	84.7	8.5	77.0	7.3	-0.10	-0.32	-0.92	-2.03*
Problemas de aprendizaje	81.1	17.7	70.1	23.2	81.2	11.7	84.0	9.6	-0.37	-1.12	-1.68	-0.42
Agresión	77.8	15.6	74.2	23.8	76.1	12.7	71.3	15.1	-0.15	-0.74	-0.31	-0.42
Depresión	77.6	20.9	65.1	29.1	68.3	25.2	67.1	24.3	-0.79	-0.05	-2.20*	0.00
Problemas de conducta	77.8	15.7	76.5	13.3	82.3	8.2	80.5	11.5	-0.85	-0.63	-0.08	-0.33
Ansiedad	65.8	23.3	73.8	25.1	71.6	24.4	72.7	18.0	-0.69	-0.70	-0.84	0.00
Atipicidad	77.1	31.8	74.6	17.9	79.1	10.0	58.7	29.2	-1.18	-1.01	-0.52	-1.54
Aislamiento	70.2	34.2	53.6	42.7	69.8	27.7	60.0	31.1	-0.15	-0.42	-1.35	-0.84
Somatización	36.8	21.2	35.2	28.7	46.1	32.6	15.3	13.7	-0.22	-2.04*	-0.36	-1.54
Escala Adaptativa												
Habilidades de estudio	26.1	27.8	43.3	25.8	13.7	11.7	13.8	8.4	-1.22	-2.16*	-1.82	-1.01
Adaptabilidad	37.7	27.6	41.1	32.3	16.7	25.0	21.0	31.9	-1.54	-1.62	-0.42	-0.33
Habilidades sociales	42.5	33.3	46.1	32.9	23.3	34.4	24.6	19.1	-1.68	-1.37	-0.70	-0.33
Compañerismo	49.6	28.2	63.0	20.0	26.6	24.6	29.0	20.4	-1.53	-2.04*	-1.90*	-0.40

\* p < 0.05

**Tabla 2**  
Medias, Desviaciones Estándar y estadísticos comparativos informe Padres

Medidas	Grupo Experimental				Grupo Control				Mann - Whitney		Wilcoxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experimental	Control
Escala Clínica												
Hiperactividad	66.8	28.6	41.8	34.7	67.7	23.8	61.6	29.4	-0.10	-1.38	-2.37*	-0.84
Problemas de atención	87.7	11.5	51.5	26.3	73.2	24.5	76.7	21.5	-1.44	-1.86*	-2.38*	-0.73
Agresión	65.0	22.5	45.5	30.9	67.5	18.3	74.2	18.2	-0.26	-1.90*	-2.10*	-0.74
Depresión	77.8	21.3	56.6	30.0	70.2	28.3	61.0	28.6	-0.47	-0.40	-2.10*	-1.01
Problemas de conducta	77.1	20.3	62.6	23.4	75.5	21.6	78.1	19.7	-0.05	-1.11	-1.97*	-0.34
Ansiedad	47.5	30.4	48.1	20.3	36.0	26.5	38.8	33.5	-0.96	-1.27	-0.28	-0.34
Atipicidad	80.6	6.3	58.3	30.4	76.5	17.8	76.2	24.8	-0.43	-1.70	-1.54	-0.52
Aislamiento	64.8	31.0	43.7	23.4	57.5	16.9	49.8	25.8	-0.84	-0.48	-2.20*	-0.68
Somatización	73.1	22.0	68.7	19.2	66.0	19.5	60.0	22.6	-1.50	-0.90	-0.51	-0.63
Escala Adaptativa												
Habilidades sociales	44.2	24.8	49.3	28.1	35.5	24.6	21.2	21.6	-0.53	-2.76*	-0.42	-2.02*
Adaptabilidad	45.0	20.7	50	8.8	29.3	14.0	21.2	21.6	-1.64	-1.64	-0.70	-0.27
Compañerismo	52.2	24.8	65	7.0	51.2	28.6	33.0	23.1	-0.53	-2.40*	-0.44	-1.86

\* p < 0.05

**Tabla 3**  
Medias, Desviaciones Estándar y estadísticos comparativos informe Niños (Autoinforme)

Medidas	Grupo Experimental				Grupo de Control				Mann - Whitney		Wilcoxon	
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest		Intergrupo		Intragrupo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	Pretest	Posttest	Experim.	Control
Escala Clínica												
Actitud Profesores	85.2	8.5	60.6	19.5	81.8	14.2	81.6	12.9	-0.43	-2.23*	-2.24*	-0.08
Sensación Inadecuación Locus de Control	75.5	15.2	45.6	23.9	84.3	10.3	80.3	12.8	-1.34	-2.50*	-2.37*	-1.21
Actitud Colegio	71.5	22.8	48.7	23.5	68.5	22.2	46.6	34.3	-0.11	-0.53	-2.20*	-1.61
Depresión	70.7	29.2	68.8	24.5	81.3	28.9	80.0	28.2	-1.03	-1.59	-0.67	-0.67
Estrés Social	69.2	31.0	41.2	19.9	78.1	12.1	83.1	14.9	-0.11	-3.08*	-2.19*	-0.67
Ansiedad	67.8	28.3	55.3	27.0	69.5	29.7	72.1	20.5	-0.53	-1.28	-0.94	0.00
Atipicidad	57.3	27.9	35.5	26.3	57.2	33.0	56.2	24.4	-0.16	-1.70	-1.54	-0.28
Escala Adaptativa	47.0	34.1	37.7	32.5	64.1	26.6	65.3	24.4	-0.85	-1.80	-1.36	-0.40
Autoconfianza	23.8	31.0	55.0	31.1	14.0	13.3	15.5	112.	-0.55	-2.47*	-2.21*	-0.13
Relación con Padres	23.7	17.4	49.9	22.8	28.1	20.8	24.3	19.9	-1.38	-2.12*	-2.21*	-0.53
Relaciones Interpersonales	24.0	19.8	55.8	37.2	33.5	26.2	36.3	23.3	-0.54	-1.17	-1.96*	-1.07
Autoestima	35.7	29.8	60.8	33.9	18.1	9.6	20.3	27.2	-0.56	-2.13*	-1.80	-0.36

\*  $p < 0.05$

### Discusión y Conclusiones

De los resultados y análisis de los mismos, se evidencia que los niños diagnosticados con TDAH participantes de este estudio manifiestan interacciones recíprocas entre influencias neurofisiológicas, familiares, sociales y escolares. Los niños participantes de este estudio presentaban deficiencias en múltiples áreas perjudicando su funcionamiento global y dificultando su adaptación social y desarrollo escolar (19).

Tanto la intervención farmacológica como la modalidad multicomponente presentan ventajas y limitaciones para abordar a plenitud un cuadro aparentemente crónico como el TDAH. El tratamiento psicoestimulante aparece óptimo para tratar los síntomas centrales del TDAH, sin embargo parece deficiente a la hora de tratar sus síntomas asociados. Por otro lado, la intervención multicomponente sumada a la medicación parece proporcionar un manejo más adecuado para tratar los síntomas asociados al TDAH y mejorar el funcionamiento global en

los niños en edad escolar estudiados, pero es incapaz de manejar eficazmente los síntomas centrales del desorden. Esto fue así en el estudio presente, pero requiere de confirmación en una muestra mayor.

A través de este estudio se logró confirmar los beneficios de un tratamiento multicomponente sobre los síntomas asociados; además, hubo evidencias que indican que el resultado del tratamiento parece depender de muchos factores (severidad del trastorno, edad, sexo, comorbilidad, ambiente familiar y escolar, entre otros). Se ve necesario evaluar en mayor profundidad los efectos de los tratamientos únicos y de los tratamientos multimodales en su acción sobre los componentes nucleares y los asociados del TDAH.

De acuerdo con la hipótesis que guía el estudio existirían diferencias entre los dos tratamientos examinados. El tratamiento multicomponente demostraría tener un mayor impacto a corto plazo en la intervención de los niños estudiados con TDAH, producto de que está enfocado a



mejorar el funcionamiento individual, social, familiar y escolar de los niños. Los resultados indicarían que se comprobaría esta hipótesis puesto que el tratamiento multicomponente demostró efectos más significativos de acuerdo a las medidas proporcionadas por profesores, padres y los mismos niños en comparación al tratamiento farmacológico usual sólo.

Considerando estos antecedentes y la literatura revisada se concluye que la relativa escasa eficacia del programa en los índices de hiperactividad y problemas atencionales puede deberse, presumiblemente a los componentes neurofisiológicos involucrados en el trastorno en su parte nuclear. Los estudios actuales apuntan a que solamente es posible controlar estos síntomas a corto plazo por medio de la medicación, lo cual avalaría considerar al TDAH como un trastorno con base orgánica (disfunción biológica) y de manifestación conductual. En contraste a esto, los efectos positivos sobre la sintomatología asociada al TDAH (especialmente depresión) tras el tratamiento, tanto en la casa como el colegio, fueron significativos. En términos generales y en opinión de los padres y de los propios niños la mejora ha sido considerable. Sumado a esto, el modelo de tratamiento aplicado proporciona ingredientes que favorecen la integración de los niños a su ambiente escolar, disminuyendo sentimientos de inadecuación y exclusión que pueden repercutir y / o agravar la sintomatología depresiva. Con esto se enfatiza que aunque TDAH tiene un componente nuclear de base neural innegable, no es menos importante el componente asociado que altera la vida del niño y de su entorno y, que controlado trae beneficios a la calidad de vida del niño, también innegables.

En síntesis, el programa implementado promueve condiciones que favorecen a la adaptación y el funcionamiento individual de los estudiantes tratados, como también en las relaciones familiares y la actitud de los niños hacia los profesores y entorno escolar. Además, la experiencia clínica al implementar este modelo de tratamiento sugiere que en muchos de los casos observados se obtuvo éxito, al menos en promover una mejor adaptación al TDAH por parte de niños, padres y ambiente

escolar.

Finalmente el programa multicomponente estuvo asociado a mejoras significativas en el funcionamiento individual (autoestima, autoconfianza), en la relación con padres, competencia prosocial (habilidades sociales, compañerismo) y funcionamiento escolar (habilidades de estudio, actitud hacia profesores).

Esperamos que este estudio pueda servir como una aproximación preliminar a los programas de tratamientos multicomponentes y multimodales para el TDAH implementados en nuestro país y pueda ayudar a estimular un interés en esta aproximación terapéutica.

### Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
2. Ministerio de Salud de Chile. Normas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hiperactivos en la atención primaria. Serie MINSAL, Chile, 1998.
3. Etchepare T, Almonte C. Trastorno por déficit atencional e hiperactividad. En: Almonte C, Montt M, Correa A. Editores. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo; 2003 p. 243 - 255.
4. Wells K, Pelham W, Kotkin R, Hoza B. et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods, and critical issues in design and implementation, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2000; 28, 483 - 505.
5. Manos J, Short E & Findling L: Differential effectiveness of methylphenidate and Adderall in school - age youths with attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38, 813 - 819.
6. Gillberg C, Melander H, von Knorring A, Janols L, Thernlund G, Hagglof B et al. Long - term stimulant treatment of children with attention - deficit / hyperactivity disorder symptoms: A randomized, double-blind, placebo - controlled trial. *Archives of General*

- Psychiatry; 1997, 54, 857 - 864.
7. Conners C, Casat C, Gualtieri C, Weller E, Reader M, Reiss A, et al. Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 1996, 35, 1314 - 1321.
  8. Fehlings D, Roberts W, Humphries T, Dawe G. Attention - deficit hyperactivity disorder. Does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*; 1991, 12, 223 - 228.
  9. Horn W, Lalongo N, Greenberg G, Packard T, Smith - Winberry, C. Additive effects of behavioral parent training and self - control therapy with attention hyperactivity disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology*; 1990, 19, 98 - 110.
  10. Barkley R, Edwards G, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. The efficacy of problem - solving communication training alone, behaviour management training alone, and their combination for parent - adolescent conflicts in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 2001, 69 (6), 926 - 941.
  11. Miranda A, Presentación M, Soriano M. Effectiveness of a school - based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*; 2002, 35 (6), 546 - 562.
  12. Miranda A, Soriano M, Presentación M, Gargallo, B. Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*; 2000, 1, 203 - 216.
  13. Weller E, Weller R, Rooney M, Fristad, M. Entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes (ChIPS). Editorial Manual Moderno, México, 2001.
  14. Weller E. Children Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*; 2000, 39 (1), 76 - 84.
  15. Pineda D, Kamphaus R, Mora O, Puerta I, Palacio L, Jiménez I, et al. Uso de una escala multidimensional para padres de niños de 6 a 11 años en el diagnóstico de deficiencia atencional con hiperactividad; 1999, 28 (10), 952 - 959.
  16. Pineda D, Kamphaus R, Mora O, Restrepo M, Puerta I, Palacio L, et al. Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*; 1999, 28 (7), 672 - 681.
  17. Puerta C, Rios Y. Software de apoyo para la evaluación neuropsicológica de la conducta humana. Universidad de San Buenaventura, Facultad de Ingeniería, Programa Ingeniería de Sistemas, Medellín, Colombia, 2001.
  18. Braswell L, Bloomquist M. Cognitive - behavioral therapy with ADHD children. Child, family and school interventions. The Guilford Press, New York, 1991.
  19. Pizarro A. Eficacia de un programa multicomponente de terapia cognitiva - conductual implementado en contexto escolar para el tratamiento de niños chilenos diagnosticados con niños trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, Mención Psicología Infante - Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2003.
- Esta investigación contó con el financiamiento de la Vicerrectoría Académica de la Escuela de Postgrado de la Universidad de Chile y corresponde a una síntesis de la tesis para optar al grado de Magister Psicología Clínica, Mención Psicología Clínica Infante - Juvenil.



# Memoria Verbal y No Verbal a corto plazo en adolescentes con organización límite de personalidad

*Ana Campos C.<sup>1</sup>, Maysa Ferreira F.<sup>2</sup>, Patricia Urrutia G.<sup>3</sup>, Cecilia Ruiz C.<sup>4</sup>, Patricia Barra<sup>5</sup>, Yasna Ruiz<sup>6</sup>*

## Resumen

El presente estudio intenta establecer si existen signos que indiquen alteración de una función psicológica básica, como la memoria, en adolescentes con una organización límite de personalidad.

En la muestra analizada se observaron indicadores de alteración mnémica, especialmente en memoria visual, en este tipo de pacientes. Ello podría explicar algunas alteraciones en la interpretación de eventos significativos relativos a la concepción de sí mismos y del mundo que presentan estos adolescentes y sustentar la idea de alguna disfunción neuropsicológica a la base de la organización límite de personalidad.

**(Palabras claves:** memoria, adolescentes, organización límite de personalidad)

## Memory in adolescents who have a borderline personality

The present revision intends to determine if there exists signs to indicate alteration of a basic psychological function such as memory in adolescents having a borderline personality organization. In the cases analysed we found some indicators of mnemonic disturbance,

specially visual memory. This could be the reason of some alteration in the interpretation of significant events related with their conceptualization of the world and of themselves, and also sustaining the idea of some neuropsychological disfunction as the basis of borderline personality organization.

**(Key words:** Memory, adolescents, memory borderline, personality)

## Introducción

Aún resulta controversial aceptar la existencia de un trastorno de personalidad en niños o adolescentes debido a que se considera que los niños son más maleables que los adultos y podrían superar sus problemas psicológicos. En el DSM-IV se establece que en forma rara puede explicarse el concepto en una etapa evolutiva inferior a la adulta y que para efectuar el diagnóstico de trastorno de personalidad en menores de 18 años los rasgos de personalidad desadaptativos deben haber estado presentes al menos durante un año y que un trastorno de personalidad en la niñez no persiste en la misma forma en la edad adulta (10). Sin embargo, en opinión de varios autores, entre ellos Paulina Kernberg, "un desarrollo anormal avanza por caminos anormales y los niños tienden a mantener sus perturbaciones psicológicas, en especial cuando no se les da tratamiento, con lo que se llega a cumplir el criterio de persistencia y generalización de los rasgos desadaptativos" (3).

Las características de una organización límite de personalidad, tanto en niños como en adultos, serían: alteración o difusión de la identidad, uso de mecanismos de defensa primitivos basados en la escisión y conservación de la capacidad de mantener contacto con la realidad, a pesar de presentar episodios de

1. Psicóloga, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán
2. Psicóloga, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán
3. Médico Psiquiatra Infantil, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán
4. Médico Psiquiatra Infantil, Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán
5. Licenciada en Psicología
6. Licenciada en Psicología

Trabajo recibido el 4 de Noviembre de 2004, aceptado para publicación el 20 de Junio de 2005.

regresión o micropsicosis (3)(5).

P. Kernberg no sólo acoge y desarrolla la idea de que es posible pesquisar el tipo de organización de personalidad en niños, sino también establece que se ha ido estudiando y confirmando que los déficit orgánicos juegan un rol primordial en el desarrollo de algunos trastornos de personalidad (4). De hecho, señala que es necesaria la integridad de ciertos procesos cognitivos o funciones básicas para el desarrollo de una representación de sí mismo y del mundo. Estas funciones serían la percepción, la atención, la memoria y la secuenciación. Si se producen alteraciones en cualquiera de ellas, se producirán distorsiones en las representaciones de objeto y del sí mismo (4). De esta manera, lo que inicialmente se atribuyó más a los efectos del ambiente, considerando en éste a las relaciones tempranas establecidas por la persona, se ha ido modificando para dar paso a la idea de que pudieran existir factores estructurales a la base de este cuadro (G. Babbard, Enero 2004).

Por otra parte, la neuropsicología también ha ido acercando sus caminos a la psiquiatría. Al estudiar los defectos que produce en el comportamiento una determinada lesión cerebral, se han descrito algunos efectos sobre la conducta "emocional" que pudieran asemejarse a las observadas en cuadros psiquiátricos. No es necesario indicar que cualquier daño pudiera provocar alteraciones conductuales, sin embargo, las áreas que más repercusión parecieran tener sobre la conducta "emocional" son el hemisferio derecho, (3)(6) el lóbulo frontal y, en particular, el lóbulo temporal. Esta zona de nuestro cerebro es un área de asociación sensorial, es decir, procesa información altamente compleja visual, espacial, táctil y auditiva, además de estar implicada en forma importante con la función de memoria. Se sabe que las lesiones del lóbulo temporal izquierdo afectan la capacidad de recordar material verbal, tales como historias cortas y listas de palabras, mientras que las lesiones del lóbulo temporal derecho afectan el recuerdo del material no verbal, tales como dibujos geométricos, caras y melodías (6).

Hay numerosas investigaciones que establecen

una relación entre epilepsia del lóbulo temporal y trastorno de personalidad (7), sin poder establecerse un tipo específico de alteración en esta patología neurológica, pero sí su existencia. En la mayoría de los casos de epilepsia del lóbulo temporal, lo que se encuentra es una malformación estructural, producida por una alteración en la etapa de migración neuronal (1).

Con estos antecedentes en mente, se intentó establecer la existencia de datos que confirmen la relación entre una anomalía estructural y/o funcional del lóbulo temporal y la presencia de una organización límite de personalidad en adolescentes. Esta asociación ya se encuentra siendo estudiada en paciente adultos (9).

## Material y Método

### a) Objetivos

El objetivo general de la investigación es establecer si existe alteración de la función de memoria en una muestra intencionada de 11 pacientes adolescentes con diagnóstico de organización límite de personalidad.

Los objetivos específicos son:

- Establecer si los adolescentes estudiados presentan desempeños anormales en las pruebas de memoria verbal y visual.
- Determinar qué tipo de memoria de las estudiadas se encuentran más afectadas en estos adolescentes.

### b) Metodología

Se constituyó una muestra intencionada, compuesta por 11 adolescentes, 7 de sexo femenino y 4 de sexo masculino, cuyo diagnóstico era desarrollo anormal de personalidad, consultantes en el Policlínico de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Sus edades fluctuaron entre los 12 y los 18 años, con un promedio de 13,8 años. Para efectuar el diagnóstico se utilizó entrevista clínica, el test de Rorschach y entrevista psiquiátrica. Se excluyó de la muestra a aquellos adolescentes con algún trastorno neurológico conocido.

Se utilizó en el test de Rorschach los criterios señalados por expertos como los indicadores de una organización límite de personalidad en niños y adolescentes (8). Se excluyó de la muestra aquellos adolescentes con algún trastorno neurológico conocido.

A cada uno de los adolescentes se les explicó el test de la Figura Compleja de Rey-Osterreith, evaluando su desempeño en la copia y en la reproducción de memoria, después de 3 minutos. También se les aplicaron pruebas de memoria verbal provenientes de la Batería Neuropsicológica de Luria-Nebraska, versión adultos. Estas pruebas incluían repetición de sílabas sin sentido (5 ensayos), repetición de una lista de 7 palabras no relacionadas (5 ensayos) y retención de 3 frases. En estas pruebas se registraron los errores y las confabulaciones del recuerdo.

## **Resultados**

### ***a) Memoria visual***

En el test de la Figura Compleja de Rey se realizó análisis con t de Student, comparando los percentiles obtenidos tanto en la copia de la figura como en la reproducción de memoria con los de la estandarización nacional. Se observó que en la copia de la figura de Rey la diferencia es significativa ( $p < 0.05$ ) y lo mismo ocurrió en el caso de la reproducción de memoria de la figura.

En lo cualitativo destaca que la forma de aprehender la figura durante la copia es parcial o concreto, partiendo por los detalles o el contorno más que por la figura central, con pocos casos en los que el modo de enfrentarse a la tarea era general o abstracto.

### ***b) Memoria verbal***

En la memoria de palabras sin sentido, se observó que la totalidad de la muestra presentó errores, considerados como indicadores de compromiso neurológico, 4 de los 11 adolescentes (36.4%) presenta confusiones fonológicas durante los ensayos, pero lograron retener las sílabas tras 5 ensayos, mientras que la mayoría, es decir 7 de 11 (63.6%) no logró retener las sílabas después de 5 ensayos. Otro aspecto llamativo es que 10 de los 11 presentó

como fenómeno especial el producir parafasias fonológicas, es decir reemplazaban el sonido original por otros semejantes. El hecho de presentar alteración en la memoria de palabras sin sentido puede ser indicativo de disfunción temporal izquierda, dado que esta área del cerebro se procesa información auditiva de tipo verbal. Tanto si se trata de errores de la percepción de sonidos verbales como alteración de la memoria de este tipo de estímulo, el hallazgo coincide en indicar disfunción temporal izquierda.

En la lista de palabras su desempeño fue notablemente mejor. De hecho, solo 5 de los 11 adolescentes presentaron dificultades en esta tarea. 4 de ellos retuvieron al menos un 50% de las palabras, mientras que 1 de ellos no logró retener las 7 palabras después de 5 ensayos. Al parecer, por tratarse de un material más estructurado, posible de ser corregido si hubiera problemas de percepción auditiva verbal, probablemente generó menores dificultades. Sin embargo, para algunos de los pacientes incluidos en la muestra persisten los indicadores de compromiso lóbulo temporal izquierdo, esta vez la función mnémica. De todas maneras, si se compara el rendimiento en esta prueba con lo obtenido en la memoria visual, la memoria de palabras es claramente superior.

En la retención de frases, se les pidió repetir cada frase una vez leída por la examinadora (ejecución) y luego reproducir la frase dicha al principio, luego la que iba en segundo lugar y posteriormente la última. Este es un tipo de memoria verbal con interferencia. Esta tarea resultó difícil para los integrantes de la muestra, ya que sólo 2 de los 11 tuvieron una ejecución adecuada y apenas 1 de ellos logró reproducir la totalidad de las frases en forma correcta. 7 de los 11 adolescentes (63.6%) no pudieron recordar ninguna de las frases después de aplicada la interferencia. También fue llamativo que se produjeran fenómenos especiales en 10 de los 11, ocupando el primer lugar las parafasias semánticas (6 de 11), siendo seguidas por las confabulaciones (4 de 11) y la contaminación de una frase con otra (1 de 11). Esta prueba es bastante compleja y para ejecutarla es necesario utilizar la memoria de

trabajo, que es una función asociada al lóbulo frontal. Se trata de una tarea que requiere mantener en mente una frase mientras se trabaja con las otras. De esta manera, el fracaso experimentado por la gran mayoría de los adolescentes estudiados puede reflejar déficits en el lóbulo frontal izquierdo.

### Conclusiones

A través de nuestro estudio se ha podido observar la existencia de indicadores de compromiso neurológico, particularmente el lóbulo temporal derecho, en una muestra de adolescentes con organización límite de personalidad. Así, las diversas pruebas aplicadas sugieren que presentan déficits en memoria verbal y visual, siendo más significativos en la percepción y memoria visual, que han sido asociados a disfunción del lóbulo temporal derecho. También se encontró indicadores de compromiso frontal, particularmente en las denominadas funciones ejecutivas, que ya han sido mencionadas en otros estudiantes.

Cabe señalar que no sólo se observó una deficiencia en la memoria. De hecho, la percepción visual también se observó comprometida, dado que los puntajes obtenidos en la copia de la Figura Compleja de Rey fueron significativamente inferiores a lo esperado comparados con parámetros normales. Los déficits en la forma de aprehender visualmente pueden implicar que su visión de la realidad se organice de una forma distinta a la normal. El resultado de ello puede ser que las situaciones vividas reciban significados distintos de los consensuales, generando conductas discordantes con lo que sería apropiado en dicha situación.

Si pudiéramos extrapolar estos resultados preliminares, podríamos decir que los adolescentes que presentan organización límite de personalidad no sólo registran los eventos de una forma parcial sino que conservan menor cantidad de información que adolescentes normales. Es frecuente en la práctica clínica escuchar los descargos de los padres frente a las descripciones que hacen estos adolescentes de determinadas situaciones, señalando que lo ocurrido fue más que eso y que no consideró

tal o cual detalle relevante. Así, este hallazgo explicaría en parte los graves desajustes en las relaciones interpersonales, puesto que al recordar situaciones en forma parcial, distorsionan significativamente lo ocurrido en la realidad, conduciéndolos a actitudes o comportamientos concordantes con esa concepción parcial.

La superioridad en la memoria verbal, explicaría cómo estos adolescentes, en el manejo psicoterapéutico fundamentalmente verbal, podrían reestructurar los eventos en la forma en que se los presenta el terapeuta, dándole un sentido nuevo a lo que ellos registraron por sus propios medios.

En síntesis, reconociendo que se trata de una muestra pequeña, los resultados son alentadores y pueden conducir a nuevas investigaciones. Sin embargo, las mayores repercusiones pueden dirigirse no a la ciencia sino al tratamiento.

Por una parte, se ayuda a la comprensión del cuadro. El considerar que existen déficits de memoria permite comprender mejor como funcionan los adolescentes con organización límite de personalidad, por qué presentan imágenes de sí mismos y del mundo tan distorsionadas y por qué es tan difícil lograr con ellos resultados favorables con los métodos tradicionales de psicoterapia.

Por otra parte, arroja luz hacia nuevos esquemas terapéuticos. La psicoterapia podría estar orientada a trabajar procesos básicos, tales como, percepción y memoria en lugar de sumergirse en las experiencias traumáticas del pasado. Podría ser, por ejemplo, que se busquen vías neurales alternativas para suplir las deficiencias o bien que se entrenen directamente los diversos tipos de memoria. Cualquiera sea el mecanismo, nos motiva fuertemente el pensar que podría ser posible darles a estos niños y adolescentes una oportunidad de adaptarse.

### Bibliografía

1. Campos, M. Y Kanner, A. "Epilepsias. Diagnóstico y Tratamiento". Santiago,

- Editorial Mediterráneo. 2002 Cap. 16.
2. Kasen, S.; Cohen, P.; Skodol, A.; Jonson, J.; Brook, J. "Influence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders on Young Adult Personality Disorders" *American Journal of Psychiatry*. 1999;156:10-13.
  3. Kernberg, P.; Weiner, A.; Bardenstein, K. "Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes". México, Editorial El Manual Moderno. 2002, p.117, p23
  4. Kernberg, P. "Minimal Brain Dysfunction in Borderline Personality Disorder in Adolescence". New York, Whithe Plains. 1982, p.25
  5. Kernberg, O. "Trastornos Graves de la Personalidad". México, Editorial El Manual Moderno. 1984, p.3.
  6. Kolb, B.; Whishaw, I. "Fundamentos de Neuropsicología Humana". Barcelona, Editorial Labor. 1986, p.541, p.397.
  7. Ivanovic, F. "Epilepsia. Psicopatología y Tratamiento". Santiago, Editorial Universi-  
dad Católica de Chile. 2001, cap.VI.
  8. Paredes, A.; Micheli, C.G.; Vargas, R. "El examen de las funciones de identidad a la prueba de Rorschach", en Weinstein, R.; Castillo, D. "Profundización en Pruebas Proyectivas: El Psicodiagnóstico en Adolescentes y Niños". Santiago, Apuntes de curso de Actualizaciones en Técnicas Proyectivas. 2002
  9. Paredes, A.; Silva, H.; Jeréz, S. et al. "Estudios exploratorio de funciones cognitivas en trastornos de personalidad". *Rev. Clín. Neuropsiq.* 2002, Vol.40,Nº4, 341-346.
  10. Pichot, P. et al. "DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Barcelona, Editorial Masson S.A. 1995 p.647.
  11. Rey, A. "Rey. Test de Copia y de Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas". Madrid, TEA Ediciones. 1997.





# Oportunidad diagnóstica de tumores del sistema nervioso central en niños, Hospital de Puerto Montt, 1998-2004.

Jorge Carrera M.<sup>1</sup>

## Resumen

Los tumores del sistema nervioso central constituyen la segunda causa de muerte en niños, con una incidencia total de 1,8 a 4 por 100.000. Su pronóstico depende del tipo de tumor, localización y tiempo de evolución, por lo que es muy importante un diagnóstico precoz. Por esto se decidió cuantificar el tiempo de demora diagnóstica en nuestra Décima Región Sur y los factores responsables, considerando la alta ruralidad de nuestra zona. Se trabajó bajo hipótesis que la ruralidad afectaba negativamente al tiempo de diagnóstico, revisándose un total de 31 casos atendidos en nuestro Hospital de Puerto Montt. En relación a los resultados se comprobó que la ruralidad sí era un factor que retrasó el diagnóstico. El tiempo promedio de demora fue de 2,44 meses, lo que corresponde al rango bajo en relación a otras publicaciones revisadas. Cabe destacar que un 33% de los pacientes se derivó erróneamente a otro especialista, desde su sector, lo que retrasó el diagnóstico. Se destaca igualmente la diferencia entre tasa de incidencia entre Provincia de Llanquihue y Provincia de Chiloé (2,7 y 4 por 100.000, respectivamente) lo que mueve a investigar posibles factores ambientales involucrados.

(**Palabras clave:** Tumores infantiles SNC oportunidad diagnóstica)

## ***Diagnostic opportunity of central nervous system tumors in Puerto Montt Hospital, 1998-2004***

*Tumors of the Central Nervous System constitute the second cause of death in*

*childhood, with a total incidence of 1,8 per 100.000. Its prognosis depends on the type of tumor, location and time of evolution, so an early diagnosis is very important. Based on this, we decided to quantify the diagnostic delay in the Southern part of Chile, tenth region, as well as the involved factors, considering the high percentage of rural inhabitants of our zone. We worked under the hypothesis that rural conditions negatively affected the diagnostic timing. Thirty one cases from Puerto Montt's hospital were evaluated, and the data obtained proved that rural conditions were a negative factor in achieving an early diagnosis. The average delay time was of 2,44 months, which corresponds to the low rank in relation to other reviewed publications. It is important to emphasize that a 33% of the patients were erroneously sent to a non neurologist specialist, a factor which delayed even more the diagnosis. The difference in the incidence rate among the Provinces of Llanquihue and Chiloé (2,7 and 4 per 100.000, respectively) stands out, leading us to further investigate among possible environmental factors involved.*

(**Key words:** childhood SNC tumors, diagnostic opportunity).

## Introducción

Después de los accidentes, los tumores constituyen la segunda causa de muerte en niños y los originados en Sistema Nervioso Central (SNC) se ubican en segundo lugar de frecuencia, luego de los hematológicos. Su incidencia fluctúa entre 1,8 y 4 por 100.000 (1,2,5,6).

El pronóstico depende directamente del tipo de tumor y ubicación, siendo la precocidad del diagnóstico de vital importancia para un pronto inicio de tratamiento. Un diagnóstico tardío, además de empeorar el pronóstico, aumenta

<sup>1</sup> Neurólogo Infantil, Hospital Puerto Montt

Trabajo recibido el 15 de Mayo de 2005, aceptado para publicación el 18 de Mayo de 2005.

significativamente el ya alto costo de su tratamiento, ya sea quirúrgico o médico (5).

En los últimos años en nuestro Servicio llamó la atención la importante demora entre el inicio de síntomas y el diagnóstico final de tumor, lo que retrasó el tratamiento y empeoró el pronóstico. Por esto se decidió cuantificar el tiempo y analizar algunos factores asociados, que pudieran explicar la demora de cada caso.

Se debe destacar la gran área de dispersión que posee nuestra región, con densidad poblacional de 15 hbtes por Km/2 ( una de las más bajas del país) y ruralidad del 35% ( la más alta del país) lo que imprime características únicas al momento de hacer comparaciones con otras realidades nacionales. Es destacable el gran número de islas de la zona sur y zonas continentales montañosas, con escaso y difícil acceso a centros de atención médica.

### Objetivos

Revisar la experiencia acumulada en este centro de referencia de provincia enfatizando las características que la ruralidad de la población, la complejidad geográfica de la zona y la estructura de la red asistencial pública imprimen a la oportunidad del diagnóstico y su tratamiento. Como hipótesis de trabajo se planteó que la condición de ruralidad del paciente condicionaba mayor demora en diagnóstico, para cuya demostración se realizaron pruebas de análisis estadístico. Se analizaron factores asociados buscando los relacionados con demora diagnóstica.

### Material y Métodos

Se revisó el libro de Registro de Egresos del Servicio de Pediatría del Hospital Base de Puerto Montt, desde Enero 1998 a Diciembre 2004. Se creó una pauta de registro con la que se revisaron las fichas clínicas de dichos pacientes y se obtuvo la información requerida. Se destaca que los pacientes encontrados correspondieron tanto al área privada como institucional.

Se consideró como origen a dos grandes localizaciones: Cerebral (supra e infratentorial,

tronco cerebral) y Médula Espinal.

Fue necesario asignar un tiempo máximo óptimo para diagnosticar un tumor luego de iniciados los síntomas. Para este estudio se consideró oportuno un plazo de un mes (sin encontrar datos relacionados en literatura). Se designó como alta ruralidad, a localidades con acceso sólo por mar o con movilización colectiva una o menos veces al día.

### Resultados

En el Servicio de Pediatría se atendió a un total de 31 niños con diagnóstico de Tumor del SNC, en el período que comprendió el estudio. Se logró obtener la información completa en todos ellos.

No se encontró diferencia significativa por géneros.

La mediana de edad de presentación fue de 9 años, con un rango que iba de los 10 meses a los 14 años (gráfico 1).

La ubicación del tumor fue en un 80 % cerebral y 20 % medular (gráfico 2). En la designación Cerebral, 34,1% hemisféricos, 34,1% fosa posterior y 3% tronco cerebral.

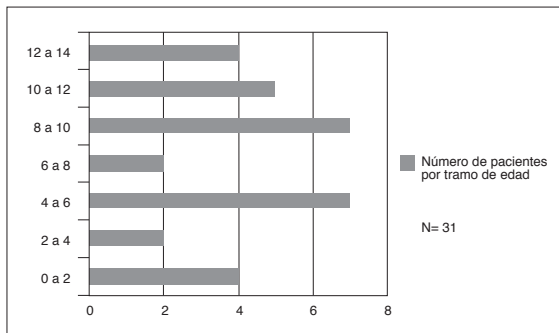
El screening sanguíneo básico (hemograma, perfil bioquímico) en todos los pacientes fue normal.

En todos nuestros pacientes, el examen óptimo para el diagnóstico fue la Tomografía Computada y/o la Resonancia Magnética, tanto para localizaciones cerebrales como medulares, con igual proporción para ambos exámenes en cerebrales y exclusiva Resonancia Magnética en medulares.

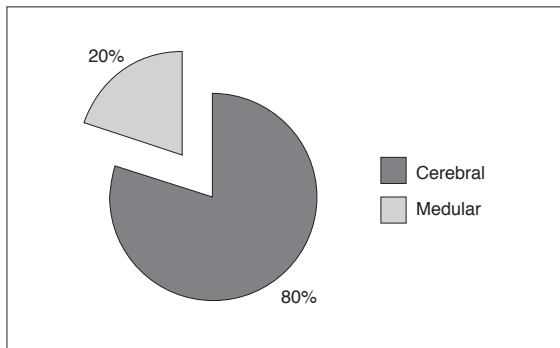
El síntoma predominante fue el Déficit Motor (pares craneanos o periférico), luego Cefalea y Cambios de Conducta (apatía, irritabilidad, cambio de rendimiento escolar), (tabla 1).

Del total de nuestros pacientes, un 30 % vivía en la ciudad de Puerto Montt, un 40 % residía en ciudades periféricas y un 30 % era de alta ruralidad. Se encontró una importante diferencia

**Gráfico 1**  
Tramos de edades en el momento del diagnóstico



**Gráfico 2**  
Localización de los tumores



**Tabla 1**  
Primeros síntomas y signos de consulta

Cefalea	10
Paresia	14
Cambio conductual	8
Convulsión	4
Estrabismo	5
Ptosis	1
Exoftalmo	1
Ataxia	3
Macrocefalia	2
Vómitos	2
Dolor local	2
Dolor abdominal	1

de las tasas de incidencia para menores de 15 años, entre la Provincia de Llanquihue (2,7 x 100.000) y la Provincia de Chiloé, insular y continental (4 x 100.000).

Se pudo hacer resección tumoral total en sólo 8 casos y tratamiento paliativo en el resto (resección parcial, quimioterapia, dado por

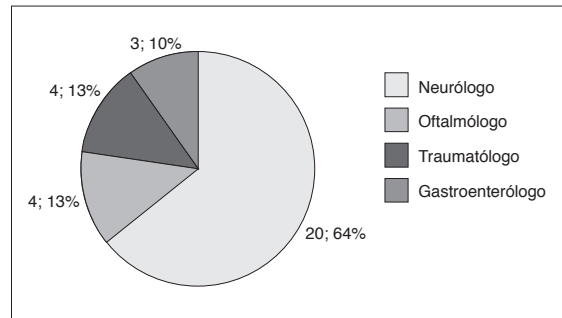
mayormente localización en fosa posterior o tronco cerebral).

La letalidad a la fecha correspondió a un 33 % de total de los pacientes.

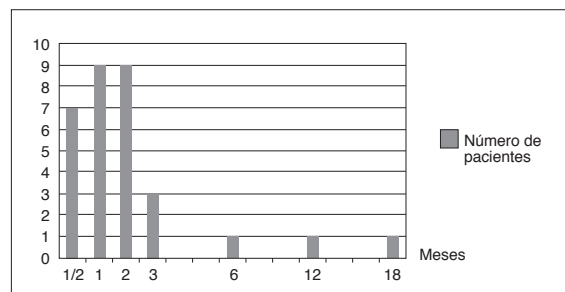
El tiempo de oportunidad diagnóstica: el 50 % de los tumores fue diagnosticado dentro del primer mes de inicio de síntomas. Un 17 % de los pacientes demoró más de tres meses en ser derivado a especialista, desde el inicio de síntoma tumoral (gráfico 4), destacando una paciente con cefalea y Craneofaringioma.

Un 33 % de los pacientes fue derivado a otro especialista (oftalmólogo, ortopedista y pediatra), luego de primera consulta orientado por síntoma de inicio tumoral (estrabismo, paresia de extremidades, dolor abdominal), lo que se vio que retrasó el diagnóstico dado menor índice de sospecha de tumor del SNC. (gráfico 3). En relación a los síntomas de

**Gráfico 3**  
Primera derivación a especialista



**Gráfico 4**  
Tiempo que tomó hacer el diagnóstico después del inicio de los síntomas



presentación de tumores, se encontró que el síntoma convulsión y déficit motor focal llevan a consultar precozmente a la familia.

El síntoma cefalea y cambios de conducta, no fueron valorados como sospechosos de Tumor del SNC por el Médico de Atención Primaria. Los síntomas oculares y gastrointestinales fueron los más tardíos en orientar a Tumor del SNC, al Médico Especialista.

Se realizó análisis estadístico por Distribución Normal, resultando que la proporción de pacientes diagnosticados oportunamente es mayor en aquellos que viven en sector urbano, cuando se comparan con los de residencia rural, utilizando un nivel de confianza del 99 %.

### Gráfico 5

Oportunidad en diagnóstico, según división política (urbano/rural).

	<i>Diagnóstico inoportuno</i>	<i>Diagnóstico oportuno</i>	<i>Total</i>
Urbano	10	11	21
Rural	7	3	10
Total	17	14	

### Conclusiones

El período entre inicio de síntomas y diagnóstico de los pacientes estudiados, fue de 2,44 meses, lo que coincide con lo encontrado en trabajo nacional (4) y trabajos extranjeros de series mayores, que lo sitúan entre 1,6 y 7,3 meses (5, 6).

En nuestra región el origen rural significó retraso en atención y diagnóstico médico. El mayor número de niños fue adecuadamente derivado a neurólogo pero destaca un grupo que se envió a otros especialistas, guiados sólo por la pesquisa del órgano deficitario, lo que retrasó notablemente el diagnóstico. Ambas razones nos llevaron a iniciar Educación Continua a médicos de Atención Primaria y Generales de Zona de nuestra región, enfatizando en síntomas y signos de sospecha tumoral y

optimización de la Red Asistencial.

En relación a género, edad de presentación y síntomas de inicio no se encontró diferencias con otras publicaciones, manteniendo además la proporción de 4:1 para tumores cerebrales y medulares.

La tasa de incidencia de tumores encontrada es similar a estadísticas internacionales (1, 2, 6), sí habiendo diferencia importante entre Provincia de Llanquihue y Provincia de Chiloé (2,7 y 4/100.000, respectivamente). Se plantea la necesidad de estudiar elementos poblacionales o posibles agentes ambientales que expliquen la diferencia encontrada.

Finalmente, a pesar que el diagnóstico realizado no sería considerado tardío, nuestro Servicio debe optimizar la Red Asistencial y mejorar aún más la oportunidad diagnóstica, especialmente en la Población Rural de nuestra Región a través de sospecha clínica y derivación oportuna.

### Bibliografía

1. Quintana JA: Tumores del Sistema Nervioso Central. PINDA, 1997.
2. Ministerio de Salud : Cáncer Infantil en Chile, PINDA. Segunda Edición, 2001.
3. Vargas L., Cáncer en Pediatría. Aspectos generales. Rev Chil Pediatr 2000; 71: 283-95.
4. Bracho F., Presentación clínica y latencia en el diagnóstico de los tumores del sistema nervioso central en niños. Rev Chil Pediatr 2004; 75: 327-332.
5. Mehta V., Latency between symptom onset and diagnosis of pediatric brain tumors : an eastern canadian geographic study. Neurosurgery 2002; 51: 365-372.
6. Keene DL., Brain tumors in childhood and adolescence. Pediatric neurology 1999; 20: 198-203.



## Convulsiones febriles (CF) en el área occidente de Santiago

Verónica Bobadilla C.<sup>1</sup>, Viviana Venegas S.<sup>2</sup>, Beatriz Nuñez R.<sup>3</sup>

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas de pacientes con CF en el área occidente de Santiago. **Pacientes y métodos:** Se estudiaron en forma retrospectiva, 122 niños diagnosticados con CF desde enero 1996 a Diciembre 2000 que cumplieran criterios de ingreso, evaluándose recurrencias con Tabla de Prosecución y variables asociadas a recurrencias. **Resultados y Discusión:** La distribución por sexo, edad, temperatura y patología asociada a la primera crisis, fueron similares a lo descrito en la literatura. La primera CF ocurrió en promedio, a los 18 meses de edad (DE: 9,7), mediana de 15 meses y rango entre 4 meses y 4 años 6 meses. La temperatura asociada fue mayor a 38,5°C en el 86,4% de los casos. La patología concomitante, en los casos en que se pudo establecer, fue de predominio respiratorio. Las crisis fueron simples en 71,3% y complejas en 28,7% incluidos 2 pacientes que debutaron con status convulsivo (1,6%). En 62,3% se registró antecedente familiar de epilepsia y/o CF. El número de crisis previas a control neurológico variaron entre 1 y 6. Un 22,1% consultó con historia de cuatro o más crisis. Se indicó profilaxis desde el primer evento en 9,8%, en la segunda crisis en el 40,2% y en el 50% restante después de tres o más. El análisis de los distintos tratamientos se hizo en 122 pacientes: 76,2% inició profilaxis con Fenobarbital, 20,5% con Acido Valproico y 3,3% con Diazepam rectal

intermitente. Se realizó electroencefalograma en 91%, normal en 85,6%. Se evaluaron las recurrencias mediante una Tabla de Prosecución, las cuales disminuyeron en los semestres sucesivos: 16,2%; 13,5%; 10%; 4,7%; 7% y 0%. Los pacientes que tuvieron recurrencias (CF simples o complejas), se compararon con el grupo sin recurrencias sin encontrar diferencias significativas en edad, sexo, temperatura, antecedentes familiares de CF y /o epilepsia ni anomalías en el electroencefalograma.

**(Palabras claves):** convulsiones, convulsiones febriles, epilepsia, tratamiento de convulsiones febriles

### *Febrile seizures (FS) in west area of Santiago*

**Objective:** Describe epidemiological features of FS in the West area of Santiago. **Patients and methods:** This is a retrospective study of 122 children who consulted between January 1996 through December 2000 and who fulfilled study criteria of FS were analyzed. They were studied with Life Table, and recurrences relations. **Results and Discussion:** In the first seizure, gender and age distribution, temperature and associated pathology showed no differences with literature data. The average age at onset was 18 months, the range was from 4 months to 4 years 6 months. Associated temperature was higher than 38,5°C in 86,4% and respiratory tract infection was the leading concomitant pathology. FS were simple in 71,3% and complex in the remaining patients, including 2 cases who started with convulsive status (1,6%). Family histories of epilepsy and/or FS were found in 62,3%. Previous to neurological control, the number of seizures fluctuated from 1 to 6, and 22,1% of patients received neurological care after 4 or more seizures. Prophylactic therapy was prescribed from the first event in 9,8%; while 40,2% got it after the second seizure and the remainder 50%, got it after three or more FS.

1 Médico Neurólogo Infantil, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

2 Médico Neurólogo Infantil, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

3 Enfermera Universitaria. Servicio de Neurología Infantil, Hospital San Juan de Dios

*Different evolution of the therapies were analyzed, 76,2% began with Phenobarbital, 20,5% started with Valproic Acid and 3,3% received intermittent Diazepam. Electroencephalographic study was performed in 91%, it was normal in 85,6%. Recurrences during treatment were calculated with a Life Table: recurrences decreased in successive semesters from 16,2%, 13,5%, 10%, 4, 4,7%; 7% and 0%. Patients with and without recurrences (simple or complex type) were compared and no significant differences in age, gender, temperature, family history of FS or epilepsy and electroencephalographic anomalies were found. (Keywords: seizures, febrile seizures, epilepsy, febrile seizures therapy)*

### Introducción y Objetivos

Las convulsiones febriles (CF) son las crisis epilépticas ocasionales más frecuentes, se presentan habitualmente entre los 3 meses y 5 años de edad. Se definen, según la Liga Internacional contra la Epilepsia, en su Comisión de epidemiología y pronóstico (1993), como “una convulsión en asociación a enfermedad febril en ausencia de infección del sistema nervioso central o alteración aguda del balance hidroelectrolítico en niños mayores de 1 mes sin antecedentes previos de crisis convulsiva afebril”(1). Según la clasificación internacional de síndromes epilépticos (ILAE, 1989), se ubican dentro de los síndromes especiales y se presentan en el 2 a 4% de los menores de 5 años (2). Las CF se clasifican en simples o complejas, lo que permite diferenciar pronóstico, pero no la naturaleza del evento. Las convulsiones febriles simples se caracterizan por ser breves, bilaterales y simétricas, a diferencia de las complejas, que son focales, unilaterales, asimétricas, prolongadas, de duración mayor a 10 a 15 minutos y/o múltiples (más de un evento convulsivo en el mismo cuadro febril), pudiendo presentar además fenómenos postictales como parálisis de Todd. Las convulsiones unilaterales, según los diferentes estudios, presentan una incidencia de historia familiar de CF de 18% en comparación con el 35% de las crisis febriles generalizadas. Se describen en la literatura variables relacionadas con las recurrencias como son la historia familiar de CF, edad de

primera crisis menor a 18 meses, intensidad de la fiebre, duración de fiebre antes del evento convulsivo. A menor intensidad de fiebre, mayor frecuencia de recurrencia. Otras variables mencionadas, pero con una relación menos significativa, son, la historia familiar de epilepsia, anomalías en el desarrollo neurológico previo, las CF complejas entre otras (1).

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOcc) tenía el año 2000, una población asignada menor de 5 años de 109.278, atendida en 17 consultorios rurales y 18 urbanos, con derivación a atención neurológica en el Hospital San Juan de Dios. Los pacientes diagnosticados de CF, se ingresan al Programa de Epilepsia Infantil (PEI), que funciona en forma coordinada con la atención primaria.

El objetivo de este estudio fue describir en forma retrospectiva, las características epidemiológicas y clínicas de pacientes atendidos con diagnóstico de CF, y evaluar las variables de recurrencia.

### Pacientes y Método

Se ingresó a estudio a niños diagnosticados con CF en control en el Servicio de Neurología Infantil del Hospital San Juan de Dios, entre el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000. Se incluyeron pacientes que reunían las características clínicas de la definición de convulsión febril y diagnosticados como tal, al ingresar al PEI. Se descartan del estudio, a los pacientes que en su evolución presentaron convulsiones afebriles o aquellos en los que se desconocía su evolución posterior al diagnóstico. De 766 pacientes activos en el PEI al 31 de Diciembre de 2000, 158 (20,6%) tenían diagnóstico de ingreso de CF. Para este análisis se incluyó a 122 que cumplían con los criterios de ingreso.

La fuente de datos fueron las historias clínicas, consignando en encuesta ad hoc, sexo, edad de presentación de la primera crisis, desarrollo psicomotor, tipo de crisis (simple o compleja), temperatura y patología asociada a la primera CF. También se detalló la procedencia (urbana o rural), antecedente familiar de CF o epilepsia. También se estudió el número de crisis previas



al inicio de tratamiento profiláctico, el tipo de profilaxis utilizada, las recurrencias y la evolución de tratamiento. En los casos en que se solicitó electroencefalograma, se consignó el resultado.

Se ingresó la información en una base de datos computacional Excel. Para analizar la frecuencia de recurrencias y abandonos se utilizó una Tabla de Prosección (4) con intervalos semestrales, y se evaluó estadísticamente las variables relacionadas con las recurrencias (sexo, edad de primera crisis, temperatura, tipo de crisis, familiar con CF y/o epilepsia)

### Resultados

En el total de 122 pacientes no hubo diferencias significativas por sexo: 73 fueron hombres y 49 mujeres (\*ns, chi cuadrado 4,8 <5,02, 1gl) con una mayor proporción en varones de 1,5:1.

Los ingresos anuales estudiados fueron 13 (1996); 9 (1997); 15 (1998); 34 (1999) y 51 (2000). Este último año se pudo hacer una estimación de incidencia para la población menor de 5 años de 47 por 100.000 (51/109.278). El mismo ejercicio, por sexo y para igual período, dio una incidencia estimada de 61,1 para los hombres (n=34) y 31,7 (n=17) para las mujeres.

La primera convulsión febril, ocurrió en promedio, a los 18 meses de edad (DE: 9,7), con mediana de 15 meses y rango entre 4 meses y 4 años 6 meses. Hubo muy pocos casos con primera crisis sobre 3 años de edad (Tabla 1). La temperatura asociada (Tabla 2) fue mayor a 38,5°C, en el 86,4% de los casos. La patología concomitante, en los casos en que se pudo establecer, fue de predominio respiratorio y en 54 casos no había información consignada (Tabla 3).

La procedencia de los pacientes fue predominantemente urbana (77%).

En 87 pacientes las crisis fueron simples (71,3%) y complejas en 35 (28,7%). En estas últimas se incluyen 2 pacientes que debutaron con status convulsivo.

El desarrollo psicomotor fue normal en 110 (90,2%) y en 12 casos (9,8%) presentaron un desarrollo disarmónico (leve retraso motor o de lenguaje).

En 76 casos (62,3%) se objetivaron antecedentes familiares de CF y/o epilepsia. El antecedente de epilepsia se consignó en 36,1% de los casos (44/122). El antecedente de CF en la familia se encontró en 14,8% (18/122) y asociado a epilepsia en 14 casos (11,5%), por lo que en total hubo 32 pacientes con asociación familiar de CF (26,2%).

El número de crisis previas al primer control neurológico (Tabla 4) varió entre 1 a 6. Un 22,1% consultó con historia de cuatro o más crisis.

Se indicó profilaxis continua desde el primer evento en 12 pacientes (9,8%), de los cuales fueron 2 que debutaron con status convulsivo, 4 casos con CF complejas y 6 menores de 1 año. En un 40,2% se indicó profilaxis después de la segunda crisis y en el 50% restante, con tres o más. La profilaxis se mantuvo o modificó, dependiendo de la tolerancia, reacciones adversas a medicamentos (RAM) y adherencia o abandono.

Al analizar la evolución de los tratamientos farmacológicos de los 122 pacientes, se observó que en 93 (76,2%) se inició profilaxis con Fenobarbital (FBB), 25 (20,5%) con Acido Valproico (AV) y en 4 pacientes (3,3%) se indicó profilaxis intermitente con Diazepam rectal (DZP).

De los 93 pacientes que iniciaron profilaxis continua con FBB, se cambió indicación a AV en 7 casos (2 presentaron alergia a FBB, 4 alteraciones conductuales y 1 por recurrencia de crisis a pesar de tratamiento) y 4 pacientes abandonaron tratamiento (1 por alergia y 3 no reconocen causa).

De los 25 pacientes que iniciaron profilaxis con AV, 1 paciente presentó gastritis medicamentosa, por lo que desistió de recibir medicación posteriormente. Por presentar recurrencias, 1 paciente se cambió indicación a FBB y 1 paciente abandonó tratamiento.

De los 4 pacientes que se indicó tratamiento con DZP rectal, 1 debió iniciar FBB por recurrencias frecuentes, manteniéndose con esquema intermitente los otros 3 pacientes.

El electroencefalograma se realizó en 111 pacientes (91%), resultando normal en 95 (85,6%). Se detectaron anomalías inespecíficas (lentitud focal o generalizada, paroxismos inespecíficos) en 7 casos (6,3%) y anomalías específicas epileptiformes en 9 pacientes (8,1%), persistiendo anormalidad en la evolución sólo en uno de estos pacientes. Este paciente, tuvo sólo una recurrencia al tercer semestre de seguimiento, sin nuevos eventos post suspensión de fármaco y con cinco años de observación.

Se evaluó las recaídas en los pacientes con profilaxis (continua e intermitente) mediante la técnica de Tabla de prosecución (Tabla 5). Se consideró como población inicial, a aquella que iniciaba control y tratamiento, calculándose semestralmente, las recurrencias y abandonos, hasta completar seis semestres de seguimiento (después del séptimo semestre no se objetivaron recurrencias). La frecuencia de recurrencias disminuyó en los semestres sucesivos: 16,2%; 13,5%; 10%; 4,7%; 7% y 0%, calculándose con poblaciones semestrales de 120, 94, 68, 51, 35 y 23 pacientes respectivamente. Durante los seis semestres de seguimiento se observaron 38 recurrencias en 28 pacientes, es decir, un 22,9% de los pacientes presentaron recurrencias (28/122) a pesar de la profilaxis. Todos los pacientes que presentaron recurrencias, lo hicieron con el mismo tipo de crisis por la cual habían consultado.

**Tabla 1**

CASOS SEGUN EDAD DE PRESENTACION DE LA PRIMERA CF

<i>Edad (meses)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0 - 11	29	23,8
12-23	67	54,9
24-36	18	14,8
37-48	6	4,9
49 y más	2	1,6
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

**Tabla 2**

TEMPERATURA ASOCIADA A LA PRIMERA CONVULSION FEBRIL (\*)

<i>Temperatura (Grados Celsius)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
< 38	4	3,9
38 - 38,4	10	9,7
38,5 - 38,9	14	13,6
> 39	75	72,8
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

\*en 19 casos no fue objetivada

**Tabla 3**

ENFERMEDAD ASOCIADA A LA PRIMERA CONVULSION FEBRIL (\*)

<i>Enfermedad</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Respiratoria	61	89,7
Digestiva	4	5,9
Urinaria	1	1,5
Otro	2	2,9
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

(\*) En 54 casos no se consigna enfermedad asociada

**Tabla 4**

NUMERO DE CRISIS PREVIAS AL INICIO DE TRATAMIENTO PROFILACTICO

<i>Número de crisis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	12	9,8
2	49	40,2
3	34	27,9
4 y más		27
22,1		
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

Tabla 5  
RECURRENCIAS SEGUN SEMESTRE DE SEGUIMIENTO EN 120 PACIENTES CON  
TRATAMIENTO PROFILACTICO (Tabla de Prosecución)

Semestre	Población Inicial	Recurren	Abandonos	Población Centro	%recurrencia	No completa semestre
I	120	17	4	105,0	16,2	26
II	94	11	0	81,0	13,5	26
III	68	6	0	59,5	10,0	17
IV	51	2	0	43,0	4,7	16
V	35	2	0	29,0	7,0	12
VI	23	0	0	19,5	0	7

(\*) se excluyen 2 pacientes con período de tratamiento inferior a un mes

Las 10 recurrencias de CF complejas, ocurrieron en 10 de los 35 pacientes que presentaban CF complejas. Las 28 recurrencias restantes, fueron CF simples que ocurrieron en 18 pacientes de un total de 87 casos con ese tipo de crisis. Esto da una frecuencia de recurrencia de 28,6% para las CF complejas versus un 20,7% para las CF simples, diferencia, que en esta casuística, no resultó significativa.

El total de pacientes en tratamiento profiláctico que tuvieron recurrencias (CF simples y complejas), se comparó con el grupo de pacientes sin recurrencias, sin encontrar diferencias significativas en edad, sexo, temperatura, antecedentes familiares de CF y/o epilepsia, ni hallazgos electroencefalográficos. Los dos pacientes que debutaron con status convulsivo febril, quedaron con profilaxis continua con FBB y no presentaron recurrencias a los 3 semestres de seguimiento.

### Discusión

Los pacientes estudiados no correspondieron al total real de pacientes que presentaron CF durante el período analizado, ya que se derivaron desde atención primaria a evaluación neurológica, sólo aquellos pacientes con CF recurrentes, menores de 1 año y/o CF complejas. En este análisis, no se evaluaron pacientes que presentaron sólo 1 CF simple o aquellos que no accedieron a atención neurológica.

Adicionalmente, el juicio sobre las cifras de incidencia encontrada para el año 2000, debe

considerar que hasta hace pocos años, el acceso a la atención neurológica se encontraba restringido por limitaciones de horas profesionales, y el aumento de las horas disponibles, explica el número de ingresos. Estas observaciones en relación a los datos, son particularmente relevantes al analizar las diferencias observadas en las tasas por sexo y, naturalmente, puede influir también, en que se haya encontrado una elevada frecuencia de derivación después de la cuarta crisis.

Dado lo anterior, la incidencia encontrada, si bien es comparable a la descrita en la literatura, es menor a la real para el grupo de edad y zona estudiados. A pesar de esta consideración, el porcentaje de CF complejas observado, de 28,7%, es comparable al de la literatura (5). No se puede determinar prevalencia en este estudio ya que no se cuenta con el número real de pacientes que presentan CF en la zona y período estudiado.

La frecuencia de status febril en algunos estudios (6) se acerca al 5%, cifra superior al 1,6% encontrado en este estudio. No obstante, es importante señalar que a veces es difícil diferenciar casos con status epiléptico que presentan fiebre por actividad convulsiva prolongada, o en casos sintomáticos, donde la causa que determina el status corresponde a una noxa tóxica, infecciosa o metabólica indeterminada (7). La mortalidad por CF es extremadamente baja, donde incluso no se reporta en algunos protocolos nacionales de seguimiento (Nacional Collaborative Perinatal

Project (Nelson and Ellenberg 1978), British Cohort Study (Verity 1993)). En un estudio de 172 casos de Status epiléptico febril, hubo 1 caso fallecido, el cual analizado en forma retrospectiva estuvo probablemente relacionado con una encefalopatía por Shigella, más que por la CF(8).

En relación a la proporción encontrada por sexo, edad, temperatura y patología asociadas a la primera de crisis, hay concordancia con lo notificado por los diferentes autores (3).

En cuanto a la revisión de las recurrencias, que según la literatura se presentan en un tercio de los pacientes, también se describe que un 10% tendrán 3 o más crisis (AAP 1996). El estudio de cohortes en forma prospectiva, puede aumentar la probabilidad de relacionar estadísticamente las variables de recurrencias, aunque otros estudios tampoco han encontrado asociación significativa con las variables tradicionalmente descritas (9). En este grupo de pacientes se realizó seguimiento hasta 5 años, lo que impide realizar una relación con las variables asociadas a epilepsia futura y cuyo riesgo se calcula entre un 2 a 10%. Dentro de los factores de riesgo de epilepsia futura se describen: anomalías del desarrollo neurológico, CF complejas e historia familiar de epilepsia.

Se considera que la edad menor de 1 año en la primera CF es un importante factor de recurrencia (10,11) y de epilepsia futura. En la población estudiada, el 23,8% de los casos estaba en ese grupo etéreo, lo que cuantifica un grupo que requiere una observación más prolongada. En cuanto a la temperatura, cifras inferiores a 38°C se asocian con un riesgo mayor de epilepsia futura (8), lo que en la población estudiada se observó en cifra cercana al 4%.

La variable genética -expresada en el antecedente familiar de CF y/o epilepsia- fue también descrito por Devilat (12), quien en 1993 realizó un estudio (no publicado) en 183 niños con CF controlados en el Servicio de Neurología del Hospital Luis Calvo Mackenna. La frecuencia de antecedente familiar positivo, fue entonces mencionado en un 10% para CF y 46% para epilepsia; cifras que son relativamente

comparables a las encontradas en este estudio: 26,2% y 47,6% respectivamente. Estas cifras, si bien son elevadas, constituyen una muestra seleccionada de CF que llegan a atención especializada. La heterogeneidad en la expresión genética de las CF en diferentes familias, ha dado diferentes patrones de herencia. La evidencia del componente genético de las CF proviene de varias líneas: familias, gemelos y estudios de agregación familiar. En alguna familias se ha sugerido un patrón poligénico y en otras ha presentado un patrón autonómico dominante. Las CF se presentan en forma repetida en familias, un 18% a 40% de niños con CF presentan antecedente familiar de CF. La concordancia en gemelos monocigóticos varía entre un 19% a 69%, e incluso se ha descrito hasta un 80% (13, 9). Se ha intentado definir subgrupos más homogéneos de expresión fenotípica de las CF, para poder pronosticar riesgo de recurrencias y epilepsia con mayor certeza.

Por otro lado los estudios que ha intentado buscar una relación entre CF y epilepsia, van en dos ejes, por un lado la asociación a largo plazo entre las CF simples y las crisis generalizadas (CF+) cuyo patrón genético ha sido diferenciado (8) y las CF complejas con la epilepsia temporal, especialmente en relación a la esclerosis mesial temporal, para lo cual no hay suficiente evidencia genética para explicar su asociación (14,15).

En cuanto a la profilaxis, en los diferentes centros neuropediátricos, se indica en forma personalizada el tratamiento, para lo cual se considera: el número de recurrencias, el tipo de CF, la edad del paciente y las características de la familia (16,17). La construcción de un flujograma de tratamiento, permite visualizar las complicaciones asociadas. Lo más frecuentemente descrito, son las reacciones adversas a medicamento, en especial, asociadas a FBB y AV, lo que ha provocado una tendencia ascendente en el uso de benzodiazepinas. La utilización de DZP como fármaco profiláctico en el manejo de las CF recurrentes, ha sido exitosa desde los primeros reportes (18). Además, la disponibilidad actual de nuevas presentaciones de DZP rectal y al buen pronóstico de las CF, hizo que los esquemas locales de tratamiento

se hayan modificado, reservando la indicación de profilaxis continua con FBB y AV a casos seleccionados.

Dado lo escaso de la muestra, y que el mayor número de ellos (85/122), correspondió a ingresos entre 1999 - 2000, que no habían completado dos años de seguimiento al momento del estudio, no fue posible describir con certeza la falta de asociación estadística en las variables de recurrencia (19). La tarea del seguimiento a largo plazo para evaluar las variables relacionadas con epilepsia se ve facilitada con la experiencia de este estudio y el perfeccionamiento del registro generado por el mismo.

### Agradecimientos

Al Dr. Nelson Vargas Catalán, por su inestimable colaboración en la revisión de este manuscrito. También agradecemos a los médicos y personal del Servicio de Neurología Infantil del Hospital San Juan de Dios, por su abnegada labor en el control de estos pacientes.

### Bibliografía

- Shinnar Sch. Febrile Seizures. En Swaiman K. Pediatric Neurology Vol II 3rd ed. Ed Mosby Inc. 1999. pag 676 - 682.
- Hirtz D. Febrile Seizures. Ped. Rev. 1997; 18(1): 5 - 8.
- Hirtz D, Camfield P. Febrile Convulsions. En Engel J, Pedley A, editors. Epilpsy: A Comprehensive Textbook. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998. pag. 2483-2488.
- Taucher, E. Bioestadística: Ed. Universitaria. Santiago de Chile 1997. p 258-263.
- Mesa T. Convulsiones Febriles. Rev. Chil. Ped. 1999; 70 (1):77-81.
- Hauser WA Status epilepticus: epidemiologic considerations. Neurology 1990; 40(Suppl2): 9-13.
- Verity C. Status epilepticus associated with feber. En Engel J., Pedley A. ed. Epilepsy: A Comprehensive Textbook, Phildelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998 p 731-739.
- Shinnar S, Pellock JM, Berg AT, et al An inception cohort of children with febrile status epilepticus: cohort characteristics and early outcomes. Epilepsia 1995; 36 (suppl. 4):31.
- Pal D, Kugler S, Mandelbaum D, Durner M Phenotypic features of familial febrile seizures Neurology 2003; 60:410 - 414.
- Nieto M, Pita E. Epilepsias y Síndromes epilépticos en el niño. Ediciones Universidad de Granada, España 1993, p 479 - 494.
- Vestergaard, Bass O. Henriksen TB. Risk factors for febrile convulsions. Epidemiology 2002, May; 13(3): 282 - 287.
- Devilat M. Convulsiones febriles en la infancia En: Devilat M y Mena F ed. Manual de Neurología Pediátrica, Santiago de Chile. Edit Mediterráneo 1994, p 72 - 79.
- Van Stuijvenberg M, Van Beijeren E, Wils NH Characteristics of the clinical seizure in familial febrile seizures. Arch Dis Child 1999;80:178 - 180.
- Janszky J, Woermann FG, Barsi P, Schulz R, Halasz P, Ebner A. Right hippocampal sclerosis is more common than left after febrile seizures. Neurology 2003 Apr 8; 60 (7): 1209 - 1210.
- Briellmann RS, Tom-Broers Y, Jackson GD, Berkovic SF. Seizures in family members of patients with hippocampal sclerosis. Neurology 2001 Nov 27; 57 (10): 1800 - 1804.
- Autrleca E., Ployet J. Treatment of febrile convulsions Arch Pediatr. 2002; 9 (1): 9-15.
- Committee on quality improvement, Subcommittee on febrile seizures. American Academy of Pediatrics. Practice Parameter: Long - term treatment of the child with simple febrile seizures (AC9859). Pediatrics 1999, Jun; 103 (6): 1307 - 1309.
- Rosman NP, Colton T, Labazzo J et al A controlled trial of diazepam administred during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. V. Engl J Med 1993; 329: 79 - 84.
- Knudsen FU. Febrile Seizures: treatment and Prognosis. Epilepsia 2000;41: 2-9.



# Anorexia, juventud y posmodernidad

*Carmen Gloria Quintana A.<sup>1</sup>*

## Resumen

Este artículo pretende reflexionar acerca de una enfermedad llamada anorexia nerviosa que está causando alarma social en occidente por su gran expansión en la juventud. La reflexión parte de un punto de vista social desde la postmodernidad donde se señala que se han perdido todos los referentes sociales que permitan al sujeto un "otro" con quien identificarse y diferenciarse. Por otra parte se aborda el problema del desarrollo de la identidad desde Paul Ricoeur quien pone énfasis en el desarrollo del sí mismo como otro, para finalmente abordar desde la familia de las chicas anoréxicas y las distintas teorías que intentan explicarla.

**(Palabras Claves:** Anorexia nerviosa, juventud, postmodernidad).

## *Anorexia Youth and Postmodern Time*

*This article aims to be a reflection about an illness called anorexia nervosa that is causing social alarm in western world because of its great expansion in youth. This reflection starts from a social point of view arising from postmodern times, where the loss of all social cues that allow a subject an "other" with whom to identify and differentiate from, is shown. The problem of the development of the self presented as of Paul Ricoeur who sets great emphasis in the development of the self as the other is also addressed. Finally a look from within the families of the anorexic girls upon the different theories that try to explain this disease is presented.*

**(Key words:** anorexia, youth, postmodern times).

## Introducción

En nuestra sociedad es cada más frecuente

observar, sobre todo en mujeres jóvenes una preocupación excesiva por el peso, la figura y la imagen corporal, que las lleva en muchas ocasiones a buscar de manera deliberada la delgadez a cualquier precio.

Bajo estas influencias, algunas de estas adolescentes van más allá de la simple consecución de un ideal estético y quedan atrapadas en un mecanismo de dieta-reducción e insatisfacción posterior. Aparecen una serie de conductas más complejas como provocación de vómito, abuso de laxantes y diuréticos, hiperactividad y realización de ejercicios exhaustivos con el único fin de alcanzar la delgadez extrema. Este dinámica se ve acompañada de un trastorno perceptivo, casi delirante, que altera la percepción de la propia imagen corporal de tal forma que se siguen viendo "gordas" a pesar de que su cuerpo se acerque cada vez más al estado caquético.

El progresivo incremento de la anorexia nerviosa, trastorno casi desconocido no hace más de veinte años, ha causado inquietud sanitaria alarma social y progresiva proliferación de investigaciones dedicada a ella.

Se trata de un trastorno complejo tendiente a la cronicación, a veces sumamente grave que es la consecuencia de múltiples y variados factores.

De entre todos ellos los de carácter cultural parecen ocupar un primerísimo lugar como factor predisponente, con frecuencia precipitante y casi siempre mantenedor y agravador del trastorno.

Este estudio hace un recorrido desde la postmodernidad haciendo hincapié en el modelo corporal femenino estrechamente relacionado con la moda, con la condición social de la mujer joven y la multiplicidad de roles que la sociedad actual le demanda.

1 Psicóloga, Universidad de Chile

Trabajo recibido el 21 de Abril de 2005, aceptado para publicación el 20 de Junio de 2005.

En un trasfondo social que ha puesto en duda todas las concepciones del yo anteriores (modernas y románticas), desvirtuando “la función paterna” desde un punto de vista social e individual. Socialmente entendida como la capacidad de transmitir los valores, ideales, tradiciones e historia a las nuevas generaciones. Añadiendo más dificultad a la juventud de lograr desarrollar y definir su identidad.

Las características de la postmodernidad dificultarían el desarrollo de la identidad juvenil, sobre todo si tomamos lo planteado por Paul Ricoeur en su libro *el sí mismo como otro*. Paul Ricoeur integra los aspectos afectivos en el desarrollo de la identidad personal, a partir del reconocimiento del sí mismo, la solicitud desde el otro y los sentimientos de simpatía, que se despliegan en la relación dialógica entre el sí mismo y el otro. El otro no sólo es necesario para la realización personal de cada individuo, sino que es parte construcción de su identidad, incorporándolo desde el afecto, a través del cual el otro se constituye en parte del sí mismo.

Desde un punto de vista familiar, desarrollaré el concepto de familia postmoderna y las relacionamos con las dinámicas propias de las familias anoréxicas, para finalmente desarrollar la perspectiva del desarrollo de la identidad de las anoréxicas desde los enfoques post racionalistas cognotivistas y psicoanalíticos.

### **Anorexia nerviosa: concepto y definiciones**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria grave, que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. Se caracteriza por una considerable pérdida de peso autoinducida por el propio enfermo a través de una conducta ingestiva muy anómala. El paciente se impone una dieta rigurosa con restricción de alimentos con alto contenido calórico. Presenta una preocupación constante por su peso, modifica el ritmo de sus comidas y lleva a cabo una serie de conductas dirigidas a adelgazar, entre las que destaca la provocación del vómito.

En el tipo restrictivo de anorexia, la pérdida de peso se produce a través de la dieta, el ayuno o el ejercicio excesivo. En el tipo bulímico, los pacientes tienen episodios de atracones que van seguidos de vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos o enemas para contrarrestar el posible aumento de peso producido por ellos (5).

Sus manifestaciones clínicas de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV son:

- a. Rechazo a mantener el peso corporal igual o encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla
- b. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por abajo del peso normal.
- c. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

De sus características sociodemográficas se señala que en cuanto al sexo, la anorexia nerviosa afecta mayoritariamente a la mujer, siendo el porcentaje alrededor del 75% para ellas. La edad de comienzo es una constante epidemiológica, la anorexia nerviosa aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 años y después de los 25.

Respecto a la clase social y nivel socioeconómico desde los primeros trabajos publicados se ha afirmado que es más frecuente en estratos socioculturales altos y medios alto y raza blanca. Sin embargo, estudios más recientes se ha encontrado representación en todos los estratos sociales, esta tendencia a la uniformidad no puede sorprendernos tratándose de una patología con un gran componente patogénico sociocultural. En cuanto a su prevalencia se considera para la anorexia nerviosa alrededor del 0,5 al 3,7% y de la bulimia del 1,1 al 4,2%. Esta prevalencia ha aumentado claramente en las últimas tres décadas de acuerdo a numerosos estudios (5).



## **Raíces sociopsicológicas de la anorexia nerviosa**

### *El sentimiento de inadecuación*

Las raíces sociales del crescendo epidémico de la anorexia-bulimia, se pueden conectar con el núcleo de sufrimiento básico en la vida de estas muchachas: un profundo sentimiento de inadecuación (sentir un defecto en sí mismas) Semejante angustia las hace sentirse impotentes, superadas y por tanto, pasivas y como advierten un gran alivio al invertir esta constelación de sentimientos gracias al movimiento activo permitido por la concreción del malestar en algo bien definido (el peso excesivo, las caderas demasiado anchas, etc.) con el efecto antidepressivo inmediato permitido por la experiencia de la dieta (17).

Pero este movimiento defensivo sólo es posible en una cultura donde “lo delgado es bello”. Selvini Palazzoli al respecto señala que en países del tercer mundo no occidentalizados donde lo “gordo es bello” la anorexia no puede existir.

Selvini Palazzoli, describe ya en 1963 los componentes socioculturales de la anorexia, que aún son considerados de gran actualidad: la entrada de la mujer en la lucha tradicional masculina de la escuela, de la profesión o, en cualquier caso de la carrera (en contraste con la anterior y atávica tradición femenina de incultura, sumisión y pasiva aquiescencia a las tareas sexuales y maternas como única valoración posible), junto con el no disminuido, sino acaso incrementado narcisismo femenino, fomentado por la moda, los medios audiovisuales y el aumento de la riqueza. Hoy en síntesis, se pide que la mujer sea bella, elegante y esté en forma, que dedique mucho tiempo al cuidado de su persona; pero esto no debe impedirle competir intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, hacer carrera, y tampoco enamorarse románticamente de un hombre, ser tierna y dulce con él, casarse y representar el tipo ideal de esposa-amante y de madre oblativa, lista para renunciar a los diplomas fatigosamente obtenidos para ocuparse de panecillos y faenas domésticas.

Es evidente que el contraste entre y tantas e irreconciliables exigencias, al menos teóricas, unidas al espíritu de competencia, a la pretensión de éxito precoz, a la dificultad para adaptar el carácter afectivo-intuitivo de la inteligencia femenina con el rigor lógico deductivo de tipo viril requerido por los estudios severos, ponen a dura prueba a las adolescentes, en especial a las más sensibles, en su presentación en la escena social (17).

Este tipo de cultura se caracterizaría, para la mujer, sobre todo por la ambigüedad del rol, en la crisis de traspaso del rol tradicionalmente pasivo de la mujer del tipo de cultura agrícola - patriarcal a un rol extremadamente más polivalente y complejo, mezcla de características femeninas y viriles, de liderazgo y de sumisión, de actividad y pasividad como es el actual. Un rol, si se considera superficialmente, más afín al matriarcado, pero, en realidad, desarrollado en un ambiente aún penetrado de tradiciones patriarcales, y cargado de inhibiciones sexuales, pese a la cada vez más marcada indefinición de las características psicológicas de los sexos.

Chiquillas que podían volverse catatónicas o deprimidas se convierten en anoréxicas, como intento activo de un débil yo para rechazar un rol pasivo. Cuanto más ambiguos son el estímulo, el rol y la situación, más afirman ellas lo que quieren ser de manera muy concreta: ser delgadísimas como negación de cuanto ellas sienten en sí mismas de irreconciliable con el rol activo y eficiente que la expectativa social parece exigirles (16)

### **El Movimiento de las Mujeres**

Selvini Palazzoli hace una importante relación entre el movimiento feminista y los factores socioculturales que influyen en esta enfermedad. No creemos que el movimiento de las mujeres (antes llamado feminismo) pueda ser en sí mismo la terapia de la anorexia. Pero fue y, por supuesto será una gran ayuda para la prevención y el tratamiento, en la medida en que da una efectiva contribución a la toma de conciencia de las mujeres de la importancia de defender su autonomía y su dignidad personal. Podría pensarse que es un absurdo considerar

el feminismo como una potencial prevención o tratamiento de la anorexia en tanto parece haber una coincidencia temporal entre el boom del feminismo y el de la anorexia. Quizás pueda haber una conexión no lineal para conectar los dos fenómenos. Antes del feminismo la transmisión transgeneracional de una identidad femenina humillada y desvalorizada se producía sin sacudidas ni contradicciones. Las mujeres estaban mal, pero se “consolaban” al estar todas mal y todas a la vez. Reaccionaban con “la pedagogía negra” (15) o con la histeria. El feminismo ha roto el frente de la opresión y ha resquebrajado el mecanismo de la transmisión transgeneracional. Las mujeres que han hecho propia la autodesvalorización se confrontan hoy con otras que son distintas, y esto vale para las madres como con mayor razón para las hijas. Por lo tanto, la anorexia no sería fruto de la nueva cultura, sino de la crisis de la vieja, precisamente en el sector social donde la transición está en marcha, pero es más lenta que en otros.

En relación con estos cambios, en lo femenino Lipovestky se pregunta que ocurre cuando el sexo se hace político, cuando las relaciones sexuales se traducen en relaciones de fuerza, de poder. Sugiere que algo más fundamental está en juego. A través de la lucha por el aborto libre y gratuito, se apunta al derecho de autonomía y de responsabilidad en materia de procreación, se trata de sacar a la mujer de su estatuto de pasividad y resignación ante los azares de la procreación. Disponer de sí mismas, escoger, no ceñirse a la máquina reproductora, al destino biológico y social, el neofeminismo es una figura del proceso de personalización, lo femenino se define así como un producto y una manifestación de la “seducción” posmoderna liberando, desestandarizando en el mismo la identidad personal y el sexo, promover a la mujer al rango de individualidad completa, adaptada a los sistemas democráticos hedonistas, incompatibles con unos seres atados a códigos de socialización arcaica hechos de silencio, sumisión solapada, histerias misteriosas (13).

### **¿Por qué son todas chicas?**

El carácter cultural de la anorexia está

demostrado también por el hecho de que se manifiesta en las muchachas con una frecuencia 10 veces mayor que en los varones. La necesidad de reaccionar a la pasividad y al sentimiento de inadecuación con la dieta y la delgadez puede tener en las chicas un específico cebo biológico: son sobre todo las chicas las que ven con la pubertad una extraordinaria modificación de su aspecto corporal. De hecho nuestra cultura empuja mucho más a las chicas a preocuparse de su cuerpo como imagen, que debe tener determinadas características. Para los varones parece tener, en cambio, aún más importancia la dimensión de los músculos, de la fuerza y del valor, que requiere una disposición más activa y casi unas pruebas de iniciación (el físico culturismo se da más en varones). En la adolescencia, los varones que hacen uso de las drogas duras, comportamiento de nuevo más activo y trasgresores son 8 veces más. En los varones, está más aceptado el paso a formas de violencia, en las muchachas parece haberseles concedido una expresión más directa de su sufrimiento y ésta es una clásica diferencia de las culturas de los dos sexos. El mito de la fuerza entendida como control, impassibilidad y silenciosa tolerancia del dolor sigue siendo una típica prerrogativa de la psicología masculina. En cambio, la anorexia presenta aspectos de teatralidad, en tanto “máscaras” que la hacen lejana de la tradición cultural del chico (17).

### **La postmodernidad: Una sociedad en crisis de identidad**

En 1996 un norteamericano llamado Robert Bly, publicó “The Sibling Society”, libro que desarrolla una gran crítica de la progresiva degradación sociocultural de Estados Unidos, donde desarrolla el concepto de la gravedad de la pérdida persistente del sentido histórico. En efecto, el significado del título que parece escarnecer, en cierto modo, a una sociedad constituida por “hermanitos” es decir, por padres y adultos en general que no quieren envejecer y aún más pensar en sus propios sucesores. Richard Simón, en relación con este libro señala “El último libro de Bly es una mirada sobre la epidémica cerrazón en sí mismos y sobre la esterilidad espiritual que hoy él ve extenderse

por Norteamérica. La raíz del malestar está en habernos convertido en una nación hecha de gente que se niega a hacerse adulta y que por eso desatiende la tarea más importante del adulto: la de preparar a la nueva generación para ocupar su sitio en el mundo. Para colmo de desventura, nuestros medios, corrosivamente infantiles, han sido incapaces de ofrecer a los jóvenes modelos de sabiduría y de madurez que les demostrará cual es el sentido de hacerse mayor” (17).

Lipovestky, en relación con la crítica social argumentada anteriormente refiere que la vida en las sociedades contemporáneas está dirigida desde ahora por una nueva estrategia que desbanca la primacía de las relaciones de producción en beneficio de una apoteosis de las relaciones de seducción. Caracterizada por una tendencia global a reducir las relaciones autoritarias y dirigistas y simultáneamente a acrecentar las opciones privadas a privilegiar la diversidad. Sociedad abierta, plural, que tiene en cuenta los deseos de los individuos y aumenta su libertad combinatoria. Seducción en el sentido de que el proceso de personalización reduce los marcos rígidos y coercitivos, funciona sibilinamente jugando la carta de la persona individual, de su bienestar, de su libertad, de su interés propio (13).

La seducción también la analiza en el plano de lo sexual llamándola la seducción. Aquí está todo permitido, hay que ir siempre más lejos, buscar dispositivos inauditos, nuevas combinaciones en una libre disposición del cuerpo. En el momento del autoservicio libidinal, el cuerpo y el sexo se vuelven instrumentos de subjetivación-responsabilización. De este modo, se produce un sujeto, ya no por disciplina sino por personalización del cuerpo bajo la égida del sexo. Su cuerpo es usted, existe para cuidarlo, amarlo, exhibirlo, nada que ver con la máquina. La seducción amplía el ser-sujeto dando una dignidad y una integridad al cuerpo antes ocultado: nudismo, senos desnudos son los síntomas espectaculares de esa mutación por la que el cuerpo se convierte en persona a respetar y mimar al sol (13).

Podría sugerir en relación con este punto que a través del control del cuerpo las anoréxicas

afirman su pobre identidad e intentan reafirmar su autonomía. Esta problemática se ha convertido en una epidemia quizás por la enorme difusión de valores sociales orientados al individualismo y al culto del cuerpo en desmedro de valores que permitan tener un otro con quien identificarse o diferenciarse, cuestión que es tan importante en la adolescencia (ideologías, historia familiar, ancestros) Derrida, plantea que la pérdida de los fundamentos éticos y la caída de las utopías se traduce finalmente en la pérdida de los supuestos básicos de la identidad.

Según Lipovetsky, esto conlleva a un vacío de contenido substancial del yo, dando paso a la sociedad del narcisismo y del vacío. Hoy narciso es a los ojos de un importante número de investigadores, en especial americanos, el símbolo de nuestro tiempo. El narcisismo apunta a la disolución de la extrodeterminación, la extrodeterminación con su necesidad de aprobación del Otro, su comportamiento orientado por el Otro, deja paso al narcisismo, a una auto absorción que reduce la dependencia del Yo hacia los otros. La personalidad ya no debe ser gregaria ni mimética, debe profundizar su diferencia, su singularidad, el narcisismo representa esa liberación de la influencia del otro (13). Esta hipótesis es respaldada por los planteamientos de Gergen, quien señala que en la actualidad las concepciones románticas y modernistas del yo están desmoronándose por el desuso, a la par que se erosionan los basamentos sociales que las sustentan, por obra de las fuerzas de la saturación social.

La saturación social nos proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo incoherentes y desvinculados entre sí. Para cada cosa que sabemos con certeza sobre nosotros mismos, se levantan resonancias que dudan y hasta se burlan. Esa fragmentación de las concepciones del yo es consecuencia de la multiplicidad de relaciones también incoherentes y desconectadas, que nos impulsan en mil direcciones distintas, incitándonos a desempeñar una variedad tal de roles que el concepto mismo de “yo auténtico”, dotado de características reconocibles, se esfuma. Y él yo plenamente saturado deja de ser un Yo. Existirían múltiples

flujos del yo, pero ninguno capta o produce la esencia del yo. Las afirmaciones esenciales del yo son cada vez más difíciles. Responder la pregunta ¿Quién soy yo? También es respóndele quién es el otro (6).

La difusión de esta conciencia posmoderna acarrió la supresión de la razón, la autoridad y el compromiso de un individuo, su definición como persona, la confianza que en él podía depositarse, su sentido de la autenticidad, su sinceridad, su confianza en los líderes, la profundidad de sus sentimientos y la fe en el progreso. En su lugar, se nos presenta una pizarra en blanco donde los sujetos pueden escribir su identidad, borrarla y volver a escribir en la medida que se les permita o inste a ello una red incoherente de relaciones personales en permanente expansión y cambio. Así en un mundo donde todo puede ser, se organiza una sociedad "madre", cuyo discurso es la ausencia de límites que impulsa a gozar. Pero, el otro sólo aparece cuando hay frustración y frente a la frustración se desplaza la libido oral a la sexual, sin embargo el placer sin límites, sin castración, lleva a una fijación oral.(12)

### La caída de la función paterna

La erosión de las referencias del Yo, es la réplica exacta de la disolución que conocen hoy las identidades y papeles sociales, antaño estrictamente definidos, integrados en las oposiciones reglamentarias: así el estatuto del hombre de la mujer, del niño, del loco, del civilizado etc. ha entrado en un proceso de indefinición, de incertidumbre. Pero mientras que la erosión de las formas de alteridad debe achacarse al menos en parte, al proceso democrático, es decir al impulso a la igualdad cuya tendencia consiste en reducir todo lo que figura la alteridad o la diferencia de substancia entre los seres por la institución de una similitud independiente de los datos visibles, lo que hemos llamado la desubstancialización del Yo, procede ante todo del proceso de personalización. El proceso de personalización narcisista desmonta las referencias del Yo, lo vacía de cualquier contenido definitivo (13).

La propia esfera privada cambia de sentido, expuesta como está únicamente a los deseos

cambiantes de los individuos.

Vivir en el presente, sólo en el presente y no en función del pasado y del futuro, es esa "pérdida de sentido de la continuidad histórica", esa erosión del sentimiento de pertenencia a una "sucesión de generaciones enraizadas en el pasado y que se prolonga en el futuro" es la que caracteriza y engendra la sociedad narcisista. Hoy vivimos para nosotros mismos sin preocuparnos por nuestras tradiciones y nuestra posteridad, el sentido histórico ha sido olvidado de la misma manera que los valores y las instituciones sociales; con esa indiferencia hacia el tiempo histórico emerge el "narcisismo colectivo" síntoma social de la crisis generalizada de las sociedades burguesas, incapaces de afrontar el futuro sino en la desesperación (13).

Lebrune, se pregunta por qué es ahora que declina la función paterna. Plantea que hay una fundamentación histórica que se relaciona con la transformación social por el discurso de la ciencia que afecta a la subjetividad. La ciencia moderna se enuncia evacuando al sujeto. Ya no importa quién enuncie sino las consecuencias de los enunciados. El punto crítico es quién es el fundamento de la ley. Dios ya no sirve y la ciencia moderna al evacuar al sujeto se queda sin fundamento. Esto nos imposibilita recurrir a los fundamentos de nuestra ética y nos lleva a una desestabilización, ya que el orden social y mantener la función paterna requiere de mitos fundacionales (12).

El orden social actual sin función paterna ni límites llevaría a la perpetuación de la adolescencia y a trastornos de personalidad infantil. Desde esta perspectiva podrían entenderse los síntomas anoréxicos, como una negación a crecer y a asumir su rol de mujer perpetuando de este modo la infancia.

El despliegue del narcisismo significaría la deserción del reino de la igualdad que, entre tanto proseguirá, resuelta la cuestión del otro, la igualdad ha limpiado el terreno permitiendo que surja la cuestión del Yo; de ahora en adelante la autenticidad domina a la reciprocidad, el conocimiento de sí al reconocimiento. Pero, simultáneamente con esa

desaparición de la escena social de la figura del otro, reaparece una nueva división, la del conciente, la separación psíquica, como si la separación tuviera que producirse permanentemente, aunque fuera de una manera psicológica, para que la obra de socialización pueda proseguir, “yo es otro” anuncia el proceso narcisista, el fin de la familiaridad de uno con uno mismo. Desplazamiento y reproducción de la división, interiorizándose, el conflicto asume siempre una función de integración social, esta vez no tanto a través de la conquista de la dignidad por la lucha de clases como por la aspiración a la autenticidad y de la verdad del deseo (13).

### **El cuerpo reciclado**

Al querer asimilar el narcisismo al psicologismo, nos enfrentamos automáticamente con la dificultad que representa el cortejo de solicitudes y cuidados que rodean hoy al cuerpo, promovido por ello al rango de verdadero objeto de culto. Inversión narcisista en el cuerpo visible directamente a través de mil prácticas cotidianas: angustia de la edad y de las arrugas, obsesión por la salud, por la “línea”, por la higiene; rituales de control y mantenimiento etc. Indiscutiblemente la representación social del cuerpo ha sufrido una mutación cuya profundidad puede compararse con el desmoronamiento democrático de la representación del prójimo. Así como la aprehensión de la alteridad del otro desaparece en beneficio del reino de la identidad entre los seres, el cuerpo mismo ha perdido el estatus de alteridad, de res extensa, de materialidad muda, en beneficio de su identificación con el ser-sujeto, con la persona. El cuerpo ya no designa una abyacción o una máquina, designa nuestra identidad profunda de la que ya no cabe avergonzarse. En tanto persona, el cuerpo gana dignidad; debemos respetarlo, es decir vigilar constantemente su buen funcionamiento, luchar contra su obsolescencia, combatir los signos de su degradación, por medio del reciclaje permanente quirúrgico, deportivo, dietético. El miedo moderno a envejecer y morir es constitutivo del neonarcisismo. La personalización del cuerpo reclama el imperativo de juventud, la lucha contra la adversidad temporal, el combate por una identidad que hay que conservar sin interrupción

ni averías. Como todas las grandes dicotomías, la del cuerpo y alma ha desaparecido. No debe omitirse que simultáneamente a una función de personalización, el narcisismo cumple una misión de normalización del cuerpo: el interés febril que tenemos por el cuerpo no es en absoluto espontáneo y libre, obedece a imperativos sociales, tales como la línea, la forma, el orgasmo, etc. (13).

### **La joven anoréxica y su familia**

A estos factores socioculturales se añaden otros dos no menos importantes, que caracterizan, en la sociedad opulenta, a la subcultura sociofamiliar.

El primero es el desplazamiento de los hijos de una posición relativamente periférica en la familia a una posición de absoluta centralidad. Los deberes hacia los hijos se han hecho socialmente muy importantes. Por consiguiente, también el ser considerado un buen o un mal padre se vuelve socialmente discriminador. El segundo factor es la creciente prolongación de la fase de dependencia de los hijos de los padres, con la correspondiente prórroga de la responsabilización de estos últimos (17).

Los individuos son decisivamente marcados y socializados por su familia (ocasionalmente, por sustitutos familiares). Cuanto la sociedad pueda ofrecerles a modo de valores, expectativas, modelos y contradicciones será transmitido por medio de la familia. Los rasgos que caracterizan a las familias anoréxicas y las distinguen de otras pueden ser mejor observados desde una perspectiva que toma en cuenta las pautas de cambio y desarrollo que necesariamente tendrán lugar en determinadas etapas de la historia en marcha de la familia. Podemos decir que la medida en que se puede describir a una familia como funcional, está en relación directa con la medida en que sus miembros son capaces de enfrentar dichos cambios, los previsibles tanto como los imprevisibles, reformulando sus relaciones, reajustándolas y experimentando cambios ellos mismos. En las familias de anoréxicos los lazos son particularmente fuertes y obstaculizan el logro de la individuación (19).

En estas familias existen supuestos que se manifiestan como un código interiorizado de conductas construido en torno de principios (implícitos) tales como “mejor dar que recibir”, “la abnegación eleva a la persona”, “mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás”. Esta insistencia en la cohesión familiar, el autosacrificio y la abnegación o renuncia personal pronto se manifiestan en una dinámica de unión que seguramente habrá de interferir seriamente en los progresos efectuados en pos de la individuación, y en la coindividuación y coevolución a través de toda la familia. Es un marcado control de impulsos, el autocontrol significa también mantener reprimidos los propios sentimientos en todo momento. Presentando una apariencia externa amistosa y controlada, y en particular, suprimiendo sentimientos o actitudes “malas” (o hirientes, ofensivas.) En general, algunos autores creen que lo mejor es no ponerse en evidencia en modo alguno sino, más bien, concentrarse en vivir de acuerdo con las experiencias de los demás: no sólo padres, abuelos y parientes sino también vecinos y la sociedad toda, lo que explicaría que estas jóvenes sigan los dictados sociales que promueven la delgadez. Ajustándose de este modo, a las normas impuestas por el medio, actuando de manera convencional y estando siempre pronto a reaccionar con sentimientos de profunda culpa y vergüenza si uno se desvía de dichas normas (17).

Otra características de estas familias es su sentido de justicia, en los padres, esto suele adoptar la forma de un mandato autoimpuesto de amar y tratar a todos los hijos por igual. No debe haber ningún hijo favorito, ningún hijo debe ser engañado o afectado emocionalmente, ni en ningún otro sentido. Esta preocupación por la justicia, junto con la preocupación por la cohesión familiar, milita en contra de todas las alianzas o coaliciones (abierta dentro de la familia). Como todo el mundo tiene iguales derechos al amor y la aceptación, nadie necesita a nadie de la familia como un todo o uno de sus subgrupos (7)(19). En esta línea de reflexión aparece atingente recordar a Lipovetsky cuando señala que la tendencia a la igualdad de los miembros de la sociedad, producto de la

sociedad “democrática”, lleva consigo la dificultad de percibir a un “otro” que permita reconocerse y diferenciarse y así construir la propia identidad personal, lo que parece muy relacionado a lo que las dinámicas familiares generan en las anoréxicas en cuanto a su individuación.

Este principio de justicia demuestra con particular claridad el grado hasta el cual ciertos tipos de contradicción, conflicto y dilema están programados para aparecer en estas familias. Por deseable que la justicia en familia parezca a todos sus miembros no importa hasta que extremo puedan darse ciertas preferencias o injusticias, ellas deben ser negadas, entonces, o apartadas del diálogo y la conciencia general de la familia. Esto, a su vez, significa que los miembros de la familia, en particular los hijos, se ven expuestos a mensajes contradictorios. La ideología oficial de los padres y su conducta real no coinciden (17).

Según, los planteamientos de Gergen vivimos en una era llena de contradicciones, lo que se ajusta a las características señaladas como propias de la familia anoréxica, sin embargo, Gergen señala que esto es vivido sin una sensación de conflicto. Sin embargo, estas contradicciones observadas en las familias de anoréxicas sí generan conflicto por ser muy ambivalentes y extremas. Además, son contradicciones no vividas como tales ni por la familia ni por las jóvenes generan que sean mal manejadas y mal interiorizadas por estas jóvenes, llevándolas finalmente a generar este tipo de síntoma, como un grito desesperado por ser escuchadas.

El concepto extremo de justicia en muchas de estas familias emerge como ulterior elemento en una dinámica que refuerza las ataduras y obstaculiza la individuación, cuando no la impide totalmente. La individuación significa la percepción, tolerancia y aceptación de las diferencias y la individualidad. Así como de la ambivalencia. Un credo familiar que de manera tan insistente exige e idealiza la cohesión familiar, la armonía familiar y el trato igualitario para todos por parte de todos mantendrán un férreo control sobre sus miembros y bloqueará cualquier tipo de movimiento hacia la separación

o la individuación (17)

Las madres de anoréxicas generalmente rondan ansiosamente a la hija, identificándola, por así decir, como objeto de preocupación, así como también la tratan como confidente y aliada adulta en una coalición dirigida contra el padre (Onnis, L, 1996). Es aquí donde podemos observar una de las fallas en la función parental, característica central en las familias post-moderna disfuncional.

A la pareja de padres de anoréxicas el sexo matrimonial pierde importancia, a los cónyuges les resulta más importante ser buenos padres para sus hijos, y buenos hijos de sus propios padres que buenos amantes el uno con el otro: de ahí que tomen sus deberes como progenitores muy seriamente. Por lo tanto, aquí observamos una falla a nivel de la conyugalidad (4).

La ausencia de fuertes pasiones, las poderosas ataduras y la distribución tradicional de roles suelen combinarse. A pesar de las tensiones que alientan bajo la superficie. Para hacer que esos matrimonios sean más sólidos y duraderos que muchas relaciones maritales postmodernas en las cuales hay más conflicto abierto, más trechos rocosos, altibajos y, en última instancia, mayor número de separaciones, por lo tanto suele verse una sólida estabilidad en los matrimonios de los padres con hijos anoréxicos. Esta estabilidad en los matrimonios de los padres de las anoréxicas suele lograrse a expensas de fuertes restricciones y rigidez (9) La característica más generalizada es el grado típicamente fuerte de ataduras (tanto dentro de la familia inmediata como a lo largo de varias generaciones). Internamente, se manifiestan en una tendencia hacia la fusión, el desmantelamiento u oscurecimiento de fronteras entre individuos y generaciones, y en una sensibilidad sismográfica hacia los procesos mentales y emocionales de los demás. Externamente, este tipo de vinculación conduce a la impermeabilidad, la erección de muros de contención de los impulsos, la información y las novedades procedentes del mundo exterior, que representen un peligro potencial para la cohesión y estabilidad de la familia. Por lo tanto, hay un rechazo a todo lo que podría

desencadenar la coindividuación y la coevolución a través de la familia. Esta estabilidad se podría deber a la presencia de una de las características principales de estas familias (de anoréxicas) que es la excesiva rigidez y poca tolerancia al cambio (19).

En estas familias se observa además, ausencia de una jerarquía claramente definida y de una estructura de liderazgo, tanto a pesar como a raíz de la estabilidad que las caracteriza y la manera más o menos tradicional y complementaria en que los progenitores dividen sus roles, existe un vacío de liderazgo. Esta es otra característica compartida por este tipo de familias y la típica familia disfuncional de la postmodernidad (4).

Los progenitores se paralizan y sabotean entre sí, particularmente en lo que atañe a cuestiones referidas a la crianza de los hijos. Los padres se desautorizan frecuentemente en presencia de los hijos.

### **La identidad juvenil**

La perspectiva ética de Paul Ricoeur integra los aspectos afectivos en el desarrollo de la identidad personal, a partir del reconocimiento del sí mismo, la solicitud desde el otro y los sentimientos de simpatía, que se despliegan en la relación dialógica entre el sí mismo y el otro. El otro no sólo es necesario para la realización personal de cada individuo, sino que es parte de la construcción de su identidad, incorporándolo desde el afecto, a través del cual el otro se constituye en parte del sí mismo (18).

En "Hermenéutica y estructuralismo" Ricoeur plantea " La afirmación del ser, el deseo y el esfuerzo de existir que me constituyen encuentran en la interpretación de los signos el largo camino de la toma de conciencia.... comprender el mundo de los signos es la forma de comprenderse. El universo simbólico es el medio de la autoexplicación. En efecto los problemas de sentido cesarían de existir si los signos no fueran el medio, el instrumento mediante los cuales un existente humano busca situarse, proyectarse comprenderse. La apropiación de mi deseo de existir es imposible por el camino corto de la conciencia, la única

vía abierta es la de la interpretación de los signos.: La llamó la reflexión concreta, es decir el cogito mediatizado por la totalidad del universo de los signos” (Ricoeur, 1975)(18).

Ricoeur plantea que Freud, entre otros, pone el acto de existir en el eje del deseo, de modo que antes que el sujeto se ponga conciente y voluntariamente, estaba ya puesto en el ser a nivel pulsional. Esta anterioridad de la pulsión respecto a la toma de conciencia y la volición significa la anterioridad en el plano óptico en relación al plano reflexivo. En el mismo sentido el lenguaje es posterior al yo soy, por lo que el yo soy es más fundamental que el yo hablo. (Ricoeur, 1975)(18)

### **Identidad personal e identidad narrativa**

En el proceso de desarrollo de la identidad personal se despliega el sí mismo, que se va construyendo a través de la acción y la interacción en el mundo. La comprensión de sí es una interpretación; la interpretación de sí, a su vez, encuentra en la narración, entre otros signos y símbolos, una mediación privilegiada.

Ricoeur (1988) en las conclusiones de tiempo y narrativa plantea que referirse a la identidad de un individuo es responder a la pregunta ¿Quién hizo esto?, ¿Quién es el agente el autor? En primera instancia se responde a esta pregunta designando a alguien con un nombre propio. Sin embargo persiste el problema de cual es la base para la permanencia de este nombre propio; que es lo que lo justifica que consideremos al sujeto de una acción como el mismo a través de una vida que se desenvuelve desde el nacimiento hasta la muerte. La respuesta a esta pregunta es contar la historia de una vida, lo cual constituye una identidad narrativa, la que resuelve el problema de la identidad entendida en el sentido de sí mismo. (Ricoeur, 1988)(18).

En la identidad personal se dan estas dos dimensiones del sí que cubren significaciones diferentes: por un lado una dimensión de permanencia en el tiempo que se refiere a la identidad como mismidad, y por otro una dimensión del mantenimiento de sí, que se refiere a la identidad como ipseidad, noción

esencialmente ética, que responde a la solicitud por el otro, que hace a la persona responsable de sus actos ante otro. (Ricoeur, 1988)(18).

### **La identidad narrativa**

La identidad entendida narrativamente, puede llamarse, por convención del lenguaje, identidad del personaje, la que se construye en unión de la trama. Se entiende por identidad en el plano de construcción de la trama la concurrencia entre una exigencia de concordancia y la admisión de discordancias que, hasta el cierre del relato, ponen en peligro esta identidad. (Ricoeur, 1988)(18).

El paso hacia una concepción narrativa de la identidad se da cuando pasamos de la acción al personaje. Narrar es decir quien ha hecho qué, porqué y cómo, desplegando en el tiempo la conexión entre estos puntos de vista. El relato confiere al personaje una iniciativa, es decir el poder de comenzar una serie de acontecimientos, sin que este comienzo constituya un comienzo absoluto, un comienzo del tiempo y, por otra parte da al narrador el poder de determinar el comienzo, el medio y el fin de la acción. (Ricoeur, 1988)(18).

La persona entendida como personaje del relato, no es una identidad distinta de sus experiencias; comparte el régimen de la identidad dinámica propia de la historia narrada “el relato construye la identidad del personaje, que podemos llamar su identidad narrativa, al construir la de la historia narrada. Es la identidad de la historia la que hace la identidad del personaje” (Ricoeur, 1988)(18).

A diferencia de una identidad abstracta del sí mismo esta identidad narrativa, constitutiva de la constancia de sí, puede incluir el cambio y la mutualidad dentro de la coherencia de una vida. (Ricoeur, 1988)(18).

La identidad narrativa no es equivalente a la constancia de sí mismo, ya que incorpora la imaginación y la voluntad, salvo en el momento en que la persona incorpora la promesa dada a otro. Con la promesa la responsabilidad ética se constituye en el factor predominante de la constancia de sí. (Ricoeur, 1988)(18).



Según Ricoeur (1988), la conexión entre constancia de sí mismo e identidad narrativa confirma su convicción que el sí del conocimiento, no es un ego egoísta y narcisístico. El sí del autoconocimiento es fruto de una vida examinada y clarificada en parte por los efectos catárticos de las narrativas, históricas o ficticias, traspasadas por la cultura. Así, constancia de sí se refiere a un sí instruido por una cultura que se ha aplicado a sí mismo. (Ricoeur, 1988)(18).

Ricoeur plantea el problema de mantener en el plano ético un sí que, en el plano narrativo pueda eclipsarse. Decir a la vez “¿quién soy?” y “¡Heme aquí!”, requiere una dialéctica viva entre identidad narrativa e identidad moral (Ricoeur, 1996)(18).

“¡Heme aquí!”, por el que la persona se reconoce sujeto de imputación señala una parada respecto a la divagación a la que podría conducir la confrontación del sí mismo con una multitud de modelos de acción y de vida. “Entre la imaginación que dice puedo probar todo”, y la voz narrativa que afirma: “todo es posible, pero no todo es beneficioso (entendámonos: para otro y para ti mismo). Se establece una sórdida discordia. Precisamente, el acto de la promesa transforma esta discordia en frágil concordia: “Es cierto que puedo probar todo, pero aquí me detengo” (Ricoeur, 1996)(18)

La ipseidad caracterizada por la relación de pertenencia entre la persona y sus experiencias (pensamientos, sus acciones, sus pasiones) no es lo central para el autor, siendo ambigua en el plano ético. Se requiere una renunciación, que tiene relación con la primacía ética del otro distinto de sí sobre el sí. Se requiere la irrupción del otro, que rompe el cierre del mismo, de modo que el sí se vuelve disponible para el otro distinto de sí.

### **Perspectiva individual, mirando la anorexia**

#### *Corriente psicoanalítica*

Las teorías que han dado paso a un trastorno en el desarrollo de la personalidad subyacente a la anorexia nerviosa afloran entre 1940 y 1950. Guiora (1967) piensa que lo básico de la

enfermedad es una privación temprana en la relación madre-hijo(a) y que encuentra su expresión en la ingesta de comida. Esto llevará a una fijación oral que se instalará permanentemente con una orientación “sado-masoquista”. Como resultado de la fijación oral y de la hostilidad hacia la madre, no habrá ninguna identificación con ella y no habrá tierra abonada para que emerja en la niña la etapa de mujer y madre. Esta derivación en una lesión al ego, que encontrará su expresión directa en una gran preocupación por la figura corporal que, como envoltura concreta del ego, será una constante fuente de preocupación y ansiedad. Este autor piensa que los dos motivos principales del trastorno son el sexo y la agresividad (3).

En 1960 con los escritos de Hilde Bruch que rechazaban la validez y relevancia teórica de las formulaciones psicoanalíticas tradicionales centradas en el líbido. Postuló que las carencias en algunas experiencias críticas del aprendizaje durante el desarrollo, específicamente un fallo en las interacciones padre-hijo( madre-hija), era suficiente para inculcar y endurecer el sentido cohesivo de la identidad personal, y que éste era el factor etiológico de la anorexia nerviosa, que mantenía la tríada de déficit en el ego y en la personalidad, consistentes en primer lugar, en un fracaso para saber clasificar los estados interoceptivos y emocionales, en segundo lugar en una capacidad de alerta disminuida para identificar las necesidades del cuerpo y, por último en una penetrante sensación de ineficacia personal y de alteración en la autonomía psicológica. Esta tríada está invariablemente presente en el conjunto psicopatológico de estas pacientes. La enfermedad no es un trastorno primario del apetito, el conflicto psicológico característico está relacionado con déficit subyacentes en el sentido del yo, de la identidad y de la autonomía (Strober, 1985)(3).

Desde la perspectiva de algunos autores psicoanalíticos la anorexia sería un trastorno psicósomático, son entendidos como la reacción del cuerpo ante una amenaza psicológica, como si ésta fuera de orden fisiológico, como si existiera una aguda escisión entre psique y soma y que aquello se debe a la destrucción

de los estados afectivos de los pacientes frente a casi toda situación que pudiera movilizar representaciones cargadas de emoción (4).

¿Pero que los lleva a aprender ese tipo de reacción ante los afectos? Todo conduce a pensar que nunca tuvieron la posibilidad de expresarse verbalmente, o quizás nunca aprendieron a utilizar ese recurso ante las situaciones de crisis o de angustia. Según Joyce McDougall, en su libro "Teatros del Cuerpo", estas son personas cuyas madres no lograban comprender sus mensajes en etapas infantiles y al contrario eran coaccionados por la imposición de las propias necesidades y deseos de sus madres, por lo tanto fueron construyendo un sentimiento constante de frustración y de rabia impotente. Esto nos permite comprender mejor su estilo de funcionamiento, ya que, desde pequeños fueron introyectando la idea de que aquellos intentos de comunicar sus propias necesidades no serían escuchados o bien interpretados, por lo tanto daba lo mismo comunicar o no, nunca se satisfacían sus necesidades.

Esto nos hace recordar el término de falso self, ya que el niño es moldeado en función de las necesidades de la madre. El niño construye este falso self y con él se desenvuelve, escondiendo y protegiendo al verdadero self (15), el cual quizás nunca va despertar ya que requiere la capacidad de sentir para vivir, lo que paradójicamente evita el individuo. Existe una potente fuerza interna en estos pacientes que teme a la desaparición de los síntomas, a pesar de los sufrimientos que éstos causan, es un efecto de resistencia al enfrentamiento con la realidad (14).

Estas personas relatan además, un sentimiento de vacío, de ausencia de contacto con los demás y una fuerte carencia de sentido en sus vidas. Se definen como alexitímicos, es decir, carecen de palabras para nombrar sus afectos.

Esto se podría relacionar con los planteamientos de Julia Kristeva, quien señala que en la cultura actual el sujeto está ligado a la imagen, lo que se relaciona con una dificultad en la capacidad de representación y en lo discursivo. La dificultad de que la pulsión se represente en el

lenguaje. La cultura actual ofrece imágenes y ya no discursos, y en el campo de la imagen el sujeto no se puede representar. La falta de representación puede adquirir distintas formas de malestares (Por ej: trastornos picosomáticos) La palabra garantiza la representación del otro. La cultura de la imagen es una presencia y no una representación (9).

Por otro lado Kristeva, al referirse a las personalidades narcisistas postula que la madre quiere una niña pero que tenga falo, quiere la perfección. La madre desarrolla una completud con su hijo o hija, por lo que podría pensarse que la hija en la etapa de la adolescencia intenta a través del síntoma separarse de la madre sin que ésta la deje de desear (9). Por otro lado, este síntoma permitiría de algún modo que se cumpliera el deseo de la madre, ya que la joven que desarrolla anorexia comienza a perder su femineidad, deja de lado su sexualidad y adquiere características físicas más masculinas al reprimir sus características sexuales secundarias.

Según Bernard Brusset, las relaciones estructurantes de la anorexia mental y de la bulimia, han considerado al síndrome de anorexia mental como una suerte de organización reactiva al impulso bulímico y al deseo regresivo de fusión con el objeto primario. El autor piensa que siempre hay una suerte de transferencia sobre la madre, actualizando una dimensión profundamente regresiva tal que la comida con ella significa la indeferenciación en la identificación primaria (2).

La anorexia mental entra en el cuadro de la psicopatología de la adolescencia femenina, desde el punto de vista del trabajo de elaboración psíquica que ella requiere bajo los efectos de las transformaciones biológicas, corporales y sociales, en la actualización y el posterior golpe de los conflictos intrapsíquicos no resueltos de la primera infancia. Encara la problemática de la castración y el cambio de objeto que caracteriza el desarrollo sexual femenino (2).

Lacan (10) plantea que la experiencia de sí mismo es vivida desde la indeferenciación a la identificación, el autoreconocimiento en el

espejo implica la instauración de un yo enajenado. El espejo es el otro, que sería la madre que le devuelve la imagen al niño y esa imagen que le devuelve forma al yo, por lo que es una alineación.

Para Lacan (10) el deseo opera como motor que permite salir del narcisismo y pasar de ser objeto del otro a ser sujeto. En este sentido la investidura fálica es fundamental para la constitución del sujeto.

En primer momento psíquico del infante es ser sujeto de la pulsión, el segundo momento es la constitución de la demanda. Lacan (10) señala que para que exista demanda debe haber interpretación respecto a lo que el niño quiere, no es sólo poner el pecho, es percibir lo que el niño quiere, interpretaciones arbitrarias, por las que la madre da un estatuto de signo a algo que no lo es. Con relación a esto, diversos autores plantean que en la anorexia no hay goce, el bebé no habría encontrado placer en la etapa de amamantamiento sino sólo satisfacción de la necesidad, no se constituye una experiencia de placer, que es lo contrario al dolor, por lo que no se constituye la demanda. La inscripción del dolor sería la manera como queda inscrito en el cuerpo el ser alimentado sin deseo. Estos dolores en el cuerpo dan cuenta del fracaso en el amor. Ahí se produce la negativa caprichosa de comer, lo que es un saber que no es eso lo que va a satisfacer su deseo, pero también ignora que es y el deseo aparece entonces como "la mostración del dolor". Irrenunciable identificación con el objeto.

La madre enseña progresivamente a experimentar las frustraciones, a diferenciar entre ilusión y realidad, lo que se instala por la desilusión. (Winnicott)(10) En las pacientes anoréxicas existiría una madre fálica a la que nada le falta, por lo que su hija se constituye en su objeto fálico, fallando su inscripción como sujeto de deseo.

La frustración no es denegar un objeto de satisfacción, es la negación de un don, símbolo de amor. Lacan plantea que el sujeto femenino sólo puede entrar en la dialéctica del orden simbólico por el don del falo "lo que se ama de un ser está más allá de lo que se es, está a fin

de cuentas, en lo que le falta" (10). Esto remite a que el sujeto anoréxico se fijó en la dialéctica del ser, el objeto del otro, por sobre la del tener lo que el otro desea. En la anorexia falla la ligadura en la pulsión oral, porque no se produce la satisfacción. La negación a comer desde la perspectiva lacaniana sería un pasaje al acto, señala que la pulsión es estructural, no se le puede pedir al sujeto que de cuenta de ello, sino que la pulsión estructura aquello que el sujeto es capaz de dar cuenta en el acto o pensamiento, tiene que ver con la demanda del otro. Si hay pulsión oral hay función del otro, la mamá demanda mamar o si no, no se activa la pulsión oral, no basta con el reflejo de succión, el niño debe encontrar placer, si no existe el placer no hay pulsión oral, hay sólo autoconservación y no se desarrolla paralelamente el desarrollo sexual. Lo propio del pasaje al acto es la desubjetivación, por lo que es una expresión pulsional, no del deseo. En este sentido se señala que las anoréxicas son inaccesibles a la sugestión, ya que para ello deben percibir la falta y desear y justamente no lo tienen. La anoréxica no desea comer.

La madre no inscribe el deseo y en su lugar inscribe un objeto de su goce. No le presenta el pecho como un signo de su amor. El efecto es que el sujeto no se representa por un síntoma, sino por una mostración. Ya que el síntoma según Freud es una transacción entre la defensa y un deseo. Tras muchos relatos de pacientes anoréxicas hay historias de agresiones, y experiencias de gran humillación, tras estos traumas está el tremendo duelo que las madres no las hayan acogido en su deseo, por esto no se pueden separar de sus madres (10).

Se presentan como yo soy, se presentan en la certeza. Se constituyó en esta certeza porque se relacionaron con una madre que lo sabe todo que no está castrada, la madre fálica descrita por Lacan. El nombrarse anoréxica es un intento por darse un nombre, donde no fue nombrada

#### *Perspectiva constructivista cognitiva*

La organización de los desórdenes alimentarios psicógenos (OSP Dápica).

La forma de construir significado de los sujetos cuyo estilo de funcionamiento corresponde a la OSPD, surge de “una percepción difusa del sentido de sí mismo, y se organiza alrededor de límites que oscilan entre la necesidad absoluta de ser aprobado por otros significativos y el miedo a ser invadidos o desconfirmados por ellos” (7). La necesidad de ser aprobado por otros orienta al individuo a mantener una relación emocional continua con una figura vincular que le permita inferir lo que es “permisible” que sientan o piensen (7). Frente a cualquier desequilibrio percibido entre estas polaridades, estos individuos tienden a alterar el esquema corporal, a través de patrones disfuncionales como la anorexia bulimia u obesidad.

Patrones de vinculación temprana Guidano ha identificado “el patrón de Apego Evitante Complaciente” como específico de la organización dápica, ya sea en sus variantes: Activa- anoréxica, intermedia-bulímica, o pasiva obesa (7).

“Se trata de un niño que logra mantener un acceso emocional de sus padres de forma estable y segura, en la medida en que cada momento corresponda a las expectativas de ellos. De esta forma se construye una identidad de sí mismo sobre criterios externos, donde el tener una imagen y un sentido aceptable de sí mismo como un niño, se logra en la medida en que a cada momento corresponda a las expectativas de los padres, y el corresponder en cada momento le permite tener un sentido de ser competente, querible y aceptable. A su vez, en los momentos en que el niño pierde el sentido de correspondencia con los padres, cambia su propia evaluación de su sentido de capacidad, de ser querible y aceptable” (8).

#### *Desarrollo de la identidad*

La ambigüedad e indefinición del vínculo, conllevan al desarrollo de un sí mismo difuso, cuyos límites están en continua y laxamente oscilando entre estar: “Dirigido externamente”, para lograr un sentido definido de sí mismo, donde un reducido sentido de individualidad se experimenta como un sentimiento de ineficacia personal. “Guiado internamente” Para definir su

sentido de sí mismo. En el que el resultante de mayor sentido de individualidad es igualado a una sentimiento de vacío y de ser poco confiable.

Generalmente el niño alcanza un equilibrio dinámico de ambas polaridades, mediante la selección de la figura parental preferida como “la imagen criterio”, cuyas expectativas intenta cumplir a toda costa. En consecuencia, el niño desatiende sus propias necesidades y deseos, surgiendo una incertidumbre creciente respecto a sus propios impulsos y emociones, con excepción de las sensaciones primitivas conectadas con el hambre y la motilidad, a las cuales se aferrará tercamente. Todo lo anterior permite comprender la tendencia de los niños dápicas hacia un perfeccionismo complaciente, que los lleva a ser “los niños de oro” (7).

Sin embargo, esta figura parental escogida en la niñez es enjuiciada desde la distinta mirada que emerge en la adolescencia. La autonomía de esta etapa evolutiva, lleva a un cierto relativismo de lo ya conocido, dada la emergencia del pensamiento abstracto, asimismo, en esta etapa se posibilita la ampliación del mundo social como también un cambio en el esquema corporal (7).

Todos estos elementos permitirían una reevaluación de la familia y de los valores que hasta ese momento habían considerados absolutos e invariantes para el niño DAP. Sin embargo, esta tendencia a la diferenciación emocional, que conlleva a un mayor sentimiento de autonomía y de individualidad, es vivido por el dápico como una tragedia, pues en el momento en que la imagen de referencia cambia, su sentido de sí mismo también cambia. Al cambiar la imagen absoluta del padre a una como la de cualquier persona común, también el sentido de competencia que dependía de la figura de referencia cambia. Esta es la razón que se puede observar que toda la adolescencia de los dápicas está caracterizada por una decepción de sus padres. Algunas veces se puede ver que la decepción es muy intensa, pero no hay ningún evento específico que la pueda explicar. El evento puede ser mínimo, pero para el sujeto implica la constatación de la ambigüedad familiar. Lo que ocurre es que el

cambio de imagen de la figura de referencia, no es vivida naturalmente sino como una decepción, porque se acompaña de un cambio de su propia imagen (8).

Producto de esta decepción de la figura vincular, surge un problema básico, que es el cómo estabilizar el sentido de sí mismo, debido a que la decepción invalidó una de las estrategias principales que había llevado adelante hasta ese momento y que era corresponder a las expectativas de los padres. La solución a este problema es la búsqueda de una nueva intimidad sustentadora, pero con la menor exposición posible. Este es el único modo de resguardarse frente a la eventualidad de una nueva decepción” Esta actitud está dirigida a obtener la confirmación del sentido de identidad de uno, al mismo tiempo que pueda preservarse el sentido de la propia individualidad que está emergiendo gradualmente (7).

#### *Descompensación Dápica*

En el sujeto DAP, un desequilibrio es generalmente el resultado de la activación de sentimientos de angustia ante la percepción de la ineffectividad personal, la propia desconfianza y/o vacío, lo que podría gatillar el desarrollo de un cuadro clínico en la línea de los trastornos alimentarios. Por la dificultad en la asimilación e integración de estos sentimientos, se intenta la compensación con modificaciones del esquema corporal a través de la alteraciones de la actividad motora y la conducta de ingesta que la proveen de una sensación de control. Tales mecanismos compensatorios tienen su origen en la historia evolutiva del sujeto.

El niño aprende a dudar de sus propias sensaciones y emociones, que se mantienen difusas. Por esto recurre constantemente a esa figura vincular que será su referente. Con la emergencia del pensamiento abstracto y el advenimiento de la adolescencia ocurre la ya referida decepción. Dado los límites difusos y la consecuente dificultad para reconocer lo propio, el nuevo adolescente se encuentra enfrentado a un vacío angustiante.

Necesita aferrarse de algo o de alguien a fin de aplacar el vacío (amenaza primaria) En muchos

casos, se aferrará a lo más primitivo de su ser y lo único que identifica como propio: la actividad motora y la conducta de ingesta. El trastorno alimentario se constituirá así en su manera de ser en el mundo.

#### CONCLUSIONES

En este seminario he intentado exponer y entender los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la anorexia nerviosa y su relación con la etapa juvenil y la posmodernidad. Con esta finalidad abordé la complejidad de este cuadro clínico desde un punto de vista social, familiar e individual.

Desde el punto de vista social abordé el rol de la mujer en una sociedad postmoderna, la cual exige a la mujer una serie de multirroles y demandas, muchas de las cuales son de índole contradictorias. En vista de tales exigencias, las jóvenes reaccionan protestando mediante una especie de “huelga de hambre” no declarada, como negación de cuanto ellas sienten en sí mismas de irreconciliable con el rol activo y eficiente que la expectativa social parece exigirles.

Desde la sociedad postmoderna se abrieron muchas luces de cómo facilita el escenario para que esta enfermedad se despliegue. Desde esta perspectiva Derrida, plantea que la pérdida de los fundamentos éticos y la caída de las utopías se traduce finalmente en la pérdida de los supuestos básicos de la identidad.

Hoy vivimos para nosotros mismos sin preocuparnos por nuestras tradiciones y nuestra posteridad, el sentido histórico ha sido olvidado de la misma manera que los valores y las instituciones sociales; con esa indiferencia hacia el tiempo histórico emerge el “narcisismo colectivo” síntoma social de la crisis generalizada de las sociedades burguesas, incapaces de afrontar el futuro sino en la desesperación (13)

Según Lipovetsky, esto conlleva a un vacío de contenido substancial del yo, dando paso a la sociedad del narcisismo y del vacío. Hoy narciso es el símbolo de nuestro tiempo. El narcisismo apunta a la disolución de la extrodeterminación,

la extrodeterminación con su necesidad de aprobación del Otro, su comportamiento orientado por el Otro, deja paso al narcisismo, a una auto absorción que reduce la dependencia del Yo hacia los otros. La personalidad ya no debe ser gregaria ni mimética, debe profundizar su diferencia, su singularidad, el narcisismo representa esa liberación de la influencia del otro (13).

Esta hipótesis es respaldada por los planteamientos de Gergen, quien señala que en la actualidad las concepciones románticas y modernistas del yo están desmoronándose por el desuso, al par que se erosionan los basamentos sociales que las sustentan, por obra de las fuerzas de la saturación social. La saturación social nos proporciona una multiplicidad de lenguajes del yo incoherentes y desvinculados entre sí. Para cada cosa que sabemos con certeza sobre nosotros mismos, se levantan resonancias que dudan y hasta se burlan. Esa fragmentación de las concepciones del yo es consecuencia de la multiplicidad de relaciones también incoherentes y desconectadas, que nos impulsan en mil direcciones distintas, incitándonos a desempeñar una variedad tal de roles que el concepto mismo de "yo auténtico", dotado de características reconocibles, se esfuma. Y el yo plenamente saturado dejo de ser un Yo. Existirían múltiples flujos del yo, pero ninguno capta o produce la esencia del yo. Las afirmaciones esenciales del yo son cada vez más difíciles. Responder la pregunta ¿Quién soy yo? También es responder quién es el otro (6).

El despliegue del narcisismo significaría la deserción del reino de la igualdad que, entre tanto proseguirá, resuelta la cuestión del otro, la igualdad ha limpiado el terreno permitiendo que surja la cuestión del Yo; de ahora en adelante la autenticidad domina a la reciprocidad, el conocimiento de sí al reconocimiento. Pero, simultáneamente con esa desaparición de la escena social de la figura del otro, reaparece una nueva división, la del conciente, la separación psíquica, como si la separación tuviera que producirse permanentemente, aunque fuera de una manera psicológica, para que la obra de socialización pueda proseguir, "yo es otro" anuncia el proceso

narcisista, el fin de la familiaridad de uno con uno mismo. Desplazamiento y reproducción de la división, interiorizándose, el conflicto asume siempre una función de integración social, esta vez no tanto a través de la conquista de la dignidad por la lucha de clases como por la aspiración a la autenticidad y de la verdad del deseo. El cuerpo mismo ha perdido el estatus de alteridad, de res extensa, de materialidad muda, en beneficio de su identificación con el ser-sujeto, con la persona. El cuerpo ya no designa una abyacción o una máquina, designa nuestra identidad. Lo que deja el camino llano al desarrollo estas nuevas enfermedades del alma como las llama Julia Kristeva a la anorexia nerviosa entre otras.

Estos planteamientos son muy consistentes y concordantes con la teoría desarrolladas por Paul Ricoeur respecto a la identidad. Según Ricoeur, la conexión entre constancia de sí mismo e identidad narrativa confirma su convicción que el sí del conocimiento, no es un ego egoísta y narcisístico. El sí del autoconocimiento es fruto de una vida examinada y clarificada en parte por los efectos catárticos de las narrativas, históricas o ficticias, traspasadas por la cultura. Así, constancia de sí se refiere a un sí instruido por una cultura que se ha aplicado así mismo. Pero en una sociedad donde han desaparecidos los fundamentos éticos y se desconoce la historia y nuestras raíces, el camino se dificulta más a las chicas anoréxicas.

La difusión de esta conciencia posmoderna acarrió la supresión de la razón, la autoridad y el compromiso de un individuo, su definición como persona, la confianza que en él podía depositarse, su sentido de la autenticidad, su sinceridad, su confianza en los líderes, la profundidad de sus sentimientos y la fe en el progreso. En su lugar, se nos presenta una pizarra en blanco donde los sujetos pueden escribir su identidad, borrarla y volver a escribir en la medida que se les permita o inste a ello una red incoherente de relaciones personales en permanente expansión y cambio (12).

Esta perspectiva de Lebrun también se puede relacionar con lo que Ricoeur plantea, el problema de mantener en el plano ético un sí

que, en el plano narrativo pueda eclipsarse. Decir a la vez ¿quién soy?, y “¡Heme aquí!” requiere una dialéctica viva entre identidad narrativa e identidad moral. “¡Heme aquí!” por el que la persona se reconoce sujeto de imputación señala una parada respecto a la divagación a la que podría conducir la confrontación del sí mismo con una multitud de modelos de acción y de vida. “Entre la imaginación que dice puedo probar todo”, y la voz narrativa que afirma: “todo es posible, pero no todo es beneficioso (entendámonos: para otro y para ti mismo) Se establece una sórdida discordia. Precisamente, el acto de la promesa transforma esta discordia en frágil concordia: “Es cierto que puedo probar todo” “pero aquí me detengo” (Ricoeur, 1996)(18). En este sentido la sociedad posmoderna no facilita la construcción de la identidad de los jóvenes a través de sus múltiples fragmentaciones del yo, tampoco hay otro o alteridad que permita pasar al estado de ipseidad de la identidad. Y la misma constitución frágil de las anoréxicas no les permite el paso al “aquí me detengo”.

La ipseidad caracterizada por la relación de pertenencia entre la persona y sus experiencias (pensamientos, sus acciones, sus pasiones) no es lo central para el autor, siendo ambigua en el plano ético. Se requiere una renunciación, que tiene relación con la primacía ética del otro distinto de sí sobre el sí. Se requiere la irrupción del otro, que rompe el cierre del mismo, de modo que el sí se vuelve disponible para el otro distinto de sí. (Ricoeur, 1996)(18) Las chicas anoréxicas están en una difusión de su identidad en una relación regresiva con su madre que no les permite estar disponibles para el otro considerando que si ni siquiera saben quienes son ellas mismas.

Según Kristeva, la cultura actual sólo nos ofrece imágenes y ya no discursos, y por ende el sujeto no puede representar. Lo que se asocia a la dificultad, que se observa en estas jóvenes, de poder expresar mediante palabras su malestar. Ellas terminan haciendo uso de cuerpo para expresar su problemática, su conflicto, su crisis de identidad y su desesperación de no poder cumplir con los parámetros y exigencias que les demanda la sociedad actual.

Por lo tanto, podríamos concluir que lo que puede observarse a nivel más macro (social), sucede o se repite a nivel más micro (familiar e individual) ya que la rigidización y el intento por una excesiva cohesión en estas familias terminan en una dificultad de construcción de identidad de sus miembros, Y el síntoma de las anoréxicas se puede entender como un intento fallido por mantener una pseudo identidad y alcanzar una autonomía que le es impedida desde sus familias.

En un plano individual todas las teorías coinciden en una falla en el apego primario y en la dificultad de la joven para percibir sus propias sensaciones, percepciones y sentimientos. Están marcadas por su fragilidad y por una dependencia absoluta del otro significativo, para quien vive para complacer y ser objeto de él. Tras muchos relatos de pacientes anoréxicas hay historias de agresiones, y experiencias de gran humillación, tras estos traumas está el tremendo duelo que las madres no las hayan acogido en su deseo, por esto no se pueden separar de ellas.

Por otra parte también se ha considerado que las relaciones estructurantes del síndrome de anorexia mental como una suerte de organización reactiva al impulso bulímico y al deseo regresivo de fusión con el objeto primario. Siempre hay una suerte de transferencia sobre la madre, actualizando una dimensión profundamente regresiva tal que la comida con ella significa la indeferenciación en la identificación primaria (3).

Se plantea que el niño aprende a dudar de sus propias sensaciones y emociones, que se mantienen difusas. Por esto recurre constantemente a esa figura vincular que será su referente. Con la emergencia del pensamiento abstracto y el advenimiento de la adolescencia ocurre la ya referida decepción. Dado los límites difusos y la consecuente dificultad para reconocer lo propio, el nuevo adolescente se encuentra enfrentado a un vacío angustiante. Necesita aferrarse de algo o de alguien a fin de aplacar el vacío (amenaza primaria). En muchos casos, se aferrará a lo más primitivo de su ser y lo único que identifica como propio: la actividad

motora y la conducta de ingesta. El trastorno alimentario se constituirá así en su manera de ser en el mundo. El nombrarse anoréxica es un intento por darse un nombre, donde no fue nombrada por otro.

### Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1ª Edición). Barcelona 1995.
2. Brusset, B. La Boulimie . Monographies de la revue francaise de Psychanalyse. 1991:105-116
3. Cervera, E. & Quintanilla, M. Anorexia Nerviosa: Manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales, Universidad de Navarra. 1995:26-34
4. Coletti, M. & Linares, J. La Intervención Sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática, Paidós. Barcelona. 1997.
5. García-Gamba, E. Avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Ed Masson S.A. Madrid. 2001:3-26
6. Gergen, K. El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo, Paidós, Barcelona. 1997.
7. Guidano, V. La complejidad del sí mismo. (Saavedra, M: A: Trauc.) Centro de Psicología aplicada. Universidad de Chile. Santiago. 1991.
8. Guiudano, V. Relación entre vínculo y significado personal una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio (Carrasco, A. Zagmutt, A Trad.), Conferencia realizada en la Universidad Diego Portales, Patrocinado por el instituto de Terapia Post Racionalista. Santiago. 1997.
9. Kristeva, J. Las Nuevas Enfermedades del Alma. Ed Cátedra, Madrid. 1995:11-45.
10. Lacan, J. "Escritos 1". Siglo XXI, México. 1980.
11. Lacan, J. "La relación de objeto". Paidós, Buenos Aires
12. Lebrun, J. Hipótesis sobre "Las nuevas enfermedades del alma". Argumentos para una clínica psicoanalítica de lo social. Le Bulletin Freudien. 1996;28:25-56
13. Lipovetsky, G. La Era del Vacío. Ed: Anagrama, Barcelona. 1986 Cap, 1 y 3.
14. McDougall, J. Teatros del Cuerpo, Paidós, Barcelona. 1995.
15. Miller, A., El Drama del Niño Dotado, Tusquets Editores, Barcelona. 1998.
16. Selvini Palazzoli, M. "The Work of Mará Palazzoli", Northvale, N. J. Jason. 1988.
17. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. Muchachas Anoréxicas y Bulímicas, Paidós, Barcelona. 1999.
18. Sepúlveda, G. Autonomía moral y solidaridad. Tesis para optar al grado de Doctor en filosofía con mención en ética. Universidad de Chile. 2001.
19. Stierlin, H. & Weber, G. ¿Qué hay Detrás de la Puerta de la Familia?, Ed. Gedisa, Barcelona. 1990.





## Reuniones y Congresos

---

### ACTIVIDADES 2005

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (SOPNIA).

1. SIMPOSIOS (estas actividades son sin costo para los socios con sus cuotas al día)

5 - 12 - 19 - 20 de Agosto (Psiquiatría)

**Curso "Actualización en trastornos psiquiátricos de la Adolescencia"**

**Organiza:** Unidad de psiquiatría infanto-juvenil, Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

**Lugar:** Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, Av. La Paz 1003, Santiago.

**Director:** Dr. Carlos Almonte

**Coordinadora:** Dra. Muriel Halpern

27 de Agosto (Neurología y Psiquiatría)

**Jornadas de Reflexión "Función ejecutiva, desde la visión del Grupo de Trastornos del Desarrollo"**

**Organiza:** Grupo Trastornos del Desarrollo

**Lugar:** Hotel Neruda

### 2. PATROCINIOS

La Sociedad además está patrocinando los siguientes cursos:

**"I Curso de Avances y Desafíos en el Tratamiento de la Espasticidad"**, que se realizará el día 21 de Octubre del 2005, en Santiago, y que está siendo organizado por el Departamento de Neurocirugía en conjunto con la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y la Dirección Académica de Clínica Las Condes.

### 3. CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

**52° Annual Meeting American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)**

18 al 23 de Octubre

Toronto, Ontario, Canada

Sheraton Centre Toronto

**Informaciones:** 3615 Wisconsin Avenue, N.W.

Washington DC. 20016-307

Fono: 202 - 9662891

Email: meeting@aacpa.org

**LX Congreso Chileno de la Sociedad de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía**

17, 18 y 19 de Noviembre de 2005

Gran Hotel Pucón

Informaciones:

Fono: 234.2460 - 232.9347 - 335.4437

e.mail : secretariagra@123.cl

Pág. Web: www.sonepsyn.cl

**XLV Congreso Nacional de Pediatría de la Sociedad Chilena de Pediatría**

8 al 12 de Noviembre de 2005

La Serena

Fonos: 237 1598 - 237 9757

Fax: 238 0046

e.mail: sochipe@terra.cl

Pág. Web: www.sochipe.cl

**Congreso Latino Americano de Sueño**

25, 26 y 27 de Agosto de 2006

e.mail: shms@contacto.org

Pág. Web: www.sochime.cl - www.shms.cl

**XXIII Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia**

**Fecha:** 10, 11 y 12 de Noviembre de 2005.

**Lugar:** Hotel Villa del Río. Valdivia.

### INVITADOS EXTRANJEROS

#### • Neurología

Carsten Bonnemann, MD.

Ass. Professor, Div. Of. Neurology

The Children Hospital of Philadelphia

Philadelphia - USA.

Alexis Arzimanoglou, MD.

Chair of the 26th. Int. Epilepsy Congress - Paris 2005.

Epileptic Disorders Editor in Chief

Paris - Francia

Dr. Jaime Campistol  
Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan de  
Deu  
Barcelona - España

Dra. Odile Boespflug-Tanguy  
Faculté de Medecine  
Francia

Dr. Alain Tanguy  
Neuroortopedista  
Francia

Dr. Carlos Alberto Tassinari  
Neurólogo  
Italia

• **Psiquiatría**

Professor Dorothy Otnow Lewis, MD.  
Department of Psychiatry  
New York University School of Medicine  
New York - USA

Dr. Melvin Lewis  
Department of Psychiatry  
New York University School of Medicine  
New York - USA

Daniel Pilowsky, M.D., M.P.H.  
Assistant Professor of Clinical Psychiatry and  
Epidemiology  
Mailman School of Public Health at Columbia  
University  
Staff Psychiatrist  
N.Y. State. Psychiatric Institute

COMITE ORGANIZADOR

**Presidenta Congreso:**

Dra. Ledia Troncoso Azócar.

**Director Neuropediatría Valdivia:**

Dra. Ana Flandes

**Director Psiquiatría Valdivia:**

Dra. Cecilia Navarro

**Director Comité Científico Neurología:**

Dra. Mónica Troncoso

**Director Comité Científico Psiquiatría:**

Dra. Muriel Halpern

**Comité Organizador**

**Dr. Manuel Campos,**

Neurocirujano, Pontificia Universidad Católica

**Dra. Lilian Cuadra,**

Neuróloga Infantil, Instituto de Neurocirugía

**Dra. Dolly Figueroa,**

Psiquiatra Infantil, Pontificia Universidad  
Católica

**Dr. Jorge Förster,**

Neurólogo Infantil, Hosp. Sótero del Río - P. U.  
Católica

**Dr. Ricardo García,**

Psiquiatra Infantil, Clínica Psiquiátrica U. de  
Chile

**Dr. Patricio Guerra,**

Neurólogo Infantil, Puerto Montt

**Dra. María Luisa Guzmán,**

Psiquiatra Infantil, Hospital de Valdivia

**Dra. Anahí Martínez,**

Neuróloga Infantil, Hosp. Exequiel González  
Cortés

**Dra. Carmen Quijada,**

Neuróloga Infantil, Hospital Cl. San Borja  
Arriarán

**Dra. Loreto Ríos,**

Neuróloga Infantil, Hospital Cl. San Borja  
Arriarán

**Dra. Cecilia Ruiz,**

Psiquiatra Infantil, Hospital Cl. San Borja  
Arriarán

**Dr. Jorge Sobarzo,**

Psiquiatra Infantil, Hospital Sótero del Río

**Dra. Patricia Urrutia,**

Psiquiatra Infantil, Hospital Cl. San Borja  
Arriarán

## ACTIVIDADES CIENTIFICAS

### Temarios

#### • *Actividades Neurología*

#### **Curso precongreso (miércoles)**

“El aprendizaje del niño y sus trastornos: enfrentamiento práctico”

1ª parte: 3 módulos

2º parte: 2 talleres

#### **Simposios**

1. Epilepsia
2. Neuroimagenología
3. Neuromusculares
4. Genética - Metabólicas
5. Neurorehabilitación - Neuroortopedia
6. Trastornos desarrollo
7. Controversias
8. Series Clínicas
9. Medicina Integrativa
10. Neurocirugía
11. Etica en los Medios de Comunicación

#### • *Actividades Psiquiatría*

#### **Plenarias**

1. Desde la liberación económica: cambios en la conducta del sujeto.
2. Violencia: modelos de intervención específica
3. La soledad de la familia en el mundo globalizado.

#### *Módulo I*

- Violencia
  - Controversias en trastornos farmacológicos de la conducta violenta
  - Violencia y género
  - Imputabilidad - pruebas de veracidad - discernimiento
- Identidad - Sexualidad
- Controversias en tono a la elección vocacional
- Etnia y psicopatología - diferencias anteriores

- Déficit Atencional - Comorbilidad - Trastornos personalidad
- Eficacia y suicidalidad de trastornos con ISRS
- Desafíos de la especialidad = autocuidado en profesionales de salud mental

## ACTIVIDADES SOCIALES

#### **Miércoles 09 Noviembre**

Cocktail Inaugural - Coro J. S. Bach - Hotel Villa del Río

#### **Jueves 10 de Noviembre**

Cena de Camaradería - Cervecería Kunstmann - amenizada por un “Grupo de Tuna”

#### **Viernes 11 de Noviembre**

Cena de Clausura - Hotel Villa del Río

#### **Sábado 10 de Noviembre**

Visita al Santuario de la Naturaleza

***Se están programando otras actividades sociales las cuales se informaran oportunamente.***

## VALORES DE INSCRIPCION

	<i>Hasta el 31/08/2005</i>	<i>Después del 31/08/2005</i>
Socios	\$ 55.000	\$ 65.000
Becados	\$ 45.000	\$ 55.000
No Socios	\$ 70.000	\$ 80.000

**La fecha de recepción de temas libres será impostergablemente hasta el 31 de Agosto de 2005.**

La Sociedad se preocupará de poder ofrecerles a los asistentes alternativas de alojamientos de costos rebajados.

#### **Informaciones e Inscripciones:**

Secretaria Sociedad  
Fono: 56.2 - 632.0884  
e.mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl)  
pág. Web : [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com)

## Grupos de Desarrollo

---

• GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en las dependencias de la Corporación Farmacéutica Recalcine, Av. Pedro de Valdivia 295, Providencia, Santiago.

**Directorio Grupo Trastornos del Desarrollo**

**Presidenta:**

Dra. Carmen Quijada

**Vice-Presidenta:**

Flga. Sra. Marcia Cabezas

**Secretaria:**

T.O. Sra. María Elena Argomedo

**Tesorera:**

Prof. Dif. Sra. Gloria Valenzuela

**Past-President:**

Dr. Jorge Förster

**Directores:**

Dra. Claudia Herrera

Flgo. Sr. Marcelo Díaz

**Programa Reuniones Mensuales, Año 2005**

**27 de Agosto**

Jornadas de Reflexión

Función Ejecutiva, desde la visión del Grupo de Trastornos del Desarrollo

**24 de Septiembre**

Apego Madre Hijo

Apego Temprano, Dra. Mónica Kimelman

Neurobiología del Apego, Dr. Fernando Pinto

**29 de Octubre**

Adquisición del Lenguaje Temprano

**Noviembre**

Simposio en Congreso SOPNIA - Valdivia

**17 de Diciembre**

Controversias en Autismo - Asperger - Disfasia

Mesa Redonda

Dr. Ricardo García

Ps. Sra. Sandra Moyano

Flgo. Sr. Marcelo Díaz

Flga. Sra. Marcia Cabezas

• GRUPO DE ESTUDIO PSICOPATOLOGIA CLINICA

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

El Dr. Juan Enrique Sepúlveda es el Coordinador de este Grupo.

**Programa Reuniones Mensuales, Año 2005**

**Sábado 3 Septiembre**

Expone: Dr. Juan Carlos Martínez

Tema: "Antidepresivos, suicidio y la problemática con la FDA"

**Sábado 15 Octubre**

Expone: Dr. Mario Sepúlveda

Tema: "Inconsciente"

**Sábado 12 Diciembre**

Expone: Dra. Carola Alvarez



## Noticias

---

Le damos la más cordial bienvenida a la Dres. Carlos Haquin y Jorge Carrera, que presentaron sus Trabajos de Ingreso y han sido aceptados como Miembros Activos de nuestra Sociedad a partir del mes de Julio de 2005.

Les presentamos las pautas de corrección de trabajos de ingreso a SOPNIA y temas libres para el Congreso, que van a ser consideradas por los revisores para evaluar dichos trabajos.

### PAUTA DE CORRECCION TRABAJOS DE INGRESO A LA SOPNIA

De acuerdo a los estatutos para ingresar a la SOPNIA se requiere presentar "un trabajo escrito inédito", de un solo postulante.

Según lo acordado en sesión de directorio del 16 de Junio 2005

1. El trabajo de ingreso puede ser un trabajo de investigación, que conteste una pregunta aún sin respuesta adecuada en la literatura científica, pero debe constituir un APOORTE A LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA O PSIQUIATRÍA, sino también una revisión que implique un análisis crítico o reflexión sobre temas de actualidad, pero de calidad y originalidad.
2. El postulante a ingresar a la SOPNIA debe ser el AUTOR PRINCIPAL del trabajo y debe hacer explícito cualquier conflicto de interés.
3. Debe enviar dos copias, de acuerdo a las instrucciones publicadas en la Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
4. Se establecerá un staff de revisores imparciales y objetivos que revisen a cabalidad el manuscrito, asegurando que cumple los requisitos propuestos, incluyendo que las citas sean las adecuadas y no sea copia o traducción sin originalidad.
5. Cada trabajo será revisado por dos miembros de este staff, cuyos nombres se mantendrán en reserva para velar por una mayor objetividad.

6. Los revisores contarán con 15 días corridos para la revisión del trabajo, el que deben devolver acompañado de una hoja con las sugerencias y correcciones a enviar al autor.
7. Los trabajos deben ser enviados al menos 6 meses antes del congreso a contar del año 2006, para la incorporación de socios aceptados durante este evento y para permitir una revisión de calidad y efectuar las correcciones pertinentes. El año 2005 la fecha tope de envío es el 31 de Julio 2005.
8. La aceptación o rechazo por parte de los revisores será ratificada por el Directorio y comunicada por escrito al autor.
9. A los becados egresados del Programa de Formación de Especialistas se les aceptará su trabajo de beca como trabajo de incorporación.

### PAUTA DE CORRECCION TRABAJOS LIBRES CONGRESO

Acuerdos en sesión de Directorio 16 junio de 2005

- I. Hacer llamado a presentación de trabajos adjuntando formulario con auto evaluación
  - a) Informe brevemente acerca de la Importancia, aporte o interés del tema para Neurólogos y/o Psiquiatras
  - b) El trabajo que usted presenta tiene como diseño metodológico
    1. Ensayo clínico controlado, randomizado
    2. Estudio analítico de cohortes
    3. Estudio analítico de casos y controles
    4. Cohorte transversal o estudio de xxx
    5. Estudio descriptivo prospectivo
    6. Estudio descriptivo retrospectivo
    7. Casos clínicos menos 8 casos
    8. Otro: describa
  - c) Informe brevemente acerca de la originalidad del tema presentado,
  - d) ¿Declara algún conflicto de interés?
  - e) ¿Ha sido presentado en otros congresos?

## Instrucciones a los autores

(Actualizado en Agosto de 2004)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza del Boletín y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité de Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web [www.icmje.org](http://www.icmje.org)

Se enviará el manuscrito en su versión completa, incluidas tablas y figuras, en cuatro copias de buena calidad, dirigidas a: Dra. Freya Fernández, Directora del Boletín SOPNIA, Esmeralda 678 of. 303, Santiago Centro, Santiago, Chile (Teléfono: (562) 6331955, (562) 6396171, Fono-Fax (562) 6391085, e-mail: [sopnia@terra.cl](mailto:sopnia@terra.cl)). Se incluirá una carta que identifique al autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, Fax, dirección de correo electrónico.

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

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

El envío del manuscrito se considerará evidencia de que ni el artículo o sus partes, tablas o gráficos están registradas, publicadas o enviadas a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los manuscritos serán sometidos a revisión por pares. Los manuscritos rechazados no serán devueltos al autor.

### **Publicaciones duplicadas**

Podrán publicarse artículos publicados en otras

revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de estas otras revistas.

Las publicaciones duplicadas, en el mismo u otro idioma, especialmente en otros países se justifican y son beneficiosas ya que así pueden llegar a un mayor número de lectores si se cumplen las condiciones que se detallan a continuación:

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

### **Página de título**

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y afiliación a instituciones. Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quien se dirigirá la correspondencia.

### **Resumen**

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



**Palabras claves**

Los autores proveerán de 3 a 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

**Texto**

El texto se redactará siguiendo la estructura usual, sugerida para artículos científicos, denominada "IMRAD" (introduction, methods, results and discussion). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones y editoriales, podrá utilizarse otros formatos.

**Introducción**

Se aportará el contexto del estudio, los objetivos y las hipótesis probadas. Los objetivos principales y secundarios serán claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

**Método**

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

**Selección y descripción de participantes**

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

**Información técnica**

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

**Estadísticas**

Se describirá los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector informado el acceso a la información original y la verificación los resultados reportados. Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

**Resultados**

Se presentará los resultados en una secuencia lógica con los correspondientes textos, tablas e ilustraciones, privilegiando los hallazgos principales. Se evitará repetir en el texto la información proveída en forma de tablas o ilustraciones, sólo se enfatizará los datos más importantes. Los resultados numéricos no sólo se darán en la forma de derivados (p.e. porcentajes) sino también como números absolutos, especificando el método estadístico utilizado para analizarlos. Las tablas y figuras se restringirán a aquellas necesarias para apoyar el trabajo, evitando duplicar datos en gráficos y tablas. Se evitará el uso no técnico de términos tales como: "al azar", "normal", "significativo", "correlación" y "muestra".

**Discusión**

Se enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que de ellos se derivan. No se repetirá en detalle la información que ya ha sido expuesta en las secciones de introducción o resultados. Es recomendable iniciar la discusión con una descripción sumaria de los principales hallazgos para luego explorar los posibles mecanismos o explicaciones para ellos. A continuación se comparará y contrastará los resultados con aquellos de otros estudios relevantes, estableciendo las limitaciones del estudio, explorando las implicancias de los hallazgos para futuros estudios y para la práctica clínica. Se vinculará las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no debidamente respaldadas por la información que se presenta. En particular se sugiere no hacer mención a ventajas económicas y de

costos a menos que el manuscrito incluya información y análisis apropiado para ello.

### Referencias bibliográficas

Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un número pequeño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts como referencias. Cuando se haga referencia a artículos no publicados, deberán designarse como “en prensa”, “en revisión” o “en preparación” y deberán tener autorización para ser citados. Se evitará citar “comunicaciones personales” a menos que se trate de información esencial no disponible en forma pública.

### Estilo y formato de referencias

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

### Artículo de revista científica

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., en el siguiente formato:  
Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1198;36:28-34.

### Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003;19(2):25-32

Cuando se cita el capítulo de un libro.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Síndrome de Déficit Atencional (SDA). En: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Síndrome de Déficit Atencional. Santiago, Chile: Universitaria;1998.p.96-106.

Para otro tipo de publicaciones, aténgase a los

ejemplos dados en los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas”.

### Tablas

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

Las tablas se presentarán a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.

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

### Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir contener título y explicación detallada. Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

### Abreviaciones y símbolos

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