

DIRECTORIO 1993 - 1995



Presidente
Vicepresidente
Secretario
Tesorero
Director

Dr. [illegible]
Dr. [illegible]

BOLETIN

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

AÑO 4 - Nº 1 - JUNIO '93



DIRECTORIO 1992 - 1993

Presidente:	Dr. Marcelo Devilat
Vice-Presidente:	Dr. Humberto Guajardo
Secretario:	Dr. Ricardo Erazo
Tesorera:	Dra. Ledia Troncoso
Directores:	Dr. Patricio Alvarez Dra. Perla David Dra. Freya Fernández Psic. Violeta Cadiz Psic. Carmen Gloria Perales
Past-President:	Dra. Eva Rona

Directora del Boletín : Freya Fernández

Comité Editorial: Isabel López / Gabriela Sepúlveda

CONTENIDOS

	Página
Editorial	4
Trabajos de Ingreso	6
Trabajo Original	13
Talleres literarios para niños con trastornos de aprendizaje: Discusión de una experiencia	
Revisión	20
Trastornos específicos de aprendizaje, un desafío particular para cada niño.	
Actividades de Centros Asistenciales	33
El Instituto de Neurocirugía, algo sobre su historia y trabajo clínico quirúrgico.	
Area Sur Oriente de Santiago - Hospital Sótero del Río	
Revisiones de Libros y Revistas	37
Noticias	42
Página Abierta	48
Correspondencia	50
Sugerencias para las contribuciones	52
Acuerdos del Directorio	53
Reglamento para la elección del Directorio	54

Editorial

El presente boletín inaugura una nueva etapa de nuestra Sociedad. Un formato más grande, un estilo diferente, nuevas secciones que le darán más agilidad, profundidad, son algunas de las características de nuestro actual boletín.

La nueva orientación de esta publicación obedece al ánimo de superación de su comité editorial. Sin embargo no es el producto de unos pocos, sino que significa que esta Sociedad y por ende, sus miembros, están firmemente decididos a seguir trabajando para hacerla cada día mejor. Y para ello, el camino no es sino, esforzarse por cumplir sus objetivos de estudio, perfeccionamiento, investigación y difusión de las ciencias neurológicas y psiquiátricas de niños y adolescentes.

Este nuevo boletín representa nuestra mayoría de edad. No hay que olvidar que ya tenemos 21 años y por lo tanto nuestras responsabilidades han aumentado. Afortunadamente, nuestros socios así lo han comprendido y un gran número de ellos ha participado y lo seguirán haciendo en las numerosas actividades de nuestra entidad.

Este año de 1993 llevaremos a cabo variadas actividades pero, a mi juicio dos de ellas tienen relevancia especial. La primera se refiere a la elección del nuevo directorio para el período 1994-1995. Para tal efecto, la actual mesa ha aprobado un reglamento, que permitirá su elección de manera totalmente democrática, en una elección en la que podrán participar todos los socios. La segunda es que nuestra sociedad ha sido invitada a ingresar a CONACEM. En efecto este año corresponde iniciar la calificación por esa organización de los Neuropediatras y la Sociedad deberá tener a dos representantes.

Durante este año proseguiremos nuestras actividades de extensión mediante la prosecución de los cursos para Profesores en un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación. También se realizarán cursos a Parvularias de acuerdo a un convenio con la Junta Nacional de Jardines Infantiles. Por último, la sociedad iniciará charlas destinadas a los Padres y Apoderados en diferentes Instituciones de Enseñanza Básica y Media de Santiago.

Los trabajos para nuestro Congreso Anual continuarán por parte del Comité organizador y ya está asegurada la presencia de dos Especialistas extranjeros, quienes junto a los invitados nacionales darán realce al tema oficial; "GENETICA MOLECULAR".

La sociedad continuará prestando su activo patrocinio a los dos grupos de estudio que bajo su alero se han organizado. El grupo Chileno de Epilepsia y el grupo de Televisión. Ambos grupos desarrollan una labor de información, investigación y difusión en sus respectivos ámbitos de trabajo.

Este breve bosquejo de las actividades de la Sociedad para 1993, significa acceder al desafío que representa el cumplimiento de los objetivos de nuestra entidad.

Por una parte se trata de satisfacer a los destinatarios de la Sociedad, que son sus miembros brindándoles oportunidades de perfeccionamiento científico. Por otra, ampliar nuestra audiencia al ámbito social, es decir a la comunidad.

Invitamos a nuestros socios a continuar su esfuerzo para que los dos pilares de nuestra Sociedad trabajo técnico-científico y acción comunitaria continúen en pie.

Dr. Marcelo Devilat
Presidente Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

NOTA DE LAS EDITORAS

Iniciamos este Boletín del año 1993 con gran entusiasmo. Esperamos que les gusten las innovaciones. Queremos que se mantega el espíritu del Boletín, permaneciendo como un espacio de contacto para los que laboramos en el ámbito de la Salud Mental y Neurología Infanto-juvenil.

Este espacio está abierto y esperamos sus colaboraciones: nos gustaría correspondencia de todos los puntos del país y también de los socios que salgan al extranjero, sus valiosas impresiones nos enriquecen a todos.

Los animamos a enviar sus trabajos a este Boletín que está desarrollándose para compartir casos clínicos, revisiones, trabajos originales y trabajos de investigación.

También se presentarán las actividades de los diversos Centros Hospitalarios, partiendo por el orden en que se hacen las reuniones clínicas.

En la sección los acuerdos del Directorio se irán interiorizando de la marcha de nuestra Sociedad y por supuesto continúa página abierta y Revisión de libros y revistas.

Este número se inicia dando una cordial bienvenida a los socios que ingresaron en el último período, mostrando un resumen de sus trabajos de ingreso. No podemos dejar de recordar a esta altura del camino los inicios de este boletín, con los esfuerzos del Dr. Fernando Novoa y especialmente de la Dra. Maria de los Angeles Avaria que dió forma al primer Boletín de la Sociedad en 1990.

Los invitamos a todos a incorporarse a este espacio de encuentro.

Afectuosamente, Freya Fernández, Isabel López, Gabriela Sepúlveda.

TRABAJOS DE INGRESO

ESPASMOS MASIVOS SECUNDARIOS A HIPERGLICINEMIA NO CETOSICA

Drs. Verónica Burón*, Marcelo Devilat*, Marcelo Ducheylard**, Abdalla Harum, Bolívar Valenzuela*.

Servicio Neurología y Psiquiatría" y *Servicio de Pediatría del Hospital Luis Calvo Mackenna"

J.R.Y. T.N. 23.01.92.

Producto de embarazo y parto normal. Perímetro craneano al nacer de 39.5 cms. Se hospitaliza al séptimo día de vida por crisis clónicas del hemisferio izquierdo. El EEG mostró desorganización del ritmo basal con actividad epiléptica específica de predominio derecho. La TAC cerebral reveló dilatación triventricular y atrofia cortical parieto-temporal bilateral. El screening metabólico y aminoácidos en sangre y orina fueron normales. Se indicó tratamiento con fenobarbital.

Al mes de vida se hospitalizó en el Hospital Luis Calvo Mackenna por crisis de tipo espasmos masivos. Al examen destaca una macrocefalia (CC=40cm), hipoactividad e hipotonía y el EEG mostró una hipsarritmia modificada. Se trató con ACTH sintético y ácido valproico, con lo cual cedieron los espasmos y desapareció la hipsarritmia, permaneciendo el EEG alterado y presentando crisis alternantes, de preferencia de tipo mioclónico de predominio derecho. Un nuevo estudio metabólico mostró aumento de glicina en sangre y orina. Se cuantificó la glicina en sangre y LCR (Lab. Nestlé), confirmándose el diagnóstico de hiperglicinemia no cetótica. La cuantificación de aminoácidos en el plasma de los padres, mostró que ambos tenían relación glicina/serina aumentadas.

Su estado neurológico se ha deteriorado, continuando con convulsiones y con infecciones respiratorias a repetición a pesar del tratamiento empírico con altas dosis de diazepam y benzoato sódico.

El interés de este caso reside en la relación entre espasmos masivos e hiperglicinemia no cetótica y los devastadores efectos que esta puede originar muy tempranamente en el SNC. Lo anterior sugiere que en todo paciente con espasmos masivos esta causa debiera ser descartada, especialmente en niños con daño estructural en el SNC.

Dra. Verónica Burón

Neuróloga Infantil, Hospital Luis Calvo Mackenna

Formación en Neurología Infantil: Clínica Universitaria de la Universidad de Heidelberg (Alemania), Universidad de Sachen (Alemania) y Hospital Luis Calvo Mackenna.

EPILEPSIA BENIGNA DE LA INFANCIA CON PAROXISMOS OCCIPITALES (BEOP), ESTUDIO CLINICO Y ELECTROENCEFALOGRAFICO

Drs. A. Martínez Naddeo*, E. González Gastellu**, A. Fuentes Escobar***.

Hospitales* Félix Bulnes, **Exequiel González C., ***I. Neurocirugía Dr. Asenjo.

Se analizan 10 casos de BEOP y 3 casos que no cumplen estrictamente los criterios diagnósticos. Las características clínicas de los pacientes con BEOP fueron: Sin antecedentes de patología neurológica, con examen neurológico y C.I. normal en el 100% de los casos y examen neuropsicológico normal en el 90% de los casos. Sin antecedentes familiares de epilepsia o jaqueca en el 60% de los casos. Hubo predominio en sexo masculino. En la mayoría la forma de presentación clínica fue crisis focal y síntomas visuales.

Todos los pacientes se estudiaron con EEG interictales y activación. El 100% registró actividad de fondo normal o lenta inespecífica y actividad de espiga o complejos EO en áreas occipitales o tèmpero-occipitales, dominantes en al menos un trazado, y en la mayoría de los casos reactivas a la apertura y cierre ocular.

Se practicó TAC en el 90% de los casos y fue normal en todos ellos. El tratamiento consistió en monoterapia con buena respuesta en general. La evolución fue de 1 a 16 años con un caso de recaída.

Se discute la nosología, problemas particulares de diagnóstico y la relación con Epilepsia Fotosensible y con Jaqueca y se comparan los resultados con los hallados en la literatura.

Dra. Anahi Martínez N.

Neuróloga Infantil Hospital Félix Bulnes

Formación en Pediatría: Hospital Félix Bulnes.

Beca de Neurología Infantil Universidad de Chile y Hospital Luis Calvo Mackenna.

A cargo del Programa de Epilepsia Infantil del Hospital Félix Bulnes.

EFFECTOS DE LA P-CLORO-FENILALANINA SOBRE LAS CONDUCTAS INDUCIDAS POR APOMORFINA Y ANFETAMINA EN GATOS ADULTOS

Dres. Claudio Briones Espinosa, Ariel Gómez, Magala González Córdova, Elías Motles Waisberg.

Departamento Ciencias Preclínicas Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

1.- Se analizaron los efectos de la depleción de la serotonina sobre las conductas evocadas por apomorfina y anfetamina. Se administró anfetamina (5 mg x kg subcutáneo) o apomorfina (2 mg x kg subcutáneo) a 14 gatos adultos. Se efectuó la inhibición de la triptofanhidroxilasa por inyección intraperitoneal de p. clorofenilalanina (100 mg x kg x día por 3 días consecutivos). Los animales depletados de serotonina fueron inyectados posteriormente con apomorfina o anfetamina.

2.- Se registraron y cuantificaron las conductas evocadas por ambas drogas. Las siguientes conductas fueron observadas; motilidad (locomoción), alerta, temor, indiferencia, olfateo y movimientos laterales de cabeza.

3.- El análisis bioquímico de los núcleos del rafe dorsal y del núcleo caudado mostró una caída de la concentración del 77% de la serotonina. La depleción de serotonina indujo cambios estadísticamente significativos en las siguientes conductas en los gatos tratados con anfetamina: locomoción, temor, movimientos laterales de cabeza y alerta. Al ser inyectados con apomorfina se observaron cambios significativos solamente en las conductas de olfateo e indiferencia.

4.- La serotonina parece jugar un papel modulador significativo en algunas conductas evocadas por anfetamina, especialmente locomoción. Tal rol es menos evidente para la conducta inducida por apomorfina.

Dr. Claudio Briones E.

Neurólogo Infantil Hospital Sótero del Río y Departamento de Preclínicas de la Universidad de Chile. Docente de la Universidad de Chile y Universidad Católica e Investigador de la Universidad de Chile.

AFASIA MIXTA POST T.E.C. EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS: CASO CLINICO

Flgo. Marcelo Díaz, Dr. Claudio Briones.
Hospital Dr. Sótero del Río. U. Neurología Infantil

Dentro de las patologías adquiridas del lenguaje, la Afasia ocupa un lugar de importancia especialmente en lo que respecta a la investigación. En el adulto dicha patología se

ha descrito profundamente. La literatura acerca del tema la define como aquella alteración de alguna o de todas las habilidades del lenguaje hablado o escrito, producido por una lesión de ciertas áreas cerebrales especializadas para tales funciones (Goodglass y Kaplan, 1986). En niños, sin embargo, la investigación ha sido menos exhaustiva; en general se asume que la recuperación es rápida y total; en cuanto a las características de la alteración lingüística, estas son referidas como del tipo expresiva y con una buena comprensión del lenguaje.

Se presenta el caso de una niña de 9 años de edad, zurda, estudiante de tercero básico, sin patología previa de importancia que ingresa por un T.E.C., producto de un accidente de tránsito, que fue calificado como grave. Permanece en U.C.I. por 10 días, con un Glasgow de 7-8 los primeros 6 a 7 días y con ventilación mecánica por 8 días. Tras una notable recuperación, se constata la presencia de una hemiparesia izquierda, episodios de desconexión del medio en repetidas oportunidades y de una afasia; esta última alteración se manifestó como una Afasia Transcortical Sensorial (no descrita por la literatura en niños). Dicha sintomatología remite rápida y favorablemente, se le practicó radiografía de cráneo, encontrándose una fractura temporal izquierda. El T.A.C., reveló la presencia de una extensa lesión temporal izquierda, con hematomas múltiples parenquimatosos, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural pequeño temporal izquierdo. De alta recibió tratamiento con Fenitoina y luego Carbamazepina con F.E.G. que muestra actividad lenta continua posterior izquierda, ya en control ambulatorio se constata la presencia de una Afasia Mixta de predominio comprensivo, (dificultades en comprensión de lenguaje oral, escrito, presencia de parafasias, paragrafías, paralexias, acalculia). Dicha Afasia podría catalogarse como subclínica. Habiéndose reincorporado la niña a sus actividades escolares la alteración le provoca problemas de rendimiento.

La revisión del tema muestra pocos reportes sobre las alteraciones del lenguaje en niños como producto de un daño cerebral (esto incluye al T.E.C.), ya que habitualmente se confía en la plasticidad cerebral del niño. En este caso, habiendo pasado el período de recuperación espontánea parece evidente que persistirán dificultades que merecen ser sometidas a una terapia específica de lenguaje. Se da énfasis en la necesidad del abordaje integral en estos casos así como la necesidad de efectuar un seguimiento en el tiempo a estos niños para así determinar el pronóstico después de la etapa aguda de la lesión.

Fonoaudiólogo Marcelo Díaz Molina

Hospital Sótero del Río, Servicio de Pediatría

Unidad de Neurología, Docente ad Honorem

Unidad Docente asociada U. Católica de Chile

Egresado Escuela de Fonoaudiología, Facultad Medicina Universidad de Chile.

Docente carrera Fonoaudiología, Supervisor de Prácticas Asistenciales.

CONSULTAS INFANTILES POR SOSPECHA DE CONVULSIONES O EPILEPSIA. ANÁLISIS DE 1 AÑO

Dres. Jorge Förster, Freya Fernández, Clara Frenkel.
Hospital Sótero del Río. SSMSC

Para planificar la atención de salud de una comunidad resulta útil contar con cifras del número y tipo de atenciones médicas, determinando así las patologías más frecuentes, la necesidad de exámenes especializados, los plazos en que se completan los estudios diagnósticos, las modalidades terapéuticas en uso y el grado de permanencia de los pacientes en el sistema.

Se diseñó un estudio que incluyó todas las primeras consultas por sospecha de convulsiones o epilepsia, ocurridas en el Policlínico de Neurología Infantil del Hospital Sótero del Río entre el 1º de Junio 1991 y el 31 de Mayo 1992.

Se realizó un análisis de los datos obtenidos, categorizando a los pacientes por edad, sexo, diagnóstico y exámenes complementarios efectuados.

Dentro de los 466 casos estudiados, destacamos algunos resultados.

- Sólo el 27.9% de las consultas nuevas en un año corresponden a sospecha de convulsiones o epilepsia.
- Un porcentaje alto (18.45%) abandonan el estudio y un porcentaje de 10.94% no ha completado su estudio a los 3 meses de iniciado.
- Las convulsiones febriles fue la categoría diagnóstica más frecuente (32.62%).
- Un porcentaje muy bajo (1.93%) corresponde a primera consulta por convulsión única no relacionada con fiebre.
- El 16.52% de las consultas correspondió a Epilepsia. De éstas un 40.2% son crisis focales y de ellas en el 22.52% se detectó una causa orgánica.
- El 4.94% de las consultas correspondió a crisis convulsivas ocasionales que ocurrían en relación a un compromiso agudo del SNC por diversas causas.
- El 14.59% se descartó, después del estudio correspondiente, la presencia de un síndrome convulsivo.

Dr. Jorge Förster M.

Neurólogo Infantil Hospital Sótero del Río y Consultorio Escuela Psicología U.C.,
Docente Pediatría y Neurología U. Católica.

EPILEPSIA INTRATABLE NEUROIMAGENES Y CIRUGIA

Dr. Sergio Valenzuela A.

La terapia neuroquirúrgica en la epilepsia debe ser considerada cuando las características y frecuencia de las crisis convulsivas limitan significativamente la vida del paciente y se tornan resistentes a la terapia anticonvulsivante farmacológica en un período de 3 a 5 años considerando adecuado niveles plasmáticos de drogas.

Al respecto se considera que aproximadamente un 20.25% de los pacientes epilépticos podrían ser considerados para entrar en un programa de cirugía de la epilepsia dadas las características de sus cuadros.

Las neuroimágenes modernas (TAC, MRI, PET, SPECT) han provocado un significativo aumento en el diagnóstico de las epilepsias que tienen un sustrato orgánico susceptible de ser reparado quirúrgicamente por lo que se hace imprescindible su análisis y conocimiento.

Esta presentación tiene por objeto revisar estos métodos de diagnóstico y sus respectivos rendimientos. Además exploran las técnicas actuales existentes como alternativas ante el paciente candidato a ser intervenido neuroquirúrgicamente.

Dr. Sergio Valenzuela A.

Neurocirujano Infantil I.N.C.

Estudios Medicina U. de Concepción

Médico General de zona y Director del Hospital de Laja.

Beca de Retorno del Ministerio de Salud en el I.N.C., Beca de Neurocirugía, Médico de Urgencia del I.N.C., numerosas publicaciones en revistas y libros de la especialidad.

CRANEOSINOSTOSIS (1980 - 1989) ANALISIS DE SU TERAPIA EN LA ULTIMA DECADA

Dr. Arturo Zuleta F.

Se analiza un serie de 236 casos de craneosinostosis atendidos y tratados en el Servicio de Neurocirugía Infantil del Instituto de Neurocirugía Asenjo, único centro de referencia nacional para esta patología por la que esta muestra representa en gran medida el problema de esta patología a nivel nacional.

La muestra está constituida por 141 varones y 95 mujeres predominio que está de acuerdo con la literatura internacional. La distribución en los distintos tipos de cierre de suturas sigue el patrón descrito para los países occidentales con un número mayoritario

de craneosinostosis de bajo riesgo (Escafocefalia 41%). Eso explica la escasa incidencia de hipertensión endocraneana (8.9%), deterioro psicorgánico (14%), Epilepsia (3,8%) y alteraciones oftalmológicas (23%).

La totalidad de la serie se ha beneficiado de las nuevas técnicas quirúrgicas, que permiten solucionar en forma simultánea los problemas originados por el conflicto de espacio tanto como los aspectos estéticos.

Esta cirugía de mayor envergadura, no ha significado un aumento de la mortalidad (1.7%) si se le compara con una serie similar de este Servicio presentada y publicada en 1970.

Dr. Arturo Zuleta F.

Egresado de la Universidad de Chile sede sur.

Formación de Neurología en el Hospital Barros Luco Trudeau

Beca de Neurocirugía en el I.N.C.

Beca Post Grado en Neurocirugía Infantil en el Hospital Des Enfants de la Timone Marsella, Francia.

Jefe de Servicio de Neurocirugía Infantil del I.N.C.

Profesor Adjunto U. de Chile

Miembro de la Sociedad Internacional de Neurocirugía Pediátrica.

TRABAJO ORIGINAL

"TALLERES LITERARIOS PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DE APRENDIZAJE: DISCUSION DE UNA EXPERIENCIA"

Dra. María Soledad Herrera*, Ps. Gabriela Sepúlveda**, T.O. Marisol Orellana*.

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División Ciencias Médicas Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**CIDIN, Depto. de Neurología, Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Se presenta una experiencia de Terapia de grupo con niños que presentaban diversos trastornos en el desarrollo psicológico y que tenían en común un bajo rendimiento escolar, cuyos rangos de edades fueron de 9 y 13 años para el primer grupo, y entre 9 y 11 años para el segundo, las metas terapéuticas fueron el desarrollo afectivo y cognitivo. Se utilizaron técnicas y estrategias cognitivas de enfrentamiento de la situación problema a nivel escolar; a través de experiencias significativas de éxito, favoreciendo un cambio motivacional frente a la lectura. Los resultados muestran una evolución positiva, lográndose los objetivos planteados a nivel cognitivo y afectivo: facilitando en los niños una resignificación de la experiencia de aprendizaje.

INTRODUCCION

¿Por qué un niño no aprende a leer si es inteligente?

Esta pregunta se la hacen los padres de más de doscientos mil niños en educación básica que repiten de curso. También se lo preguntan muchos profesores básicos que luego de un año de arduos esfuerzos, no siempre logran mejorar el resultado obtenido con sus alumnos. Dentro del conjunto de dificultades escolares de los niños del segundo ciclo básico y de educación media la comprensión lectora constituye un problema serio y generalizado. Si bien, es cierto que toda la comunidad humana domina el lenguaje oral, aproximadamente sólo un tercio de la humanidad es capaz de leer y escribir. La cantidad de analfabetos en América Latina y el Caribe en la pasada década de los '80 equivale al 20.3% de su población, es decir, uno de cada cinco habitantes no ha accedido al lenguaje escrito. Los niños que no han logrado un nivel satisfactorio de comprensión lectora carecen de un instrumento de estudio indispensable para el éxito escolar. Por otro lado, los niños de hoy reciben una gran cantidad de información en forma de imágenes, la mayoría de las veces acompañadas de sonidos. La televisión, las revistas ilustradas, la radio y el cine son medios fáciles y poderosos que los niños tienen a su alcance para informarse y recrearse. A pesar de esto, si no acceden a una plena capacidad lectora, su vida diaria y su desarrollo cultural se ven seriamente menoscaba-

dos. De ahí la importancia de estimularlos a llegar a esa instancia superior de la cultura y el desarrollo emocional y cognitivo que es la capacidad de leer comprensivamente.

En la Unidad de Psiquiatría Infantil de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, consultan con frecuencia niños que presentan diversos trastornos en el desarrollo psicológico y que tienen en común un bajo rendimiento escolar cuya mayor dificultad se centra en su nivel lector. Los niños con dificultades de rendimiento y/o aprendizaje siempre presentan dificultad en su desarrollo afectivo social, ya que su significación del mundo, su visión de la realidad, está influida por las constantes experiencias de fracasos y dificultad, interfiriendo sus relaciones interpersonales, lo cual a la vez genera más ansiedad, inseguridad y desvalorización personal, llevando a diversas organizaciones anormales de la personalidad. Además, los niños que fracasan tempranamente en la escuela, tienden a ser desertores escolares. Siendo la deserción escolar el común denominador de muchos problemas de Salud Mental, en el campo de Salud Pública, como es la drogadicción y alcoholismo de niños y adolescentes, embarazo precoz, delincuencia, prostitución, etc.

¿Tendrá su prevención, un impacto beneficioso sobre otros problemas?

Surge la necesidad de un tratamiento cuyo objetivo sea no sólo la reestructuración cognitiva y de reorganización de la información que se tienen del ambiente y de su significación, sino que también la reorganización emocional, de las relaciones interpersonales y de las posibilidades del aprendizaje.

Con estos objetivos se plantea un tratamiento en el cual se entreguen experiencias de aprendizaje de alto nivel, motivadoras y de acuerdo a la etapa evolutiva de los participantes, que permitan descubrir el placer que proporciona la lectura ayuda a garantizar, en algún grado, el empleo de este valioso instrumento de trabajo intelectual, que no sólo le permite al niño dominar el mundo exterior, sino también el mundo interior, siempre que aquello se ejerza de un modo personal y, por tanto, creativo.

MATERIAL Y METODO

La muestra seleccionada proviene de niños que consultaron en la Unidad de Psiquiatría Infantil, Consultorio Externo, de la Clínica Psiquiátrica Universitaria durante el período Marzo-Abril de 1991. Los diagnósticos fueron realizados por el equipo multidisciplinario, utilizándose para ello la observación clínica, estudios psicológicos y de Terapia Ocupacional.

Se trabajó con un total de 11 niños, divididos en dos grupos mixtos, grupo 1: Dos mujeres

y 3 hombres, con edades que fluctúan entre los 9 y 13 años, de los cuales, 4 provenían de un nivel socioeconómico medio y 1 niño de un nivel socioeconómico (NSE) bajo, grupo 2: Dos mujeres y 4 hombres, con edades entre los 9 y 11 años, de los cuales tres provenían de un NSE medio y tres de un NSE bajo con residencias en Aldeas S.O.S Todos los niños tenían en común un bajo rendimiento escolar con bajo nivel de lecto-escritura y un nivel intelectual dentro de límites normales.

Desde el punto de vista de la organización del desarrollo 8 niños presentaban uno o más Trastornos del Desarrollo, según, la clasificación de la GAP (Tabla 1).

	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	DIAGNOSTICO
PC	F	12	6º básico	Desarrollo anormal de Personalidad
VL	F	10	5º básico	Trastorno Específico del Aprendizaje Desfunción familiar
NN	M	11	6º básico	Trastorno Específico del Aprendizaje Déficit Atencional
DV	M	13	8º básico	Desarrollo anormal de Personalidad
EM	M	9	4º básico	Trastorno Específico del Aprendizaje Déficit Atencional
RP	F	9	3º básico (rep.)	Trastorno Específico del Aprendizaje Enuresis Primaria
MH	F	9	4º básico	Desarrollo anormal de Personalidad
JMR	M	10	5º básico	Trastorno Específico del Aprendizaje
VF	M	11	5º básico	Desviación Específica del Des. Afectivo
JM	M	10	4º básico	Déficit Atencional
CV	M	9	4º básico	Trastorno Específico del Aprendizaje

Los informes escolares de cada uno de los niños, previos al inicio del Taller, señalaban malas relaciones con sus padres, fracaso en el rendimiento escolar y en algunos casos destrucción, haciendo énfasis en las dificultades de lecto-escritura.

Con cada grupo se trabajó una sesión semanal, totalizando 6 sesiones con una duración de una hora y media cada una. Al término de cada sesión se evaluó al grupo y cada niño, en base a una pauta de observación de actitudes y conductas. Se utilizó una metodología con sesiones estructuradas, sistemáticas, siguiendo una secuencia determinada previamente pero lo suficientemente flexibles y libres, para que la persona explore y descubra por sí misma. Las terapeutas tenían un rol de guía para facilitar en los niños el descubrimiento, a través de la experimentación directa con la realidad, como una forma de integrar nuevas percepciones a la experiencia.

Se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Lograr una actitud positiva frente al rendimiento y en la situación de aprendizaje, mayor motivación e interés, y participación activa.
- Desarrollar relaciones interpersonales satisfactorias con el grupo de pares.
- Lograr un mejor procesamiento de la información verbal y escrita: Selección de la información esencial, comprensión, conceptualización.
- Desarrollar hábitos y métodos de estudio.

El Taller se llevó a cabo siguiendo un Programa previamente diseñado, utilizando en cada sesión diferentes técnicas, las que se exponen a continuación:

JUEGO: Es un trabajo grupal de tipo verbal que se realiza con el fin de favorecer la cohesión e integración grupal.

DISCUSIONES GRUPALES: Estas permiten la expresión de ideas y opiniones facilitando una comprensión de la experiencia y la contrastación de distintos puntos de vista.

MÉTODOS DE CREACION COLECTIVA DE CUENTOS: A cada integrante del grupo se le entrega una tarjeta que tiene escrita un tema que deberá desarrollar por escrito. Luego, se unen todas las ideas individuales para crear un cuento colectivo. El grupo discute un título, se da la posibilidad de un dibujo optativo y se imprime el cuento para ser entregado, a cada integrante en la sesión siguiente. El objetivo de esta técnica es desarrollar la fluidez y flexibilidad del pensamiento, la conceptualización, estimular la interacción y trabajo cooperativo.

MÉTODO DE ESTUDIO (ANÁLISIS DE TEXTO): Se selecciona un cuento para ser leído por el grupo, frente al cual se plantean preguntas de modo que la lectura sea para el niño un descubrimiento de nueva información, en el transcurso de la lectura se analiza y discute en relación a la comprensión del texto, las conclusiones que se dan son escritas

por uno de los niños, para ser leídas al finalizar el cuento. El objeto de esta técnica es que los niños aprendan a buscar, jerarquizar e inferir la información relevante, favoreciendo la comprensión lectora.

CREACION DE CUENTOS INDIVIDUALES: Cada integrante del grupo escribe un cuento de animales en el que se debe incluir títulos, trama y desenlace. Cada niño lee su relato y tiene la posibilidad de dibujar en relación a su propio cuento o el de otro niño. El objeto es facilitar la expresión de conflictos afectivos relacionales y estimular la capacidad creativa.

CREACION DE REPORTAJES: Consiste en crear un conjunto verbalmente, un reportaje de tipo periodístico, en el cual se van expresando ideas por asociación para luego unificarlas formando un reportaje. En un tipo de reportaje, "reportaje loco", los niños expresan alternadamente una idea lógica y una idea analógica.

En el "reportaje contemporáneo", se somete a discusión del grupo el acuerdo sobre un tema de actualidad, sobre el cual, cada integrante debe escribir, para finalmente armar un reportaje con todo el material escrito. El objetivo de esta técnica es estimular la asociación de ideas lógicas y analógicas, y contrastar puntos de vista.

Cabe señalar, que las técnicas se combinan en las diferentes sesiones.

Al finalizar el Taller se realiza una reunión con los padres con el objetivo de enseñar, mejorar y reforzar hábitos de estudio, a través de la exposición de un Video que muestra diferentes escenas de manejo de los padres frente al hábito de sus hijos, dando énfasis en la discusión grupal.

RESULTADOS

I.- Evolución Clínica:

En ambos grupos se vio que los niños evolucionaron desde actitudes competitivas falta de cooperación mutua y autocrítica hacia una actitud de mayor participación, motivación e interés. En un comienzo se observaron en ambos grupos burlas y conductas agresivas que evolucionaron hacia relaciones interpersonales satisfactorias, entendiéndose por ello, relaciones de respeto mutuo, cooperación, responsabilidad frente a sí mismos y los otros.

En relación al procesamiento de la información verbal y escrita, en un inicio en ambos grupos existen dificultades para buscar y jerarquizar la información relevante, con poca capacidad reflexiva, en el transcurso de la evolución se fue dando mayor fluidez y flexibilidad del pensamiento.

En ambos grupos se vio como los niños iban logrando mayor organización en su metodología de seleccionar la información, con mayor fluidez, favoreciendo la comprensión de la actividad que estaban realizando.

Sólo un niño de los 11 años, abandonó el taller literario a la segunda sesión y un niño mantuvo asistencia irregular.

II.- Análisis de contenido de los informes de los profesores (Criterio Externo)

1.- Actitud frente al rendimiento en clases:

En 10 niños se observó una actitud positiva frente al rendimiento, en el sentido de iniciativa, preocupación y responsabilidad.

En uno de 10 niños se mantuvo una actitud negativa frente al rendimiento escolar.

2.- Conducta:

Los 10 niños lograron comportamiento más adaptativo a la situación escolar, con participación durante las clases, realización de tareas solicitadas y cumplimiento de las normas disciplinarias del colegio.

Dos de 10 niños mantuvieron su conducta en el sentido positivo (estaban bien y siguieron bien).

3.- Área social:

Los 10 niños obtuvieron logros en la área social, en el sentido de establecer buenas relaciones con su grupo de pares participaron en actividades grupales con actitud respetuosa hacia esta.

4.- Área afectiva:

Los 10 niños mostraron preocupación por los problemas de los demás, tratando de superar sus limitaciones reconociendo sus errores y manifestando disposición de corregirlos.

III Análisis de la información de los padres:

1.- Interés en los estudios:

Los padres de 9 niños (de 10), comentaron mayor interés en los estudios realizando tareas escolares tempranamente y dando iniciativa en la preparación de "Pruebas o interrogaciones". Sólo un padre comenta que su hijo se mantuvo sin interés en los estudios.

2.- Comunicación familiar:

Los padres de 8 niños dijeron que estaban más comunicativos con ellos, y más adecuada la comunicación con sus hermanos. Los padres de 2 niños; comentan que

se había mantenido la misma comunicación en el sentido negativo para ellos (padres).

3.- *Relaciones interpersonales*

Todos los padres comentaron mejores relaciones interpersonales con su grupo de pares observada a través de actitud deferente y respetuosa con los niños del barrio, estableciendo una relación cordial, espontánea, alegre y de colaboración constante. Cabe señalar, que tanto los profesores como los padres, no informaron retrocesos de los niños en ninguna de las áreas observadas.

DISCUSION

En ambos grupos se observó un progreso importante en la mayoría de los niños, tanto en la apreciación clínica, como en los criterios externos de evaluación. Aquellos casos en que el progreso de los niños fue escaso, coinciden con desarrollo anormal de la personalidad tres casos y asistencia irregular en un caso. Pensamos que estos cambios positivos obedecerían a dos razones. En primer lugar, el haber realizado una actividad grupal en que se favorece la motivación y la integración social. El grupo terapéutico es una instancia importante de socialización, en la medida que: proporciona visiones alternativas; facilita la modificación de la visión del sí mismo y de los otros, al incorporar en forma positiva la información de otros miembros del grupo del terapeuta y de los demás. Así mismo el grupo favorece el proceso de diferenciación personal al permitir la expresión y la clarificación de intereses, motivaciones, sentimientos, emociones y el aprendizaje en un contexto de seguridad afectiva. La retroalimentación interpersonal dada por los otros miembros habría facilitado en los niños un mayor grado de comprensión de sí mismo y de su ambiente, lo que habría influido en el cambio del comportamiento de los participantes y en el modo de procesar la experiencia.

En segundo lugar la metodología planteada, promueve el desarrollo del pensamiento divergente, con lo cual los niños logran un mejor procesamiento de la información. al dar tareas cognitivas que desarrollan la flexibilidad y fluidez del pensamiento, se facilita en los niños, una mejor comprensión y conceptualización de la información, de modo que se elaboran nuevos esquemas cognitivos en relación al enfrentamiento de situaciones problemas, tales como los que se plantean en relación a la situación escolar. Es importante destacar el logro de los objetivos planteados en un corto plazo siendo necesario un seguimiento posterior.

En los casos de menor progreso, la terapia grupal aparece sólo como una parte del tratamiento integral, siendo necesario en algunos niños proseguir con tratamientos individuales y/o familiares.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL APRENDIZAJE. UN DESAFIO PARTICULAR PARA CADA NIÑO

Dra. Cecilia Breinbauer

Depto. Psiquiatría, Facultad de Medicina, Arca Norte.
Universidad de Chile

TRASTORNOS ESPECIFICOS DE APRENDIZAJE

"La dura prueba de aprender":

Las dificultades del APRENDIZAJE constituyen un frecuente problema para muchos educadores y padres, cuyos niños no logran un RENDIMIENTO escolar acorde con sus expectativas o a nivel de los propios esfuerzos que hacen para aprender.

Esta situación hace recurrir con demasiada frecuencia a los especialistas, pensando que ellos serán los que solucionen todas las dificultades que presentan los escolares, la mayoría de los alumnos que recurren a estos servicios, públicos o privados, está formada por niños que presentan leves alteraciones en el ritmo de su desarrollo cognitivo, verbal o psicomotor, sin caer dentro de las categorías diagnósticas de retardo mental o de trastornos específicos del aprendizaje. Muchos de ellos sólo presentan lentitud para aprender, lo cual hace que siempre queden rezagados de sus compañeros, transformándose en un problema crónico tanto para el profesor del curso como para sus padres.

El sistema escolar actual no aparece plenamente preparado para afrontar con éxito la enseñanza de niños con disparidades en su desarrollo intelectual o físico, dentro del contexto de una educación común. Cada niño que ingresa a la escuela presenta características psicológicas-cognitivas y emocionales diferentes, originadas en diferencias familiares, económicas, culturales o sociogeográficas. Ellos encuentran en las escuelas un sistema de enseñanza común, bastante uniforme y predeterminado, dado por maestros que han sido formados para enseñar cursos de niños con características psicológicas promedio, que no presenten desviaciones ni alteraciones en su desarrollo, que tengan un nivel maduracional equivalente y cuyo aprendizaje siga una velocidad sincrónica. En otros términos, la mayoría de los maestros ha recibido una formación destinada a la enseñanza de niños "normales", los que constituyen más bien un modelo teórico que una realidad pedagógica.

Este contraste entre el modelo escolar teórico y la realidad psicológica, provoca un desajuste entre el nivel de exigencias escolares y el rendimiento efectivo de los alumnos, que fácilmente desemboca en una evaluación de FRACASO ESCOLAR. Esto se puede apreciar al revisar las altas tasas de repitencia y deserción escolar durante los primeros años de enseñanza básica, que muestra que alrededor del 50% de los niños que ingresan a la escuela en 1º básico han desertado en 8º básico y aproximadamente un 80% de los escolares chilenos repiten al menos un curso durante su escolaridad. Ambos problemas se han pretendido explicar en un alto porcentaje por dificultades de aprendizaje. Es así también, como datos de sector salud indican que un 30 a 60% de las consultas en los servicios de psiquiatría infantil se deben a problemas de RENDIMIENTO escolar.

Peró habría que preguntarse: "fracaso escolar" ¿de quién?

Fracaso escolar de un niño que es lento o que tiene algunas alteraciones específicas de su desarrollo, que interfieren un ritmo de enseñanza común o un fracaso escolar de un sistema que no está preparado para adaptarse a la realidad psicológica de los niños que recibe. Este punto es importante, pues se tiende a confundir las diferencias en el desarrollo interindividual o las anormalidades, que se perciben a partir de un modelo teórico de "normalidad", socioculturalmente definido, con "patología" y desviar fácilmente a muchos niños del sistema escolar común hacia el subsistema de educación especial o diferenciada.

Una evaluación diagnóstica oportuna de las dificultades escolares de cada niño, iniciada en el contexto de la sala de clases por sus propios profesores y una alta flexibilidad curricular para enfrentar las diferencias individuales, psicológicas y socio-culturales, puede constituir una estrategia más adecuada para enfrentar estos problemas, sin sobrecargar el subsistema de educación especial o de grupos diferenciales y sin expulsar solapadamente a los niños lentos mediante el recurso de colocarles bajas calificaciones y hacerlos repetir de cursos.

Antecedentes históricos:

La denominación "dislexia" fue introducida por Berlín, en Alemania, en 1887, en una monografía titulada "Un tipo especial de ceguera verbal: Dislexia", a raíz de una descripción de 6 casos de pacientes adultos que presentaban un decaimiento progresivo en la capacidad de leer.

Sin embargo, esta primera designación nada tiene que ver con el trastorno similar descrito en niños, donde el mérito correspondería a autores ingleses a fines del siglo XIX. Hinshelwood efectuó algunas publicaciones sobre "ceguera verbal" y memoria visual para palabras", que estimularon a Murgan a comunicar un caso de un muchacho de 14 años cuya única alteración era la incapacidad para aprender a leer y que "hubiera sido brillante si la enseñanza fuera sólo oral". En 1901 Nettleship prefirió denominar al problema como "incapacidad para aprender a leer". Comenzó con esta proposición un

largo proceso de sustitución de denominaciones que no ha terminado aún. Dentro de los antecedentes históricos destaca también la participación de Wernicke, quien fue crítico hacia el sistema educacional en 1903, señalando: "Existe la marcada tendencia entre padres y maestros a considerar a todo niño que disponiendo de un aparato visual normal, no aprende a leer, como dotado de muy escasa inteligencia... No aprendiendo a leer el niño queda indefinidamente en los primeros grados y por esto, al cabo de unos años se una al defecto congénito la falta de instrucción correspondiente a la edad, haciendo así cada vez menos marcada la diferencia entre éstos niños y los faltos de inteligencia". Agrega algunas consideraciones sobre las dificultades que tienen los maestros para distinguir el defecto entre la cantidad de alumnos a los que no pueden considerar individualmente con la debida detención. Fuera de una profusa sinonimia, la denominación de "dislexia" comenzó a utilizarse frecuentemente en la década de 1920, en especial en trabajos de franceses, suizos y escandinavos. Apert y Potzl entrevistaron la dislexia como un retraso del desarrollo más bien de tipo funcional y comenzó a emerger el concepto de "laguna madurativa" para explicar la dislexia. Posteriormente Herrmann, como resultado de investigaciones clínicas, llegó a la conclusión del papel significativo de las alteraciones gnósicas en las dificultades del aprendizaje de la lectura. Como consecuencia de las progresivas investigaciones en éste campo, en América Latina se realizaron 2 congresos iniciales hispanoamericanos, sobre alteraciones del aprendizaje de la lectoescritura. El primero de ellos fue en 1971, en Viña del Mar y el segundo en 1974, en México.

Clasificación:

Si bien ya se comenzó a plantear el término de "dislexia" a fines del siglo pasado, es en éste siglo coincidiendo con la importancia creciente que la información y los esfuerzos por lograr la alfabetización completa de los pueblos, cuando aparece una progresiva preocupación por los trastornos específicos del aprendizaje. Sin embargo, algunos autores cuestionando en la actualidad la validez de incluir estos trastornos dentro de una clasificación psiquiátrica, ya que estos se ponen en evidencia exclusivamente frente a los requerimientos sociales académicos a los cuales los niños se ven sometidos. Si los menores no se ven enfrentados a éstas demandas, el trastorno del desarrollo pasa desapercibido (ej. expresión de disgrafía desaparece al escribir en computador, los problemas de disortografía se solucionan gracias a programas computacionales de ortografía, etc) Por otra parte, es la significación social que tiene la lectura y escritura, la que ha determinado que las dificultades en éstas áreas pasen a tener relevancia que han adquirido dentro de las clasificaciones, y no lo tengan así por ejemplo las dificultades en la habilidades académicas para la gimnasia o la música. En la historia hay ejemplos de "disléxicos" como Einstein, en quien cabría preguntarse si habría valido rotularlo de portador de un "trastorno psiquiátrico".

El Dr. Luis Bravo (1990) plantea como conveniente dividir las dificultades de aprendizaje en: 1.- Problemas Generales del Aprendizaje y 2.- Trastornos Específicos del

Aprendizaje. Aunque ambos tipos de deficiencias no son excluyentes, requieren un tratamiento psicológico y educacional diferente.

Problemas Generales del Aprendizaje: Se manifiestan a través de un retardo general de todo el proceso del aprendizaje. Estos niños se caracterizan por presentar un conglomerado de dificultades leves: inteligencia límite, retardo del lenguaje, retardo perceptivo y retardo psicomotor. Predominan en los grupos socioculturales deprimidos, y tienen alta incidencia de fracaso escolar en los primeros años básicos. Son considerados escolares de aprendizaje "lento o límite".

Trastornos Específicos del Aprendizaje: Es propio de un niño con inteligencia alrededor de lo normal, que carece de alteraciones sensoriomotrices o emocionales serias, vive en un ambiente sociocultural, familiar y educacional satisfactorio, pero no logra un nivel de rendimiento escolar normal para su edad, caracterizándose por cometer errores o tener dificultades delimitadas a ciertas áreas del aprendizaje, que se manifiestan reiteradamente, y que no se solucionan con los métodos de enseñanza corrientes.

Inicialmente, estos tipos de dificultades académicas fueron descritas sobre la base del desorden primario de la habilidad, por ej., los desórdenes de la lectura se llamaron dislexia, los de la escritura se llamaron disgrafía, y a los desórdenes del cálculo se les llamó discalculia.

Los autores norteamericanos han optado, a diferencia de los europeos, por referirse al problema no como "dislexia", sino como "trastornos o dificultades de aprendizaje", los cuales se encuentran definidos en una ley pública para la educación de niños con dificultades. Sin embargo, el DSM III-R menciona este trastorno dentro de los desórdenes específicos del desarrollo, agrupándolos bajo "desórdenes de habilidades académicas", donde considera:

- a.- Desorden del desarrollo aritmético
- b.- Desorden del desarrollo de la escritura expresiva
- c.- Desorden del desarrollo de la lectura

Los clínicos norteamericanos suelen usar la codificación del DSM III-R, pero recurren al término de trastornos de aprendizaje cuando interactúan con la familia o el sistema escolar. La definición de los desórdenes específicos del desarrollo del DSM III-R difiere en un aspecto sustancial de la definición educacional, la cual define al individuo como de inteligencia al menos promedio, en cambio la definición clínica se ala que se debe plantear el diagnóstico en el niño que desarrolla habilidades académicas por debajo de su potencial intelectual, aunque el individuo posea un retraso mental.

Prevalencia: La prevalencia verdadera de los trastornos de aprendizaje es desconocida

debido a la falta de homogeneidad en los criterios diagnósticos de los diferentes estudios. Sin embargo el porcentaje estimado de personas afectadas por este trastorno oscila entre un 5% - 10%. La prevalencia más baja, estimada en base a estudios con criterios muy estrictos, oscila entre un 2% a un 5%. Por otra parte los estudios han mostrado consistentemente una prevalencia aumentada en varones, con una razón de 3:1 hasta 5:1. Recientemente se ha planteado que esta diferencia podría ser explicada por las vías de referencia. Debido a que los hombres externalizan su conducta más fácilmente, es más probable que sean derivados para ser estudiados. Las mujeres parecen ser más tolerantes a los déficits en las habilidades de escritura y lectura, y con menor impacto emocional. Johnson y Blalock (1987) no han encontrado diferencias cognitivas específicas o patrones de problemas entre ambos sexos. En estudios de comorbilidad se ha encontrado que el desorden más frecuentemente asociado a los trastornos de aprendizaje es el desorden de déficit atencional hiperactivo. Se ha encontrado que entre el 20% al 25% de los niños con trastornos de aprendizaje presentan este desorden.

Proceso de aprendizaje de Lectura y Escritura: La lectura y escritura constituyen una forma de comunicación bastante compleja, ya que implica, además de reconocer y discriminar signos gráficos, asociarlos a un determinado sonido y darle significado a lo impreso. El sistema gráfico, debe corresponderse con el sistema oral, ya que el habla es anterior a la escritura. La estructura del lenguaje oral determinará en gran parte la estructura del lenguaje escrito. El proceso lector será así, la codificación del lenguaje natural.

En el aprendizaje de la lectura y la escritura hay una etapa de discriminación entre los signos gráficos, que es una tarea perceptivo-visual, en que deben identificarse las características esenciales y accesorias de cada letra, diferenciándola del resto. Esta es una tarea compleja, ya que muchas letras son similares en forma y más aún algunas, como la b-d, p-q, tienen la misma forma con diferente orientación espacial.

Desde el punto de vista del aprendizaje, hay que efectuar una tarea de diferenciación y generalización, que implica ser capaz de realizar un análisis muy fino de cada letra, percibiéndola en forma analítica para identificar sus rasgos distintivos. Así, se requiere un buen desarrollo de las funciones analíticas del pensamiento y funciones de discriminación perceptiva, orientación temporal y espacial.

En forma simultánea, el estímulo gráfico se va asociando con la respuesta vocal apropiada, tarea que se hace compleja al existir letras acústicamente próximas; lo que requiere de un buen desarrollo de los aspectos fonológicos de habla (pronunciación, articulación de los sonidos) y de la percepción auditiva.

El significado de cada letra depende de su relación con otra, en la sílaba, en la palabra.

La letra es parte de una secuencia que sigue reglas morfológicas, sintácticas y semánticas propias de cada idioma; por lo tanto, las inversiones de letras dentro de la palabra o de las palabras dentro de las frases cambia su significado.

Así, la lectura con significación depende en gran medida del manejo de las reglas lingüísticas y del vocabulario previo de la persona, como también de la capacidad cognitiva para comprender y manejar conceptos abstractos. La no comprensión de términos, ya sea por falta de experiencia lingüística o por déficit cognitivo, llevará a una comprensión deficitaria de lo leído.

En síntesis, para aprender a leer y a escribir se requiere del buen desarrollo de funciones cognitivas, como la memoria y el pensamiento, lenguaje, funciones perceptivo-motoras y también afectivas, ya que el interés, la motivación y la satisfacción emocional con que cada niño enfrenta este aprendizaje, son determinantes para el resultado de este proceso.

Cuadro clínico: La característica que suele destacar más es el retraso y la dificultad con que se desarrollan la lectura, la escritura y la ortografía, así como la capacidad de utilizar estas habilidades en la práctica aunque sea en forma rudimentaria: leer, comprender un texto fácil, resumirlo, escribir un mensaje sencillo, una carta, etc.

Al comienzo del aprendizaje no consiguen aprender las letras: cuando parecen saberlas las olvidan con facilidad o las confunden con otras, especialmente con sus simétricas: por ejemplo b y d, p y q. Cuando aprenden las letras experimentan dificultades en formar sílabas con ellas y luego palabras. Cuando consiguen deletrear o silabear, el trabajo de descifrado de los signos escritos absorbe tanto su atención que no llegan a entender las palabras que leen, y cuando llegan a leerlas con fluidez, no suelen comprender las frases aunque sean sencillas en relación a su nivel de comprensión. Cuando leen ya bastante rápido, con frecuencia se trata de un silabeo rápido. Sin embargo a menudo leen en forma lenta, claramente silabeante, con vacilaciones, detenciones y errores, consistentes en confusiones de consonantes, inversiones del orden de las sílabas, etc. No suelen respetar la entonación ni dar entonación a la lectura, lo cual la hace difícilmente comprensible a quien escucha. También a ellos les resulta difícil comprender lo que leen, tanto si lo hacen en voz alta como en silencio. Esto les hace enormemente trabajoso seguir el ritmo escolar.

La escritura suele también aprenderse con lentitud paralela. El grafismo suele ser infantil, poco evolucionado en relación a la edad del niño y al tiempo de aprendizaje, poco hábil, indeciso, anguloso y muchas veces confuso. Suele estar también plagado de errores y correcciones, lo que convierte al texto en virtualmente ilegible. A estos niños les cuesta desarrollar una noción clara de palabra, por lo que en su escritura suelen partirlas y unirlas con un criterio completamente arbitrario.

En resumen, es como si estos niños se detuvieran en las primeras etapas del aprendizaje de la lectura y escritura y no consiguieran asimilar y automatizar estas habilidades, aunque se les proporcionara suficiente enseñanza y entrenamiento.

Además en la lectura y escritura de algunos niños se observa un tipo de errores que han sido considerados específicos por algunos autores. Esta situación también puede presentarse en niños normales, pero en este caso, las confusiones no son sistemáticas, por el contrario, son ocasionales, y los niños las corrigen rápidamente, quedando enfrentados ya solamente a las dificultades de la ortografía arbitraria, característica de cada idioma (ej. v y b; z, s y c; etc). En cambio en los niños con trastornos específicos del aprendizaje, los errores son frecuentes, sistemáticos y persistentes.

Estos errores consisten en:

- 1.- Escritura en "espejo", en grafismos aislados (números o letras), sílabas o palabras. Las confusiones de grafismo más frecuentes son las con el signo aproximadamente simétrico, por ejemplo: E y 3, 5 y 2, p y q, b y d. También n y m, a y o.
- 2.- Confusiones auditivas de letras, sílabas o palabras (d por t, p por b).
- 3.- Inversiones de letras, sílabas o palabras (sol y los, lata y alta).
- 4.- Omisiones de letras, sílabas o palabras (tebol y trébol, tabamo, gritabamo)
- 5.- Adiciones de letras, sílabas o palabras (pájaro y paja)
- 6.- Sustituciones de letras, sílabas (gorro por sombrero; andado por soldado)

Errores específicos en la Escritura:

- 1.- Ligazón de palabras ("Lacasa", "Conmitia")
- 2.- Disociaciones de palabras ("Mo nitos")

Psicopatología a la base del cuadro clínico: Al analizar como se aprende y cuales son las funciones psicológicas implicadas en dicho aprendizaje, es más fácil entender como y por qué se altera este proceso y por qué los fracasos en el aprendizaje de la lectura y escritura pueden deberse a múltiples factores. En realidad, esta dificultad para aprender es un síntoma o una manifestación de una psicopatología subyacente, que es esencial aclarar y analizar para poder determinar las estrategias terapéuticas y educativas.

La evaluación del aprendizaje está basada en los pasos que se presume sigue el cerebro para ello. La primera tarea que el niño debe realizar es recibir la información y guardarla en el cerebro (input). Una vez guardada, esta información debe ser manejada de tal manera de que pueda ser entendida (integración). El tercer proceso es el almacenaje y recuperación (memoria). Finalmente la información debe ser comunicada desde el cerebro (output).

Los trastornos del aprendizaje se definen en base a este modelo de "input-integración-

memoria-output", dentro del cual cada paso puede estar alterado o no, y por eso es importante analizarlos por separado:

Trastornos en el "input": Este proceso consiste en la percepción. Un niño puede tener un trastorno en la percepción visual o en la percepción auditiva.

Un trastorno en la percepción visual puede consistir en la dificultad para distinguir diferencias sutiles en las formas (percibir mal la d y la b, o la p y la q, o el 6 y el 9). También puede tener dificultades en las tareas de "figura-fondo", es decir no ser capaz de focalizar sobre el estímulo relevante en un campo de visión. El enjuiciamiento de la distancia y de la profundidad es otra tarea perceptiva visual.

Un trastorno en la percepción auditiva puede consistir en la dificultad para distinguir diferencias sutiles en los sonidos, lo puede conllevar a entender mal lo que se ha dicho. Existen muchas palabras que suenan parecido (ej. junio y julio). Algunos individuos tienen dificultades en focalizar la atención y escuchar a algunos sonidos en particular cuando existen otros de fondo. Algunos niños y adolescentes no pueden procesar las percepciones auditivas en forma rápida y pareciera que ellos tienen que pensar acerca del sonido que escucharon antes de entender lo que se dijo.

Trastornos en la "integración": Se requiere al menos tres pasos para entender lo que se ha guardado en el cerebro. Los estímulos individuales deben ser secuenciados en forma correcta, luego deben ser entendidos en el contexto en que fueron usados (abstracción), y finalmente organizados con todos los otros estímulos en un concepto. Se puede tener un trastorno de la integración en cada una de estas áreas: secuenciación, abstracción, y organización.

Los trastornos en la secuenciación pueden dar como resultado confusiones individuales de los inputs, por ejemplo, escribir 21 en vez de 12, o "sol" en vez de "los, o mezclando partes de una palabra y dejando de pronunciar otras. Un niño puede también tratar de explicar algo pero partir desde la mitad, luego ir al comienzo, y después al final. Pueden memorizar los meses del año por ejemplo, pero ser incapaces de decir cual viene después de un mes sin tener que empezar desde Enero.

Un trastorno en la abstracción puede evidenciarse en la dificultad para captar el significado correcto de una palabra basado en el modo en que fue usada. Estos individuos pueden tener dificultades en generalizar a partir del uso de una palabra o concepto específico. Ellos suelen olvidar el significado de bromas, refranes o conceptos en otro idioma. Pueden llegar a parecer paranoídeos al interpretar lo que otros les dicen en una forma mas concreta que la que se ha pretendido.

Los trastornos en la organización pueden dar como resultado la dificultad en colocar

múltiples partes de una información en un concepto completo. Estos niños y adolescentes pueden aprender hechos individuales pero no son capaces de integrarlos en un concepto global. Esta "des-organización" puede evidenciarse en otros aspectos de su vida también, por ejemplo, en sus cuadernos o en su escritorio, así como en la dificultad de organizar su tiempo o planificar sus actividades.

Trastornos en la memoria: Los niños y adolescentes con trastornos del aprendizaje habitualmente tienen una excelente memoria a largo plazo y pueden retener la información una vez que la han guardado. Sin embargo ellos pueden tener dificultades en la memoria de corto plazo, en la habilidad de concentrarse en la información y guardarla. Ellos pueden aprender la información mientras le prestan atención pero no retienen esta información una vez que han dejado de dedicarle atención. Estos alumnos requieren muchas más repeticiones para procesar la información en memoria de largo plazo que el promedio de los estudiantes. Un individuo así mismo podría tener un déficit en la memoria visual o en la memoria auditiva de corto plazo.

Trastornos en el "output": Uno podría tener dificultades en extraer la información del cerebro a través de la comunicación oral (déficit lingüístico) o a través del uso de los músculos (déficit motor), o por dificultades en ambas áreas. Los individuos con déficits lingüísticos tienen dificultades en organizar sus pensamientos y encontrar la palabra correcta al hablar, lo cual se hace más evidente cuando deben responder a una pregunta o se les pide que hablen sin estar preparados. Los déficits motores finos suelen estar relacionados con la escritura, habilidad que requiere la coordinación de grupos de pequeños músculos.

Cada individuo con trastorno del aprendizaje va a tener su propio perfil de funciones comprometidas, déficits en una o varias de las áreas descritas. No existen individuos estereotipados, cada uno debe ser evaluado y entendido en forma individual.

Se han descrito así muchas teorías explicativas que buscan dar cuenta del fenómeno disléxico, las cuales se podrían reducir a dos grupos: las que privilegian las funciones perceptivo-motoras y las de tipo lingüístico. Las primeras responsabilizan a funciones del tipo discriminación perceptiva, orientación espacial y temporal e integración perceptiva de las dificultades en la diferenciación y organización de los signos gráficos. Las segundas enfatizan los problemas de tipo verbal o lingüístico y explican las dificultades lectoras por déficits en algunos aspectos fonológicos, sintácticos y semánticos del lenguaje, lo que provoca dificultad en la codificación y descodificación de los signos gráficos. Estas teorías no son excluyentes, ya que en la práctica clínica se ve que estas alteraciones se combinan de distinta forma en cada niño, dando diferentes cuadros clínicos. Existen niños con trastornos fundamentalmente de tipo perceptivo-motor, otros con dificultades de lenguaje, o con una combinación de ambos; con distinto tipo de compromiso cognitivo y repercusión diversa en lo emocional.

Etiología: A este respecto algunas hipótesis han tratado de buscar alguna explicación neurológica para los trastornos del desarrollo del aprendizaje. En estudios recientes (Galaburda 1985), en base a análisis microscópico de cerebros de individuos con dislexia, se ha demostrado hallazgos similares: ectopias neuronales, displasias corticales y polimicrogiria, localizados predominantemente en el hemisferio izquierdo, alrededor de la cisura silviana izquierda. Estos hallazgos fueron interpretados como anomalías de la migración neuronal, durante la 16-24 semana de gestación.

Se han hecho numerosos estudios respecto a las dificultades prenatales y su posible relación con déficits motores o cognitivos posteriores. Sin embargo no se ha logrado establecer aún una clara correlación con los trastornos específicos del aprendizaje. Solamente se ha encontrado una relación con el consumo de tabaco o alcohol durante el embarazo.

Otras hipótesis han destacado factores etiológicos constitucionales o genéticos, basándose en la evidencia de que hay un mayor número de niños que niñas afectados, y en que los trastornos de lectura ocurren más frecuentemente en mellizos y en parientes cercanos, que en la población general. Recientemente algunos estudios muestran la localización tentativa de un gen específico en el cromosoma 15 en miembros de familias con historia de trastornos de lectura.

Diagnóstico diferencial: Los fracasos en el aprendizaje de la lectura y escritura pueden deberse a múltiples factores que son necesarios descartar antes de plantear el diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje.

Entre ellos es necesario considerar problemas de salud física general, que pueden impedir al niño enfrentar la tarea del aprendizaje en buenas condiciones, al no lograr la atención y concentración necesarias, problemas sensoriales o motores, tales como la hipoacusia, disminución de la capacidad visual e impedimentos motores y retrasos intelectuales severos en los que el niño carece de las habilidades cognitivas necesarias para lograr este aprendizaje. Es evidente también, que niños con problemas emocionales severos, pueden presentar dificultades para aprender al no tener la disposición afectiva adecuada que este proceso requiere. Hay un grupo importante de niños que fracasan en el aprendizaje, por no tener el desarrollo psicológico necesario para iniciar el aprendizaje formal. Estos son los niños denominados con falta de "madurez escolar", que implica no haber logrado el desarrollo cognitivo, perceptivo, lingüístico y/o afectivo requerido a la edad de 6-7 años, en que tradicionalmente se inicia el aprendizaje de la lectura y escritura.

Además de los problemas de inmadurez psicológica pueden retrasar el aprendizaje de lectura y escritura, problemas de índole social, tales como ausentismo escolar, falta de experiencia o de estimulación psicosocial adecuada.

Podemos observar también retardos lectores por fallas en la metodología de la enseñanza de la lectura y escritura, o bien por la utilización de métodos que enfatizan ya sea aspectos perceptivos, o por el contrario, aspectos lingüísticos (métodos fonéticos vs. métodos globales). La utilización exclusiva de un método u otro puede provocar problemas en el proceso de adquisición de la lectura a algunos niños, ya que si el niño sólo aprende a través de la estrategia global (palabra completa) y no utiliza los sonidos asociados con los caracteres alfabéticos para ayudarlo a decodificar nuevas palabras, está sobrecargando sus posibilidades de memoria visual, pudiendo ello provocar dificultades a niños que presentan problemas para atender, concentrarse y memorizar. Por otra parte, cuando los niños se basan exclusivamente en el método alfabético o fonético y no utilizan claves visuales, lingüísticas y contextuales para identificar las palabras, pueden presentar dificultades para leer con fluidez y para comprender lo leído, sin embargo adquieren con mayor facilidad el mecanismo mismo de la lectura.

Diagnóstico: La gran complejidad del problema hace enfatizar la necesidad de un diagnóstico acucioso realizado por profesionales especialistas. Este proceso parte por realizar una historia clínica completa y detallada.

En ella es importante determinar los contenidos del motivo de consulta, que permitan ir delimitando la sintomatología propia del trastorno, así como sus consecuencias emocionales, las expectativas de los padres y el estilo de relación que establecen con el niño afectado, etc. También es importante recoger los antecedentes familiares de trastorno específico del aprendizaje, ya que existen un componente hereditario significativo. Numerosos estudios han encontrado una alta incidencia de T.E.A. (aproximadamente un 45%) en familiares de primer grado de dichos niños. Dentro de los antecedentes personales del niño, debe recogerse información de los períodos pre-peri y postnatal, así como características del desarrollo en las distintas áreas: cognitiva, lenguaje, psicomotricidad y afectivo social. Frecuentemente se encuentra que estos niños en la etapa preescolar ya presentaban una maduración disarmónica, con déficits en el área lingüística y/o en el área perceptivo-motora, que pasaron desapercibidas hasta la etapa escolar. La información relacionada con la escuela es una contribución esencial al diagnóstico. Es importante obtener una historia curso por curso, cambios de colegio y sus razones, etc. Esta información debe ser complementada con un informe escolar actualizado.

El examen individual del niño incluye una evaluación clínica de las distintas áreas del desarrollo, así como una valoración de su nivel funcional de lectura (fluidez, comprensión, errores específicos), escrituras y cálculo, y su compromiso afectivo frente al rendimiento.

Es posible precisar aún más el diagnóstico a través de pruebas estructuradas. Dentro de

éstas se incluyen la realización de WISC-R y test de Illinois o prueba de habilidades psicolingüísticas.

Tratamiento: El enfoque terapéutico debe incluir al niño, la familia y la escuela, con una visión integral del problema.

Algunos autores plantean que como primera medida se debe trabajar con la familia del niño, especialmente con los padres, adecuando expectativas y mejorando los estilos de relación.

Se requiere además la utilización de métodos pedagógicos especializados de la enseñanza de lectura y escritura, y métodos de tipo lingüísticos, perceptivo-motores y/o cognitivos para el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas a la base. La tendencia actual es que el niño se integre a la educación regular y permanezca en su colegio con ayuda especializada en otro horario o fuera del él. El sistema educacional debe adecuarse para satisfacer las necesidades de éstos niños y lograr su óptimo desarrollo. Esto incluye por ejemplo, que se les realiza evaluaciones diferenciadas.

En algunos casos es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas para la modificación de los problemas afectivos secundarios.

La no realización de un tratamiento especializado lleva al fracaso del niño en su escolaridad, con el consiguiente menoscabo del desarrollo personal, ya que se ha visto que estos niños no tratados a tiempo presentan una baja autoestima, un mal concepto de sí mismos, poca confianza y sentimiento negativo frente a la realidad.

Pronóstico: Es variable, dependiendo de la edad de detección del problema, del tipo de alteración subyacente y de la adecuación del proceso terapéutico. Para algunos autores, este desorden persiste a lo largo de la vida, pero con una detección precoz y tratamiento adecuado pueden aprender a compensar estas dificultades de aprendizaje. Si los trastornos de aprendizaje no son detectados y tratados precozmente el pronóstico se vuelve pobre. Los diversos estudios realizados señalan que en la adolescencia se pueden ver una mayor tasa de problema emocionales, cuadros depresivos, intentos de suicidio, trastornos conductuales, desarrollo anormal de personalidad.

En síntesis, los trastornos específicos del aprendizaje constituyen un desafío, particular en cada niño, al cual se vean enfrentados profesores, padres y múltiples especialistas, con quienes el escolar y su familia pueda tomar contacto inicialmente: Neurólogos, Psicólogos, Psicopedagogos, Psiquiatras Infantiles u otros. El conocimiento actualizado de este tipo de trastornos ayuda a buscar precozmente un diagnóstico particular y un abordaje integral de sus dificultades.

REFERENCIAS

- 1.- Silver. Development learning disorders.
En: Lewis, Child and adolescent psychiatry.
Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA, 1991.
- 2.- Shepherd, Silver, Charnow.
En: Garfinkel, Carlson and Weller. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Saunders Company. Philadelphia, USA, 1990.
- 3.- Schwartz, Johnson.
Psychopatología de childhood. Intellectual and cognitive disorders. Learning disabilities.
Pergamon Press, England, 1985.
- 4.- Rourke, Young, Leenars. A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicid risk. Journal of learning Disabilities, 1989, 22.
- 5.- Bravo L. Psicología de las dificultades del aprendizaje escolar.
Editorial Universitaria. Santiago Chile, 1990.
- 6.- Torres de Bea E. Dislexia. Ed. Pediátrica, Barcelona, 1977.
- 7.- Sepúlveda G., Skoknic V. Dislexia. Un enfoque psicológico.
Revista Creces, 1988, 9.

ACTIVIDADES DE CENTROS ASISTENCIALES

EL INSTITUTO DE NEUROCIRUGIA ALGO SOBRE SU HISTORIA Y TRABAJO CLINICO QUIRURGICO

El Instituto de Neurocirugía e Investigación Cerebrales nació oficialmente el 20 de Octubre de 1939, sin embargo, su gestación se remonta a varios años antes, cuando el Dr. Alfonso Asenjo, Cirujano del Hospital del Salvador, solicita y obtiene una comisión de servicio para estudiar en Europa una especialidad hasta entonces desconocida en Chile: La Neurocirugía, luego de tres años, el Dr. Asenjo regresa a Chile y asume la Dirección del Servicio de Neurología que inicia sus actividades en Febrero de 1940 en el Hospital del Salvador. Trabajando con horario completo, se inicia una triple función Asistencial, Docente y de Investigación. Desde 1952, el I.N.C. Ocupa el actual edificio, construído ex profeso para el desempeño de los diferentes Departamentos que lo integran.

Su actual Director es el Dr. Pablo Donoso. El Cuerpo Médico está constituído por 21 Neurocirujanos, 3 Neurólogos, 1 Neurólogo Infantil, 1 Electroencefalografista, 3 Neuro-Radiólogos, 2 Médicos de Medicina Nuclear, 1 Otoneurólogo, 2 Neuro-Oftalmólogos, 1 Neuropatólogo, 7 Anestesiastas. Completan la dotación de profesionales 29 Enfermeras, 3 Nutricionistas, 1 Bioquímico, 8 Kinesiólogos, 7 Tecnólogos Médicos, 3 Terapeutas Ocupacionales, 2 Asistentes Sociales, 1 Psicólogo, 1 Fonoaudiólogo.

La atención intramural se efectúa con dos equipos de Neurocirujanos de Adultos y un equipo de Neurocirugía Infantil.

Los equipos de urgencia se constituyen por turnos rotativos que solucionan las emergencias médicas o quirúrgicas inmediatas de la especialidad. Las operaciones quirúrgicas programadas se planifican con 24 horas de anticipación, discutiéndose en detalle cada caso en particular.

La dotación de camas es de 150, distribuídas en sectores de hombres, mujeres, niños, post-operados, U.C.I. y pensionado.

Al servicio de Neurocirugía Infantil le corresponden 33 camas y cuenta con 4 Neurocirujanos Infantiles. Se ocupa de resolver patologías como Tumores Cerebrales, Hidrocefalias, Craneosinostosis, Cirugía Craneofacial, Malformaciones del SNC, Patología Vascular y otros. Participa también en forma cooperativa en el programa de Cirugía de la Epilepsia.

Desde hace 3 años y producto de una necesidad evidente, se formó un grupo de apoyo al paciente pediátrico hospitalizado. Este grupo multiprofesional, cumple funciones de trabajo permanente con los niños y sus padres.

El Depto. de Electroencefalografía atiende consulta externa de Epilepsias refractarias en estudio prequirúrgico y realiza un promedio anual de 4500 E.E.G. en pacientes hospitalizados y ambulatorios. En casos especiales se hacen monitoreo E.E.G. en T.V. y Electrocorticograma intraoperatorio.

Los avances técnicos han permitido al Servicio de Medicina Nuclear realizar exámenes de Cintigrafía (Cerebrales, Renales, Osea) Gamaencefalografía, Valvulografía, SPECT. El servicio de Neuroradiología cuenta con un Scanner de IV generación el cual funciona en forma continua por 24 horas. También se realizan otros exámenes como Mielografías, Ecografías, Angiografía Cerebral y procedimientos de Neuroradiología intervencionista.

Contando con un número de becados nacionales y extranjeros que rotan en forma permanente, con el apoyo docente de la U. de Chile y con una enriquecida Biblioteca, este hospital, donde los punteros del reloj parecen avanzar más rápido, donde los recursos siguen siendo escasos, donde el dolor está demasiado cerca, se preocupa de mejorar los lugares más ocultos del cerebro, y a veces, también los del corazón.

Dra. Lilian Cuadra O.
Neuróloga Infantil
Instituto de Neuro-Cirugía

AREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Hasta 1963, el centro asistencial base del área suroriente de Santiago era el Hospital Alejandro del Río, ubicado en la ciudad de Puente Alto. El edificio que actualmente constituye el block central del Hospital Sótero del Río, era un Sanatorio para enfermos tuberculosos llamado "El Peral". El establecimiento que ahora ocupa el Centro Pediátrico, en ese tiempo pertenecía a una fundación privada, denominada Josefina Martínez de Ferrari en homenaje a su benefactora, y estaba dedicada al cuidado de niños con enfermedad tuberculosa.

En el año señalado, el Sanatorio "El Peral" se transforma en Hospital General, cuyo Servicio de Pediatría queda inicialmente inserto en el edificio central. En 1975, por un convenio suscrito entre la Fundación Josefina Martínez y el entonces Servicio Nacional de Salud, Pediatría se traslada al establecimiento ocupado por dicha fundación, la que

mantiene durante algunos años a sus pequeños pacientes en un sector del edificio, yéndose luego a otro inmueble construido para tal efecto.

De este modo, se consigue una notable mejora en la planta física del Servicio, y se impulsa el desarrollo de nuevas especialidades. Hasta ese momento, sólo existían Neurología y Hematología Infantil, con escaso número de horas médicas.

En 1974 nace el Consultorio de Nutrición Infantil, con el objeto de proporcionar al niño desnutrido severo una atención integral multiprofesional. Posteriormente comienzan a implantarse otras especialidades pediátricas, creándose en forma sucesiva Cardiología, Nefrología, Neumología, Gastroenterología. Por último, desde hace 2 años se cuenta con una Unidad de Salud del Adolescente, en pleno desarrollo. Otras especialidades se otorgan a través de los Servicios para Adultos, tales como Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, etc.

El sector de hospitalizados comprende 88 camas, con Unidades de Lactantes, Segunda Infancia, Oncología, Infecciosos, de Cuidados Intermedios e Intensivos. De allí egresan alrededor de 3.000 niños por año. En el block Pediátrico se ubica también la Unidad de Emergencia Infantil, con más de 180.000 consultas anuales, y el Servicio de Cirugía Infantil, actualmente en etapa de reconstrucción.

Cabe señalar que el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Sótero del Río constituye prácticamente el único centro de atención secundaria y terciaria de la población infantil del Area SurOste de Santiago, la cual está constituida por 7 comunas: Puente Alto, La Florida, La Granja, San Ramón, La Pintana, Pirque y San José de Maipo, estas 2 últimas eminentemente rurales. La población general del área es del orden del millón de habitantes, de los cuales 330.000 son menores de 15 años.

Como se consignó anteriormente, la especialidad de Neurología Infantil es una de las más antiguas del Servicio, remontándose a los inicios del mismo. Ha experimentado un notable desarrollo a través de estos años, contando actualmente con un equipo multiprofesional de alto nivel, constituido por 5 Neurólogos infantiles, 2 Psicólogas, 2 Fonoaudiólogos y 1 Asistente Social. Otorga aproximadamente 6.130 atenciones ambulatorias anualmente y atiende en forma permanente a los pacientes hospitalizados con problemas psiconeurológicos con el objeto de mejorar además la calidad de la atención hospitalaria.

En síntesis, ha existido un importante avance del Servicio de Pediatría desde su creación; sin embargo, aún falta mucho por hacer, el explosivo aumento de la población del área y el enorme avance tecnológico de los últimos tiempos, representan nuevos desafíos para el equipo humano que se desempeña en este nivel.

Tenemos confianza en que seguiremos creciendo para atender cada vez menor a nuestros niños.

Dra. Alejandra Cerón Cerón
Sub-Jefe Servicio de Pediatría
Hospital Dr. Sôtero del Rîo
Médico Asesor Programa Infantil
S.S.M.S.O.

REVISIONES DE LIBROS Y REVISTAS

ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.

SYED ARSHAD HUSAIN Y JAVAD H. KASHANI.

American Psychiatric Press, Washington, USA. 1992.

Siguiendo el sistema diagnóstico del DSM-III, este libro entrega una puesta al día en las investigaciones en relación a los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente, a la vez que examina material clínico relevante. Muestran además la relación entre los trastornos del niño y los de adulto.

Se analizan los instrumentos útiles para el diagnóstico, desde los elementos dados por la entrevista al niño, las pruebas de personalidad y las escalas de ansiedad, especialmente útiles en estudios poblacionales e investigaciones. Entre estos destacan el inventario de ansiedad estado y rasgo de Spielberger, la cual ha sido estandarizada recientemente en nuestro medio, en la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales.

Se analizan las principales modalidades de tratamiento utilizadas, concluyéndose en la necesidad de integrar diferentes tipos de tratamientos:

- Psicofarmacología;
- Terapia conductual (Desensibilización sistemática, implosión, modelaje, condicionamiento operante, autoinstrucciones);
- Terapia familiar;
- Terapia psicoanalítica.

En relación a la ansiedad de separación las evidencias mostrarán una mayor efectividad de las terapias conductuales. En el tratamiento del trastorno por ansiedad excesiva, no se ha encontrado un tratamiento más eficaz que otros, por lo que se proponen modelos integradores, los cuales combinan técnicas de relajación, pensamientos positivos, un programa de economía de fichas en la casa para reforzar comportamientos no ansiosos, y controles cognitivos, en los cuales los niños y adolescentes desarrollan estrategias de enfrentamiento para lograr la relajación. Estas técnicas han sido usadas con éxito en casos de miedos específicos o fobias.

En los trastornos obsesivo-compulsivos, los tratamientos más eficaces han sido una combinación de técnicas conductuales (exposición graduada, saciedad, desensibilización sistemática, modelaje) y terapia familiar.

No han habido investigaciones concluyentes que comparen el uso de medicamentos y tratamientos psicológicos. El foco en la farmacoterapia se basa en el éxito del tratamiento en adultos con trastornos de pánico. En los niños hay poca evidencia que

apoye el uso de fármacos en estos casos. La clomipramina ha mostrado ser muy eficiente en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos en el niño. Algunas investigaciones están cuestionando la eficacia de la imipramina para el tratamiento de los trastornos de ansiedad de separación. La terapia con alprazolam ha sido utilizada en pocas ocasiones con niños y ha producido buenos resultados.

Se enfatiza la necesidad de identificar el tipo específico de ansiedad que tiene el niño, conceptualizando el síntoma de diferentes niveles para encontrar el mejor programa terapéutico según las necesidades específicas de cada niño.

Resumen de : Psiquiatra Virginia Boehme, Psicóloga Gabriela Sepúlveda. CIDIJ, Servicio de Neurología- Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile,

ELEMENTOS TERAPÉUTICOS COMPARTIDOS POR TODAS LAS PSICOTERAPIAS. JEROME FRANK. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL, BALTIMORE MARYLAND. EN COGNICIÓN Y PSICOTERAPIA. Michael Mahoney y Arthur Freeman, Ed. Paidós, España, 1988.

Se enuncian cuatro generalizaciones relativamente bien establecidas acerca de los resultados de las psicoterapias: La primera es que los pacientes que reciben cualquier forma de psicoterapia mejoran más que los controles observados durante el mismo período y sin recibir psicoterapia formal. En segundo lugar, los estudios de seguimiento parecen mostrar, de forma coherente, que con independencia del tipo de terapia la mayoría de los pacientes que muestran una mejora inicial la mantienen. En tercer lugar, la mayoría de los determinantes del éxito terapéutico se basan más en las cualidades personales y en la interacción entre el paciente y el terapeuta, que en el método particular de terapia utilizado. Finalmente, hay algunas condiciones en las que el método terapéutico logra una diferencia significativa en el resultado. Parece que las terapias conductistas son más efectivas para fobias, compulsiones, obesidad y problemas sexuales que otras terapias menos centradas en síntomas. La terapia cognitiva parece ser particularmente efectiva con los pacientes depresivos.

Componentes terapéuticos compartidos:

- 1.- Una relación emocional, de confianza con una persona que ayuda, a menudo con la participación de un grupo. Con pocas excepciones, la relación con el terapeuta es una condición necesaria y a menudo suficiente para mejorar en cualquier tipo de psicoterapia.
- 2.- Un ambiente de cura que tiene al menos dos funciones terapéuticas propias: afirma el prestigio del terapeuta al encontrarse en una clínica u hospital, o en una consulta privada bien presentada, y representa un ambiente de seguridad, en el cual pueden analizar sus problemas y discutir alternativas para la conducta futura sin compromiso y sin ninguna consecuencia fuera de la clínica.

3.- Esquema racional, conceptual, o mito que ofrece una explicación plausible para los síntomas del paciente y prescribe un ritual o procedimiento para resolverlos.

4.- Un ritual que requiere una participación activa tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, creyendo ambos que éste es el medio de restaurar la salud del paciente.

Todos los esquemas y procedimientos terapéuticos, sin tener en cuenta las diferencias en su contenido específico, tienen funciones en común que refuerzan la relación terapéutica, inspirando las expectativas de ayuda, ofreciendo nuevas experiencias de aprendizaje, activando al paciente emocionalmente, elevando la sensación de dominio o de autoeficacia y dando oportunidades para el ensayo y la práctica.

Se concluye que a partir de las características personales y de las experiencias pasadas, algunos pacientes pueden estar más sintonizados para recibir procedimientos conductuales, cognitivos, psicoanalíticos, u otros. Así, parece que ciertas técnicas son más eficaces para algunos pacientes o incluso para algunos síntomas que para otros. Asimismo, la elección de procedimientos debe guiarse por las predilecciones personales del terapeuta. Cuanto más estrecho sea el acuerdo entre el paciente y el terapeuta y en la relación al tipo de terapia, mejores serán los pronósticos para un resultado con éxito.

Resumen de: Gabriela Sepúlveda, Psicóloga, CIDIN, Servicio de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile;
Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

DUNKELD TURNBULL J. EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN WITH OR AT RISK OF CEREBRAL PALSY. *AJDC* 147:54-59, 1992.

Numerosas y autorizadas revisiones de estudios de fisioterapia para niños con parálisis cerebral (PC) señalan que no existe evidencia objetiva de su efectividad. A pesar de ello, tanto los padres como los profesionales a cargo de estos niños tienen la firme creencia de que las intervenciones tempranas son útiles.

En esta revisión se analizan estudios de intervención fisioterapéutica en niños con P.C. que cumplan con los siguientes requisitos: 1.- Que se inicie antes de los 3 años. 2.- que use terapias generalmente aceptadas. 3.- Que se dirija a niños en riesgo de o con trastornos motores y 4.- Evaluación de resultados a través de pruebas objetivas sobre aspectos relevantes a los propósitos iniciales de la terapia.

La evaluación de 17 trabajos que cumplieron estas condiciones, no entrega pruebas convincentes de la eficacia de la terapia física en mejorar la habilidad motora en niños en riesgo de o con P.C.

Resumen de: Neuróloga Infantil Isabel López, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

"THE TREATMENT OF EPILEPSY: Principles and Practice"

Editorial: Lea Febiger. 1993 Pensilvania USA.

Editado por la Dra. Elaine Wyllie, quien reúne a un destacado grupo de 128 autores de América del Norte y Europa en la redacción de las 1.238 páginas que tiene el libro. Cada tema es revisado y actualizado extensamente, desde los mecanismos básicos de la Epileptogénesis, pasando por los principios básicos de la Electroencefalografía, incluyendo un atlas de anomalías E.E.G. Epileptiformes, Epileptología clínica, medicamentos anti-Epilépticos, cirugía de la Epilepsia y por último, los aspectos Psicosociales en la Epilepsia.

Es un tratado sobre Epilepsia que los profesionales Epileptólogos debieran disfrutar.

Resumen de: Neurologo Infantil, Tomás Mesa, Universidad Católica de Chile.

VILLALON H. ALVAREZ P, BARRIA E. ET AL., CONTACTO PRECOZ PIEL A PIEL; EFECTO SOBRE LOS PARAMETROS FISIOLÓGICOS EN LAS CUATRO HORAS POSTERIORES AL PARTO EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO SANOS. REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA, 1992, 63:140-144.

En este interesante artículo se analiza el efecto del contacto madre-niño y piel a piel precoz, sobre la conservación de temperatura y frecuencias respiratoria y cardíaca durante las 4 horas post parto. En el Hospital Regional de Coyhaique se efectuó un estudio prospectivo controlado en 92 RN de término, sanos.

Cuarenta y siete de ellos fueron ubicados de inmediato sobre el pecho de sus madres en contacto piel a piel durante 4 horas; cuarenta y cinco RN recibieron el manejo habitual. A pesar de que la temperatura ambiental fue significativamente menor para el grupo en contacto piel a piel, no se observó diferencia en los parámetros evaluados. La experiencia fue de gran valor para las madres participantes y para el equipo de salud. De estos resultados se concluye que, aunque sería necesario estudiar otros efectos como éxito de la lactancia materna o infecciones, es posible y aconsejable fomentar una interacción madre-hijo precoz, natural y gratificante.

Resumen de: Neuróloga Infantil, Isabel López, Hospital San Borja Arriarán.

COLOMBO M, DE LA PARRA A, LOPEZ I. INTELLECTUAL AND PHYSICAL OUTCOME OF CHILDREN UNDERNOURISHED IN EARLY LIFE IS INFLUENCED BY LATER ENVIRONMENTAL CONDITIONS DEV. MED. CHILD. NEUROL. 34, 611-622, 1992.

Se estudió el crecimiento físico y desarrollo intelectual de 35 escolares que tenían una historia común de desnutrición precoz y que fueron criados posteriormente a su recuperación, por familias adoptivas (16), instituciones (8) o sus familias biológicas (11). Los niños adoptados presentaron un peso y talla normal para su edad, a diferencia de los institucionalizados que eran significativamente más bajos. El rendimiento intelectual global, verbal y manual del grupo adoptado fue en el rango normal promedio (96.7) y significativamente superior al grupo institucionalizado (81.1) y de familia biológica (83.3). Estos resultados destacan que el crecimiento y desarrollo de niños desnutridos precozmente, no están irreversiblemente marcados por la enfermedad aguda, sino que son altamente sensibles y modificables por la exposición temprana y estable a un ambiente adecuado.

Resumen de: Neuróloga Infantil, Freya Fernandez, Hospital Sotero del Río.

JAMIESON PN; NEUROLOGY RESEARCH: A JOURNAL SURVEY 1980-1990. ANN NEUROL 32, 87-93, 1992..

Durante la pasada década, han ocurrido importantes cambios en la investigación neurológica que se objetivan a través de la revisión de Annals of Neurology, Archives of Neurology y Neurology, de los años 1980 y 1990, categorizando los artículos científicos por tipos, número de autores, grado del autor principal, instituciones, área de enfermedad, campo de investigación, fuente de financiamiento.

Los artículos originales aumentaron en un 54% y el número de autores por artículos se elevó de 1,3 a 5. Las contribuciones que apuntaban a diagnóstico y a tratamiento de 7 a 14%, en tanto que los reportes de casos disminuyeron de 40 a 20%. Se observó un aumento de 100% en artículos acerca de movimientos anormales y enfermedades Neurodegenerativas; alcanzando entre ambos a un 25% de todos los artículos originales. La Biología Molecular aumentó en 1600% y también se observó un crecimiento notable en las áreas de epidemiología, neuroimágenes, neuroquímica y neuropsicología. Las 20 instituciones con mayor número de publicaciones dieron cuenta del 40% del total de los artículos originales. Las contribuciones extranjeras, se duplicaron durante la década. Un 46% de los artículos norteamericanos y un 80% de los artículos referentes a enfermedades neurodegenerativas fueron financiadas por NIH. Se apreció un aumento en la colaboración entre básicos y clínicos concordante con la complejidad creciente de la investigación neurológica actual.

Resumen de: Neuróloga Infantil, Isabel López, Hospital San Borja Arriarán.

NOTICIAS

EVENTOS INTERNACIONALES

El 2-8 de Octubre de 1994 se realizará en San Francisco U.S.A. el 7º Congreso Internacional de Neurología Pediátrica en forma conjunta con la 23ª Reunión Anual de la Sociedad de Neurología Infantil de los Estados Unidos.

El evento se realizará en el Hyatt Regency de San Francisco, el programa incluye Sesiones Plenarias, Simposiums, Seminarios de desayuno y lunch, presentación de posters y Simposiums satélites pre y post Congreso. También están preparando una amplia gama de actividades sociales y de turismo para los participantes y sus acompañantes.

Los que deseen más información pueden solicitar a:
Child Neurology Society
475 Cleveland Avenue N, Suite 220
St Paul, MN 55104-5151 U.S.A.
Tel 612-641-1584
Fax 612-641-1634

El 3-8 Julio 1993 se realizará en Oslo Noruega el 20º Congreso de Epilepsia para más información deben escribir a:
INTERNATIONAL CONFERENCE SERVICE
Holbergs plass 3A, N-0166 Oslo, Norway

El V Curso Latinoamericano de Postgrado de Neurología Pediátrica se realizará en San José, Costa Rica en Junio 14-16 de 1993. Este Curso está patrocinado por el Hospital Nacional de Niños de San José, Costa Rica, la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica y el Departamento de Neurología de Miami Children's Hospital.

Informes en:
2140 West Flager Street Miami Florida 33135
Tels (305) 642-2107/1 800-325-2503 (Fax: 542-123)

EVENTOS NACIONALES

XI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a realizarse los días 14, 15 y 16 de Octubre de 1993, en el Centro de Eventos del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) Universidad de Chile. Macul 5540 - Santiago, **Tema Oficial:** "Genética Molecular en Neurología y Psiquiatría Infantil",

Invitados Extranjeros: Dra. Magdalena Ugarte (U. Autónoma de Madrid, España), Dr. Roberto Giugliani (U. Porto Alegre, Brasil), Patrocinan: UNICEF, OPS/OMS, Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, INTA Universidad de Chile, Escuela de Medicina Pont. Univ. Católica de Chile, Colegio Médico de Chile, Sociedad de Genética de Chile, Sociedad Chilena de Pediatría, Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología, Sociedad Médica de Santiago. **Invitados Nacionales:** TM, M. Angélica Alliende, Dra. María de los Angeles Avaria, Dra. Flora de la Barra, Dra. Marta Colombo, M.Sc. Verónica Cornejo, Dra. Fanny Cortés, Dr. Ricardo Cruz-Coke, TM, Bianca Curotto, Dr. Ricardo Erazo, Dr. Ricardo García, Dr. Jean Pierre Heiman, Dr. Luis Hormazábal, Dr. Fernando Lolas, Dr. Tomas Mesa, Dr. Fernando Novoa y Dra. Erna Raimann. **Comite Organizador:** TMM. Angélica Alliende, Dra. Marta Colombo, M.Sc. Verónica Cornejo, Dra. Fanny Cortés, TM, Bianca Curotto, Ps. Ximena Godoy, Dra. Isabel López, Dr. Tomás Mesa, Ps. C. Gloria Perales, Dra. Erna Raimann, Dra. Ledia Troncoso, Dra. Patricia Urrutia y Dr. Marco Vallejos.

Informaciones:

- Secretaría de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Fono: 633 1955 de 11:00 a 15:00 hrs. Fax: 639 1085.
- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Fono: 221 5962, 221 6337 anexo 294 ó 284. Fax: 221 4030.

Valor Inscripción: No Socios \$ 18.000.- Socios \$ 15.000.- Becados \$ 12.000.-

OTROS CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES AÑO 1993

- 1.- American Academy of Neurology, New York, Abril 25 a 1º Mayo 1993.
- 2.- Simposio Internacional LEPI (Kohen) Buenos Aires 28, 29 y 30 Abril 1993.
- 3.- IX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Infancia, Mayo 30 al 3 de Julio, 1993, Asunción, Paraguay.
- 4.- Simposio en Santiago Satélite al Mundial de Rio de Janeiro, Junio '93 (aún sin fecha)
- 5.- 9º Worl Congress os Psychiatry, Rio 1993, Rio de Janeiro 6 al 12, Junio 1993.
- 6.- Grupo Chileno de Epilepsia, Jornadas Anuales "Diálogos en Epilepsia" 12-13-14, Agosto, Sociedad Médica de Santiago.
- 7.- XIII International Congress of EEG and Clinical Neurophysiology Agosto 30 a Septiembre 4, Vancouver, Canadá.
- 8.- XVª World Congress of Neurology Vancouver, Septiembre 5 al 10, 1993.
- 9.- Congreso Mundial de Neurocirugía, Octubre 17 al 22, Acapulco, México.
- 10.- Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 4 al 6 de Noviembre, Viña del Mar.

El Departamento de Psiquiatría y Antropología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Clínica Alemana realizaron el Curso de Post Grado "Epilepsia" Aspectos

Psiquiátricos, Neurológicos y Neuroquirúrgicos", en el Aula Magna de la Clínica Alemana los días 22, 23, 24 y 25 de Marzo del presente año.

En este curso participaron como docentes invitados los doctores L.F. Quesney, M.D. Ph. D. y Alain Pito Ph. D. McGill University Montreal Canadá y Cristián Vera, M.D. Medical University of South Carolina, Estados Unidos.

REUNIONES DE LA SOCIEDAD

El 07 de Abril de 1993, Se realizó en el Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo la Reunión de Abril de nuestra Sociedad.

Temario:

- 1.- Cirugía resectiva en Epilepsia, criterios de selección, evaluación de resultados.
Dra. Lilian Cuadra O. / Dr. Antonio Fuentes E.
- 2.- Tumores de fosa posterior
Dr. Arturo Zuleta F. / Dr. Antonio Podestá F.

EL GRUPO DE EPILEPSIA INFORMA

El grupo Chileno de Epilepsia inició sus actividades el 06 de Diciembre de 1990, constituyéndose como una entidad científica y autónoma, de profesionales interesados en el estudio de la epilepsia. Desde la fecha mencionada y hasta la actualidad, el Grupo se ha reunido mensualmente, aprobándose los estatutos el 12 de Agosto de 1992.

Objetivos

- a) **Científico:** profundizar el saber en todo el vasto campo de la epileptología, mediante el intercambio de información y experiencias entre los profesionales y además favorecer su integración, especialmente entre los que atienden niños y adultos.
- b) **Investigación:** propender a estimular los estudios de las epilepsias a nivel nacional, favoreciendo los trabajos cooperativos y el contacto internacional.
- c) **Docencia:** promover la enseñanza de conocimientos, habilidades y destrezas, entre profesionales y estudiantes que deban manejar a enfermos con epilepsia.
- d) **Social:** colaborar con personas e instituciones, dedicadas a la Epileptología Social.

Identidad

El grupo de epilepsia, está patrocinado por la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia, la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y la Liga Chilena Contra la Epilepsia.

Miembros

El grupo es una entidad científica profesional, por lo que entre sus miembros pueden haber médicos o investigadores competentes en epilepsia.

Los requisitos para pertenecer al grupo son:

- Ser presentado por alguno de los miembros.
- Presentar oralmente un trabajo de incorporación en una reunión.
- Solicitar por escrito la incorporación y enviar el título del trabajo.
- Acuerdo de los 2/3 de los miembros del grupo de epilepsia.
- Los actuales miembros del grupo son los Dres.

Leonor Avendaño

Verónica Burón

Lucienne Camposano

Lilian Cuadra

Perla David

Ricardo Frazz

Raúl Escobar

Alejandro De Marinis

Marcelo Devilat

Freya Fernández

Jorge Förster

Jaime Godoy

Juan Enrique González

Patricia Girao

Ricardo Harris

Marta Hernandez

Isabel López

Tomás Mesa

Mireya Morales

Eduardo Napolitano

Ledia Troncoso

JORNADAS ANUALES GRUPO CHILENO DE EPILEPSIA

DIALOGOS EN EPILEPSIA

FECHA : 12-13-14 de Agosto 1993

DESTINADO : A Médicos generales, Pediatras, Psiquiatras, Neurólogos y Profesionales afines

LUGAR : Auditorio Club de Campo del Colegio Médico.

TEMAS :

- Anticonvulsivantes mayores: ¿Cuál usar con éxito y sin riesgo?
- Epileptogénesis: ¿Cuánto debe saber el médico?
- Primera crisis epiléptica: ¿tratar o no tratar?
- Video EEG, mapeo EEG: ¿utilidad o entretención?
- Síndromes de West y Lennox-Gastaut: ¿cómo optimizar el diagnóstico y tratamiento?
- Las epilepsias: ¿tratamiento limitado o para siempre?
- Cirugía de la Epilepsia: ¿a quién operar y que se hace en Chile?

Informaciones: Sede Sociedad Médica de Santiago.
Avda. Presidente Riesco 6007 - Fono: 2121521

- La actual directiva:
Presidente : Dr. Marcelo Devilat

- Secretario General : Dr. Alejandro De Marinis
Tesorera : Dra. Leonor Avendaño
Comité Editorial : Dres. Tomás Mesa y Edujardo Napolitano

Reuniones:

- Son abiertas a cualquier profesional del área de la salud que desee participar.
- Son mensuales, el segundo Sábado de cada mes, de 09:30 a 11:30 hrs. en Sede Sociedad Médica de Santiago: Av. Pdte. Riesco 6007 - Fono: 2121521.
- Serán anunciadas previamente, incluyendo la tabla de tratar.

Actividades y Trabajos presentados en 1992 y 1993.

- Enero : Experiencia en espasmos masivos.
- Marzo : - Mecanismo de sincronización tálamocortical.
- Almuerzo anual de camaradería
- Abril : Trastornos cognitivos y epilepsia
- Mayo : Evaluación pre-quirúrgica en epilepsia.
- Junio : Pronóstico de la epilepsia mioclónica juvenil.
- Julio : Juego de Video: diagnóstico para Pediatras.
- Agosto : Análisis de 450 niños con convulsiones.
- Septiembre : Epilepsia fotosensible y televisión.
- Octubre : - Vacunas y convulsiones
- Organización del I SIMPOSIUM DE EPILEPSIA en el congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.
- Organización del II SIMPOSIUM DE EPILEPSIA en el Congreso Anual de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Noviembre : Uso de Bromo en epilepsia resistente.
- Diciembre : Las epilepsia en medicina de adultos.
- Enero 1993 : Experiencia en epilepsia en Curicó.
- Marzo 1993 : Anticonvulsivante y Status Epilepticus.

Actividades futuras:

- Jornada de Epilepsia: DIALOGOS EN EPILEPSIA. Agosto 1993.
- Trabajo colaborativo del Grupo.
- II SIMPOSIUM DE EPILEPSIA: Congreso anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Octubre 1993.
- III SIMPOSIUM DE EPILEPSIA; Congreso Anual de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Noviembre 1993.
- Mini Taller Especializado en Epilepsia. 1994.
- ICirugía de la Epilepsia y Nuevos Anticonvulsivantes. 1995.

EL GRUPO DE TELEVISION INFORMA

Durante el año 1993 el grupo de televisión ha estado realizando en forma regular sus reuniones de trabajo sobre estudio, investigación, difusión y extensión del conocimiento científico sobre los efectos de la TV en el niño y el adolescente, el segundo Lunes de cada mes en el Auditorium del Servicio de Neurocirugía del Hospital Calvo Mackenna a las 19 horas y en él participan con el entusiasmo miembros de la Sociedad.

Los últimos temas que han sido expuestos son producto del trabajo de un grupo (colaborativo) cooperativo en el que la expositora fue la Dra. Maritza Carvajal y fue sobre el tema de la Epilepsia fotosensible, dentro de los efectos de la TV en niños y adolescentes.

El siguiente tema "Experiencia en educación para la T.V. es expuesto por el Dr. E. Vicentini y su grupo de trabajo.

Este grupo ha confeccionado un archivo bibliográfico que está a disposición de quien lo desee, y solicita la participación de todos los profesionales que laboran en alguna medida con niños y adolescentes, especialmente Pediatras con el fin de aunar esfuerzos en la tarea de educar en éste aspecto a la comunidad y con esto a la Sociedad Chilena actual.

Dra. Perla David G.

PAGINA ABIERTA

LA ERRADICACION DE LA POLIOMETITIS DE LAS AMERICAS:

El 14 de Mayo de 1992 el director de la Organización Panamericana de la Salud anunció la meta de ERRADICAR EL VIRUS SALVAJE DE LA POLIOMELITIS DE LAS AMERICAS. El último caso de poliometitis por virus salvaje notificado en Chile ocurrió el año 1975, Por lo que nuestro país está en proceso de acreditar "que se realiza una vigilancia epidemiológica suficientemente estricta que pueda garantizar que se ha interrumpido la circulación del virus salvaje en nuestro territorio". Esto significa que debemos demostrar que somos eficientes en el estudio de los casos, que seguramente no corresponden a polio, pero que clínicamente presentan algunas similitudes con ésta, como son los casos de parálisis fláccida aguda. El hecho de que recién en 1991 se haya notificado un caso de poliometitis en Perú, hace necesario mantener una actitud de alerta.

Básicamente la estrategia para la erradicación de la POLIOMELITIS consta de 3 acciones fundamentales, que son: a) la mantención de cobertura de vacunación del 100%; b) el estudio de cada caso probable y c) el control activo de los brotes para detener la transmisión. Es así como se ha formado a nivel de cada Servicio de Salud, comités de Vigilancia de la Parálisis Fláccida Aguda, que depende de una comisión central a nivel del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. El objetivo de estos comités es mantener una vigilancia epidemiológica que permita el estudio oportuno y estricto de los casos. La gran mayoría de los casos reportados han correspondido a Síndrome de Guillain Barré, pero también se han estudiado pacientes con mielitis aguda, miopatías inflamatorias, otras polineuropatías agudas, etc.

La estrategia es notificar al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, dentro de la 48 horas de iniciado el cuadro, todos los casos probables.

Todos ellos deben ser estudiados y seguidos aunque al tercer día quede claro que se trataba de otro problema, como una intoxicación. Lo más importante en el estudio de los pacientes es la obtención de 2 muestras de deposiciones, dentro de los primeros 15 días de iniciado el cuadro, que son procesadas y examinadas en el Laboratorio de Virología del Instituto de Salud Pública. Si el caso notificado no es estudiado en esta forma, quedará catalogado como compatible con poliometitis aunque la clínica y los exámenes de laboratorio definan otro diagnóstico. otros aspectos de importancia son:

- 1.- El estudio de los contactos, obliga a establecer vías de comunicación adecuadas con la atención primaria y con otros servicios de salud, ya que muchas veces estos pacientes son trasladados a centros de mayor complejidad.
- 2.- El envío adecuado de las muestras al ISP, congeladas y con la información clínica necesaria, para lo cual se ha diseñado un formulario especial.

3.- El envío oportuno al nivel central de la información clínica relevante, para lo cual se ha distribuido una ficha especial a todos los Servicios de Salud.

Por último es imprescindible seguir a todos los pacientes para certificar la presencia o ausencia de parálisis y/o atrofia compatible con la poliomeilitis.

Aún estamos lejos de conseguir la eficiencia necesaria, pero se ha visto que el manejo de los casos ha mejorado en forma significativa en el último período, y con este objetivo es que se ha estimulado a los Comités de Vigilancia de la Parálisis Fláccida a realizar actividades de capacitación y difusión de este programa dentro de su Servicio de Salud, y se ha invitado a todos los organismos vinculados a la Salud Infantil a cooperar en estos aspectos.

Dra. M. de los Angeles Avaria B.
Comisión Central
Programa de Vigilancia de
Parálisis Fláccida

CORRESPONDENCIA

Estimados Socios:

Durante el mes de Octubre de 1992 tuvimos la oportunidad de asistir a un Curso de Neurología Pediátrica en Boston, que forma parte del Programa de Educación Continua impartida por la Universidad de Harvard. Como en todos los cursos, hubo temas muy interesantes y presentados con maestría, otros en cambio no mostraban mayores novedades.

Nos atreveríamos a afirmar que las mejores clases fueron aquellas impartidas por el Dr. Joseph Volpe,, quién presentó los últimos avances en encefalopatía hipóxica - isquémica, desde la clínica hasta la bioquímica. Demostró cómo la misma noxa puede manifestarse en diversas alteraciones neuropatológicas:

- 1.- Necrosis neuronal selectiva
- 2.- Status Marmoratus de los ganglios basales y tálamo
- 3.- Daño parasagital
- 4.- Necrosis focal y multifocal
- 5.- Leucomalacia periventricular (prematuro)

Otros temas de interés pero que no aportaron mayores novedades fueron epilepsia, déficit atencional, trastornos del aprendizaje. En epilepsia se mencionó el uso de nuevas drogas como Lamotrigina - Felbamate - Vigabatrin que aún no están a la venta en Chile. En enfermedades metabólicas se le dió énfasis al estudio de las enfermedades mitocondriales, recalcando que son enfermedades multisistémicas, colectivamente no raras en la edad pediátrica y que deben sospecharse especialmente frente a patología muscular, cerebral, convulsiones y ataxia intermitente. El primer examen que debe realizarse en esos pacientes es la determinación de ácido láctico en sangre y según sus resultados se prosigue con los estudios.

Quizás lo más espectacular en tecnología fue el uso de la computación tridimensional para identificar y ubicar lesiones en el cerebro con gran precisión, lo que facilita enormemente el trabajo del neurocirujano.

También visitamos el Hospital de Niños de Boston, donde asistimos a un Policlínico de Enfermedades Metabólicas. Ahí pudimos constatar que si bien las facilidades físicas y de laboratorio son muchísimo mejores que las nuestras, la evaluación clínica del paciente se hace igual o mejor en nuestro país.

Tuvimos también la oportunidad de visitar el laboratorio donde se lleva a cabo el programa de detección precoz de enfermedades metabólicas dirigido por el Dr. Harvey Levy. Aquí no solamente se hace el estudio para detectar fenilketonuria e hipotiroidis-

mo congénito, sino que alrededor de 7-8 enfermedades más, como galactosemia, homocistinuria, enfermedad de la orina olor a jarabe de arce, toxoplasmosis, etc. Otro laboratorio que conocimos fue el de Neuroquímica del Hospital General de Massachusetts dirigido por la Dra. Vivian Shih donde quedamos abrumados por la alta tecnología que usan para el diagnóstico de enfermedades metabólicas y otras, y a la distancia inmensa que está Chile de esa tecnología.

Es posible que en las distintas Universidades de nuestro país, en los Departamentos de Ciencias Básicas, se cuente con algunos de estos instrumentos más sofisticados, que sería importante si se pudieran usar también para la investigación aplicada, esto iría en beneficio de muchos pacientes.

Debemos decir que Boston en Otoño es maravilloso.

Dra. Marta Colombo
Dr. Fernando Novoa

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

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

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

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

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

Se sugiere que los trabajos tengan el siguiente ordenamiento:

- a) **Introducción:** Se plantearán y fundamentarán las preguntas que motivan el estudio y se señalarán los objetivos de éste.
- b) **Pacientes (o sujetos) y Método:** Se describirán los criterios de selección y las características de los sujetos. Se describirá la metodología usada y, cuando sea pertinente, detalles del diseño y de los métodos estadísticos empleados.
- c) **Resultados:** Se refiere solamente a la descripción en un orden lógico, de aquellos datos que se generan del estudio. No incluye su discusión.
- d) **Discusión:** Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.
- e) **Referencias:** Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto. La anotación se hará como sigue.

Revistas: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agregue et. al... A continuación anote el título del artículo en su idioma original. Luego el nombre

completo de la revista en que apareció, año, volumen, página inicial y final.
Ejemplo: 1) Villalón H, Alvarez P, Barría E et al. Contacto precoz piel a piel; efecto sobre parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 1992, 63: 140-144.

Capítulos de libros: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más mencione los tres primeros y agregue et al.. A continuación anote el título del capítulo en su idioma original. Luego señale nombre del libro, editores, año, página inicial y final, editorial.

Ejemplo 4) Chiófaló N, Díaz A, Avila M. El mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial compleja con sintomatología psiquiátrica.
En. Las epilepsias. Investigaciones clínicas. Editor: M. Devilat, 1991, pp 6-10 Ciba Geigy, Chile.

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

ACUERDOS DEL DIRECTORIO

- 1.- Se designa al Dr. Marcelo Devilat y a la Dra. Ledia Troncoso para integrar la Comisión de Certificación de la especialidad de Neurología Infantil ante CONACEM.
- 2.- Se acordó que el Dr. Humberto Guajardo forme parte de la Comisión por la Certificación de Psiquiatría Infantil ante CONACEM.
- 3.- De acuerdo a la consulta hecha a los diferentes Jefes de Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil hubo consenso en la mayoría de ellos en el tema Síndrome de Déficit Atencional ¿Mito o Realidad? para el Congreso del año 1994.
Se nombró coordinadora para iniciar los trabajos a la Dra. Perla David.
- 4.- Para 1995 el tema sugerido para el Congreso fue Rehabilitación integral del niño y el Adolescente discapacitado.

REQUISITOS PARA SER SOCIO

- a) Que trabajen o hayan trabajado por la menos tres años en servicios de la especialidad sean de Psiquiatría, Neurología o disciplinas afines o que acrediten estar trabajando en la actualidad en otros servicios médicos, también por un mínimo de tres años y siempre que estén en relación con éste, en atención de la infancia y la adolescencia.

- b) Que presenten un trabajo escrito inédito sobre un tema de la especialidad.
- c) Que paguen la cuota de incorporación y las periódicas o extraordinarias que fija la asamblea.
(Artículo noveno del acta de la sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia)

CALENDARIO DE REUNIONES MENSUALES PARA 1993

07 Abril	Instituto de Neurocirugía
05 Mayo	INTA
02 Junio	Roberto del Río CIDIN
07 Julio	Luis Calvo Mackenna
04 Agosto	San Juan de Dios
01 Septiembre	San Borja Arriarán - Congreso
03 Noviembre	Exequiel González Cortés
01 Diciembre	Sótero del Río

Ha cesado en sus funciones la recaudadora Sra. Gloria Estay. La reemplazará temporalmente la Secretaria de la Sociedad, Srta. Patricia Jara Guerrero.

REGLAMENTO DE ELECCIONES DE DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD

Con el propósito de obtener una mayor participación de los Socios en las elecciones del Directorio de la Sociedad, El Directorio aprobó en su sesión del 01 de Diciembre pasado:

- 1.- La votación se realizará durante los días del Congreso anual de la Sociedad en una urna disponible durante los horarios de reuniones científicas. La urna será abierta en Asamblea de Socios el último día del evento. El voto será secreto previa firma en el registro de Socios con sus cuotas al día.
- 2 - Las candidaturas deberán ser inscritas en al Secretaría de la Sociedad hasta 30 días antes del inicio del Congreso, con la firma de 5 socios con sus cuotas al día, y una carta de aceptación del candidato, quié deberá estar con sus cuotas al día.
- 3.- La renovación se hará cada 2 años. Todos los cargos pueden ser reelegidos.

- 4.- Los cargos a votar serán:
 - 4.1. Un Presidente, Un Vice-Presidente, Un Secretario General y un Tesorero. Los candidatos para optar a estos cargos deberán ser médicos.
 - 4.2. Cuatro directores, que deberán ser llenados de la manera siguiente:
 - 4.2.1. Un director médico psiquiatra.
 - 4.2.2. Un director médico neurólogo.
 - 4.2.3. Dos directores de miembros afines.
- 5.- Todos los cargos podrán ser reelegidos por una sola vez.
- 6.- El Presidente del Directorio saliente integrará al nuevo directorio por derecho propio.
- 7.- Si vencido el plazo del punto 2, no se han presentado candidatos para ocupar uno o más cargos, el directorio presentará a la Asamblea para su rectificación los nombres de médicos para llenarlos.
- 8.- La Mesa Directiva formada por el Presidente, Vice-Presidente, Secretario General, Tesorera se constituirán en Tribunal Electoral.

Dr. Ricardo Erazo T.
Secretario General

Dr. Marcelo Devilat B.
Presidente