



BOLETIN

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

AÑO 7 - Nº 2 - SEPTIEMBRE 1996

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1995 - 1996

Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Vice-President:	Dr. Jorge Förster
Secretaria:	Dra. Mónica Troncoso
Tesorero:	Dr. Tomás Mesa
Directores:	Dr. Hernán Alvarez Dra. Leonor Avendaño Dra. Verónica Burón Dra. Anahí Martínez Dr. Marcos Vallejos

Past-Presidente:	Dra. Ledia Troncoso
------------------	---------------------

Directora del Boletín:	Dra. Isabel López
------------------------	-------------------

Comité Editorial:	Freya Fernández Gabriela Sepúlveda Marcelo Díaz Ricardo García
-------------------	---

Secretarias:	Gabriela Cerda Carolina Martínez
--------------	-------------------------------------

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171

Fax: 6391085 - Santiago

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

AÑO 7 - N°2 - SEPTIEMBRE 1996

ISSN 0717-1331

Una generación adelante en medicamentos
y servicios para el Cuerpo Médico

CONTENIDOS

	Página
TRABAJOS ORIGINALES	
Actitud y práctica religiosa y desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años <i>Dr. Carlos Almonte, Dr. Carlos Valenzuela, Psic. Gabriela Sepúlveda, Dr. Alfredo Avendaño</i>	3
Trastorno primario de la vigilancia: Un diagnóstico diferencial del síndrome de déficit atencional. <i>Dra. Freya Fernández, Psic. Ana Campos, Dra. Isabel López, Psic. Oyoní Japaz</i>	7
REVISION DE TEMAS	
Tumores de tronco cerebral <i>Dra. Carolina Coria</i>	15
Esclerosis temporal mesial <i>Dra. Loreto Ríos</i>	18
REVISION DE LIBROS Y REVISTAS	22
CONTRIBUCIONES	
Una experiencia para compartir. <i>Dr. Felipe Cors, Psic. Amaya Catalán, Psicop. Cecilia Cordero, Psicop. Rosa Montoya</i>	27
REUNIONES Y CONGRESOS.	31
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	32

ACTITUD Y PRACTICA RELIGIOSA Y DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ADOLESCENTES DE 16 A 19 AÑOS

Dr. Carlos Almonte V.¹, Dr. Carlos Valenzuela Y.², Psic. Gabriela Sepúlveda R.³,
Dr. Alfredo Avendaño B.⁴

1. Clínica Psiquiátrica Universitaria, 2. Departamento de Biología Celular y Genética, 3. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones del Desarrollo Integral del Niño, Departamento de Neurología-Neurocirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, 4. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se describe la actitud y práctica religiosa de una población de 260 adolescentes de 16 a 19 años, 134 varones y 126 mujeres, de nivel socio-económico bajo y medio bajo, del Área Norte de Santiago, y se correlacionan con distintos aspectos del desarrollo psicosocial, recogidos mediante el Cuestionario de aspectos psicosociales del adolescente.

La mayoría de los jóvenes (81,9%) tiene una actitud positiva hacia la religión, y sólo un 7,7% tiene una actitud negativa. La actitud religiosa negativa sólo se correlacionó significativamente en la mujer con dificultades en la integración social. En este grupo el intento de suicidio se presentó en mayor proporción. El grupo con participación activa se diferenció de los grupos que participaban pasivamente y de los que no participaban, por tener relaciones interpersonales más satisfactorias, mayor porcentaje de imágenes positivas del matrimonio, ausencia de intento de suicidio, desarrollo moral en etapas más avanzadas y menor influencia de los medios de comunicación social, especialmente TV. En los varones predominaba no tener relaciones sexuales, menor porcentaje de fuga del hogar, peleas violentas y vandalismo. En las mujeres se observó menor frecuencia de embarazos precoces.

Se concluye que las instituciones religiosas ejercen un papel protector del desarrollo psicosocial sobre todo en los adolescentes que participan activamente en sus comunidades religiosas.

INTRODUCCION:

En este trabajo consideramos la influencia de las actitudes hacia la religión y de la regularidad de las prácticas religiosas en el desarrollo psicosocial del adolescente.

En trabajos anteriores describimos algunas características del desarrollo psicosocial de adolescentes, en los aspectos del desarrollo personal y relacional, en las áreas familiar, escolar y social. (1,2) Asimismo, hemos hecho referencia a los estilos de socialización de los padres a partir de la visión que tienen los adolescentes al respecto. (3) Publicamos los resultados de nuestras investigaciones orientadas al desarrollo del juicio moral, aplicando la descripción de niveles realizadas por Kohlberg. (4)

Hemos encontrado que la familia y la escuela son instituciones muy importantes para el desarrollo psicosocial de los adolescentes. (1,2). Del sistema social extra familiar y extra escolar nos ha parecido que las agrupaciones religiosas serían instituciones significativas en el desarrollo de los jóvenes.

La importancia atribuible al papel de las diversas organizaciones religiosas se debería en parte, a que las creencias sustentadas por éstas proporcionarían al adolescente respuestas a sus múltiples inquietudes, tales como el sentido de la vida y del dolor, como también delimitan principios éticos que podrían influir en la regulación de los comportamientos de los jóvenes.

En relación a las instituciones religiosas, diferenciamos actitudes de aceptación o rechazo o indiferencia de lo religioso, y en cuanto a la práctica religiosa distinguimos la asistencia ocasional a ceremonias de significativa repercusión social, como son los bautizos, matrimonios, funerales; de la asistencia regular a los oficios y otras actividades eclesísticas. El hecho de concurrir con regularidad a sus congregaciones, pensamos significa asumir un mayor compromiso, identificarse con un grupo de pertenencia y con la red social implicada, además, representaría una programación estable del tiempo libre semanal.

Postulamos que el grupo con actitudes positivas hacia la religión es diferente al grupo con actitudes negativas, del mismo modo los adolescentes con prácticas religiosas regulares constituyen un grupo diferente al grupo de los adolescentes con participación ocasional, lo que influiría en el desarrollo psicosocial de éstos, y sería un factor a considerar en el estudio de conductas socialmente desajustadas.

POBLACION Y METODOS

La muestra corresponde a 260 adolescentes de 16 a 19 años, 134 varones y 126 mujeres, de estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, que forman parte de una muestra de 1.000 niños sorteados al azar de un universo de 13.270 niños que ingresaron en 1973 a 1er. año de enseñanza básica, en el área Norte de Santiago, y que participaban de un estudio longitudinal (5).

Para los efectos de este estudio no diferenciamos los diversos credos religiosos, ya que nuestra población es mayoritariamente cristiana, y nos interesaba conocer la influencia de la religión como una variable psicosocial.

Los antecedentes fueron recogidos mediante un cuestionario de aspectos psicosociales del adolescente de Sepúlveda y Almonte (2,6), que comprende las áreas personal, familiar escolar y social; organizado en base a preguntas cerradas con alternativas múltiples, y con opción de agregar otras alternativas.

La variable religión, se encuestó en relación a

actitud hacia la religión y participación en actividades religiosas.

La actitud hacia la religión se clasificó como positiva cuando los jóvenes referían que la religión era: lo más importante, orienta la vida y los valores morales; como negativa cuando se le consideraba sin valor, prejuiciosa, o anticuada, e indiferente cuando se señala que le es indiferente; y no religioso desde el punto de vista psicosocial, cuando no pertenecían a ninguna agrupación religiosa.

La participación religiosa se clasificó en las categorías de participación activa cuando pertenecían a alguna agrupación religiosa y participaban regularmente en sus actividades; pasivo o no activo, cuando pertenecían a una agrupación religiosa y sólo participaba ocasionalmente en ceremonias tales como bautizos, matrimonios y funerales; y no religioso cuando no pertenecían a ninguna agrupación religiosa.

La variable religión se relacionó con las imágenes de familia, matrimonio, visión de mundo, relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos de relación y conductas de desajuste social (hurto, mentiras, vagancia, fugas del hogar y tabaco), con conductas sexuales e intento de suicidio; con desarrollo moral e influencia de los medios de comunicación social.

La significación estadística se determinó por una prueba de chi cuadrado o por la distribución de Poisson cuando los números eran pequeños. Debido a la cantidad enorme de análisis realizados describimos la significación estadística cualitativamente en tres categorías: I) no significativa o tendencia con $p > 0,05$; II) significativa con $0,05 > p > 0,025$; III) muy o altamente significativa con $p < 0,25$.

RESULTADOS

En relación a la actitud hacia la religión (tabla 1), destaca que un alto porcentaje de estos jóvenes tiene una actitud positiva hacia la religión (81,9%) y un porcentaje menor tiene una actitud negativa de rechazo (7,7%) y de indiferencia (1,5%). No hubo diferencias significativas por sexo.

(Tabla 1). En relación a la participación religiosa (Tabla 2), se encontró un porcentaje alto y similar de los no activos (41,1%) y de los activos (39,2%). No participaban religiosamente un porcentaje bajo (12,7%). Encontrábamos que los varones de esta muestra participaban en forma activa en mayor proporción que las mujeres (Tabla 2).

**TABLA 1
ACTITUD HACIA LA RELIGION**

	Posit.	Negat.	Indif.	NC*	T
sexo	N %	N %	N %	N %	N %
Masc.	113 (84,3)	10 (7,4)	2 (1,5)	9 (6,7)	134
Fem.	100 (79,4)	10 (7,9)	2 (1,6)	14 (11,1)	126
Total	213 (81,9)	20 (7,7)	4 (1,5)	23 (8,8)	260

* No contesta

**TABLA 2
PARTICIPACION RELIGIOSA**

	No tiene Relig. No Act.	Relig. Activo	NC*	T	
sexo	N %	N %	N %	N %	
Masc.	19 (14,2)	49 (36,6)	59 (44,0)	7 (5,2)	134
Fem.	14 (11,1)	58 (46,0)	43 (34,1)	11 (8,5)	126
Total	33 (12,7)	107 (41,1)	102 (39,2)	18 (6,9)	260

* No contesta

DISCUSION

En nuestras investigaciones hemos estudiado las influencias que las instituciones sociales tienen en el desarrollo psicosocial del niño y del

adolescente. Estas instituciones funcionan como sistemas jerárquicamente organizados, aportan sentido de pertenencia, dan redes de relaciones interpersonales, estructuras valóricas, objetivos comunes y metas de vida. Estas contribuyen significativamente en el proceso de socialización e inserción social de los participantes, a la vez que constituyen una instancia protectora de conductas desajustadas.

Hemos comprobado en este trabajo, que las organizaciones religiosas ejercen una influencia positiva en el desarrollo psicosocial de los jóvenes; y por lo tanto podríamos asimilarlos a las otras instituciones sociales. Es necesario recordar que este trabajo se realizó durante el gobierno militar en que las libertades políticas estaban restringidas y una parte de la población pudo haber hecho sus necesidades de participación social en actividades religiosas. En la población estudiada constatamos que la mayor parte de los jóvenes (81%) tiene una imagen positiva de las instituciones religiosas, ocupando un lugar intermedio entre la imagen positiva de la familia (89,2%) y la visión positiva del sistema escolar (76,8). (2)

La opinión negativa respecto a la religión fue de 7,7%, ligeramente superior a la opinión negativa de la familia (4,6%) y del sistema escolar (4,5%). (2)

En cuanto a la participación religiosa, la mayoría (80,3%) concurre a oficios religiosos, distribuyéndose los activos (39,2%) y pasivos (41,1%) en porcentajes muy semejantes.

Los varones tienen una participación más activa (44%) respecto a las mujeres (34,1%); esto podría explicarse, en parte, por el mayor porcentaje e integración social satisfactoria en los varones (83,9%) respecto a las mujeres (63,8%) en esta misma población, (2) los cuales se integran en menor proporción a los diversos grupos, comunitarios, deportivos y otros. (2)

La actitud negativa hacia lo religioso, en las mujeres, se correlacionó con mayor proporción de intento de suicidio y de dificultades en la integración social. Esta situación podría explicarse por la carencia del efecto protector

ejercido por las diversas instituciones religiosas. Esta actitud negativa hacia las organizaciones religiosas podría constituir también parte de una visión de mundo negativa (que alcanza al 7,9% de los casos), la que comprende una visión de sí mismo, de los otros, de la familia y del sistema escolar.(2)

La participación activa en jóvenes de ambos sexos se correlacionó con una imagen positiva del matrimonio, relaciones interpersonales satisfactorias a nivel familiar, escolar y social. En varones hubo una menor proporción de consumo de alcohol y drogas. En las jóvenes hubo menor proporción de embarazos precoces, no presentaron intento de suicidio y tenían una visión positiva de mundo. Se observó además un desarrollo del juicio moral en etapas más avanzadas y con una menor influencia de los medios de comunicación social.

Estos resultados corroboran nuestra hipótesis de que el grupo de religiosos activos constituyen un grupo distinto al de no religiosos y pasivos; y las instituciones religiosas aparecen como protectoras, facilitando las conductas socialmente adaptativas y contribuyendo al desarrollo de relaciones sociales satisfactorias.

REFERENCIAS

1. Almonte C., Sepúlveda G., Avendaño A., Valenzuela C., Desarrollo psicosocial de adolescentes de 12 a 15 años. Rev. Chil. Pediatr. 1985; 56:263-270.
2. Almonte C., Sepúlveda G., Valenzuela C., Avendaño A., Desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años. Rev. Psiquiatría 1990; 451-549. Chile.
3. Sepúlveda G., Almonte C., Valenzuela C., Avendaño A., Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años. Rev. Chil. Pediatr. 1991; 62: 396-403.
4. Hersh R., Reimer J., Paolito D., El crecimiento moral de Piaget a Kohlberg. Ed. Narcea, España, 1984. Cap. 3,44-70.
5. Avendaño A., Valenzuela C., Figueroa L., Manterola A., y Cols., Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo de un 10% de los niños que ingresan a la enseñanza básica fiscal. Area Hospitalaria Norte de Santiago. Ped. Santiago, 19: 156, 1976.
6. Avendaño A., Almonte C., Sepúlveda G., Valenzuela C., Características del desarrollo psicosocial en adolescentes de 12 a 15 años, Santiago Norte. Rev. Chil. Pediatr. 1983; 54:273-281.
7. Sepúlveda G., Almonte C., Valenzuela C., Avendaño A., Desarrollo moral en adolescentes de 16 a 19 años. 1994. en "La Televisión, el Niño y el Adolescente". Ed. Devilat M., Keith X. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Santiago, 1994.

TRASTORNO PRIMARIO DE LA VIGILANCIA UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME DE DEFICIT ATENCIONAL

Dra. Freya Fernández K.¹, Psic. Ana Campos G.¹, Dra. Isabel López S.^{1,2}, Psic. Oyoni Japaz L.¹

1 Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Neuropsiquiatría Infantil.

2 Depto. de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina-Centro, Universidad de Chile.

I INTRODUCCION:

Vigilancia es un estado mental que se define como la capacidad para estar atento y alerta frente a los cambios del medio ambiente (1). Aunque este término se menciona en la literatura desde 1923, sólo en 1940 el neurólogo inglés N.H.Mackworth lo definió como el estado de alerta para detectar y responder a pequeños cambios ambientales que ocurren a intervalos al azar.

Una alteración de la Vigilancia se traduce en dificultad para mantener un estado de alerta cuando se debe estar quieto o cuando está involucrado en tareas que exigen una atención sostenida. En situaciones rutinarias el sujeto se distrae fácilmente, sueña despierto y puede incluso quedarse dormido. La actividad motora permanente, observada en personas con estas alteraciones, podría interpretarse como un recurso para mantener un mejor nivel de vigilancia. Asimismo ésto contribuiría a la confusión con el Síndrome de Déficit Atencional (SDA) con hiperactividad. (3)(4)(15)

En 1990 Weinberg (2) propuso llamar trastorno primario de la vigilancia (TPV) a un grupo de síntomas que pueden confundirse con los que presentan los niños con déficit atencional con hiperactividad. Observó que este trastorno tendía a presentarse en algunas familias y que reunía las siguientes características: habilidad disminuida para mantener el alerta durante actividades continuas, ensoñación, pierden tumos, no completan tareas, son desordenados y negligentes, evitan actividades estructuradas o repetitivas y muestran inquietud motora y otras conductas destinadas a mejorar el alerta. Destacó además que estos niños eran de temperamento cariñoso, afectuoso y compasivo siendo queridos y aceptados por pares y profesores.

Puesto que este cuadro comparte algunas características con el SDA, es primordial establecer un acucioso diagnóstico diferencial (Tabla 1). La dificultad para seleccionar estímulos y la impulsividad son rasgos del SDA en tanto que la disminución del alerta, la lentitud en las respuestas y un temperamento compasivo y cariñoso lo son para el TPV.

El objeto de este estudio es verificar la nosología del TPV, como una entidad claramente diferenciable del SDA, en cuanto a sus antecedentes familiares, características clínicas y neuropsicológicas.

II SUJETOS Y METODO.

Del universo de niños que consultaron al Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán durante el primer semestre de 1994, se seleccionaron aquellos cuyo principal motivo de consulta fue bajo rendimiento y problemas de conducta en el ámbito escolar.

Los grupos se conformaron a partir de 28 pacientes consecutivos derivados por neurólogos con diagnóstico presunto de TPV o SDA. Aplicando los criterios definidos por Weinberg (2) y el (DSM IV) (5), se efectuó el diagnóstico clínico de TPV y de SDA.

El estudio se realizó en los primeros 20 niños diagnosticados como TPV (10) y como SDA (10). En cada paciente se efectuó una evaluación neurológica y psicológica según detalla a continuación:

a) Evaluación neurológica: incluyó historia familiar, anamnesis, estudio de la conducta en el medio escolar y familiar, examen neurológico completo y prueba de Connors para profesores. (Tabla 2)

**TABLA I
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

SDA	TPV
* Dificultad de atención selectiva y sostenida	* Disminución del alerta
* Conducta: - Distráctil - Impulsivo - Hiperactivo	* Conducta: - Ensoñación - Lento - Inquietud para mejorar el alerta
* Conducta asociada: - Labil - Frustrable - Egocéntrico	* Conducta asociada: - Estable - Afectuoso - Compasivo - Cariñoso
* Deficiente relación interpersonal	* Adecuada relación interpersonal
* Asociado a trastornos cond.	* Asociado a depresión
* Antecedente familiar(+)	* Antecedente familiar (+)

**TABLA II
ESCALA DE EVALUACION PARA PROFESORES ABREVIADA (CONNERS)**

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1) Inquieto, hiperactivo				
2) Excitable, impulsivo				
3) Perturba a otros niños				
4) No termina lo que comienza				
5) Constantemente moviéndose en la silla				
6) Desatento, fácilmente distráctil				
7) Debe satisfacerse pedidos de inmediato, fácilmente frustrable.				
8) Lloro fácil y frecuentemente				
9) Cambios de humor rápidos y drásticos.				
10) Pataletas, conducta explosiva e impredecible.				
11) Otras obs. respecto a su rendimiento, relación con compañeros, etc.				

Marque con una cruz lo que corresponda

b) Evaluación psicológica: incluyó la observación clínica y la administración de los siguientes instrumentos: Escala para la evaluación intelectual de Wechsler para niños (Wisc-R) normas chilenas, prueba de función visoperceptiva de Bender-Koppitz, prueba de Apercepción Temática Infantil (C A T), pruebas formales e informales de lecto escritura y cálculo.

RESULTADOS

I. Características de los grupos.

Sexo: el grupo de TPV resultó compuesto por 8 mujeres y 2 hombres, mientras que en el grupo del SDA la proporción fue de 3 mujeres y 7 hombres. **Edad:** La edad promedio de los niños diagnosticados como TPV fue de 11, 3 años (de: +1,67) (rango 8-14,4 años) y la de los niños con SDA fue de 9,7 años (de: +1,58) (rango 8-14 años). **Escolaridad:** La escolaridad de los niños con TPV se encontraba entre tercero y séptimo básico con un porcentaje de repitencias de 50%. Los niños con SDA cursaban entre segundo y sexto básico con un 20% de repitencias. **Motivo de consulta:** En el grupo con TPV los niños consultaron por bajo rendimiento escolar (7), distractibilidad (2) y lentitud en la ejecución de tareas (1). En el grupo de SDA el principal motivo de consulta fue la inquietud (5), mientras que el resto consultó por problemas de conducta (2), distractibilidad (2) y bajo rendimiento (1). (Figura 1). Estas características estaban presentes desde los primeros años, sin señales de deterioro durante la evolución.

II. Antecedentes personales.

En ninguno de los grupos hubo antecedentes relevantes de embarazo parto o perinatales.

El desarrollo psicomotor: fue normal en ambos grupos.

Antecedentes familiares: El antecedente familiar de sueño excesivo definido como episodios de sueño prolongado o episodios de sueño diurno que se presentan casi a diario estuvo presente en 7 de 10 casos con TPV y en 3 de 10 casos con SDA. En ambos grupos se recogió el antecedente de hiperactividad (TPV 8/10, SDA

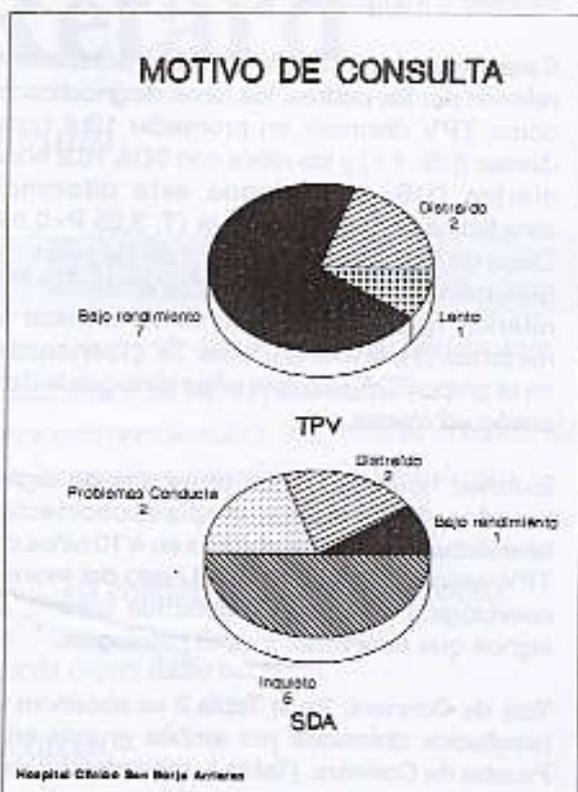


Figura 1. Motivo de consulta.

5/10), trastornos de aprendizaje (TPV 7/10, SDA 7/10) y trastornos de atención (TPV 5/10, SDA 6/10) en familiares cercanos.

Características conductuales en los primeros años: En los niños con TPV, las madres refirieron que desde pequeños eran tranquilos, buenos para dormir y lentos. En cambio los niños con SDA fueron fundamentalmente descritos como inquietos desde edades tempranas (9/10).

Conducta en el hogar: En los niños con TPV en el hogar se mostraban sin problemas, lentos y tranquilos, mientras que los niños con SDA presentaban problemas de comportamiento (agresividad y rebeldía) e inquietud.

Conducta en la escuela: Al igual que en el hogar los niños con TPV se destacaron por su lentitud para trabajar y la ausencia de problemas de conducta, mientras que los niños con SDA mostraron en mayor proporción problemas de conducta, fundamentalmente inquietos pero además eran agresivos, distraídos, conver-

sadores e impulsivos.

Características del sueño: Según el antecedente referido por los padres, los niños diagnosticados como TPV dormían en promedio 12,4 horas diarias (DS: 1,1) y los niños con SDA 10,2 horas diarias (DS: 1,8) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($T: 3,25 P < 0,05$). Cinco de los niños con TPV y 2 de los niños con SDA refirieron dormir siesta. Los niños con TPV referían que tendían a dormirse al viajar en microbús (3), al leer (2), al ver TV (1) en cambio en el grupo SDA sólo una niña refirió que le daba sueño en clases.

Examen neurológico: La presencia de signos blandos (sincinecias, disdiadococinecias, lateralidad cruzada) se objetivó en 4/10 niños con TPV versus 8/10 con SDA. El resto del examen neurológico en ambos grupos fue normal, sin signos que orientaran a otras patologías.

Test de Conners: En la Tabla 2 se observan los resultados obtenidos por ambos grupos en la Prueba de Conners. (Tabla 2, recuadro del test). Los grupos difirieron significativamente en relación a los siguientes aspectos: los niños con SDA fueron descritos como significativamente más impulsivos ($p = < 0,01$) fácilmente frustrables ($p = < 0,04$) y poco queridos por pares y profesores ($p = < 0,05$) que el grupo TPV. En relación a los ítems «desatento» y «fácilmente distráctil» e «incapaz de terminar lo que comienza» ambos grupos compartieron puntajes altos sin diferencias significativas entre ellos. En otras observaciones los profesores anotaron, en los casos de TPV, que se trataba de niños "muy queridos y aceptados por otros" esto no fue descrito en los niños con SDA.

Tratamiento: La respuesta al tratamiento fue variable. En los niños con TPV, todos fueron tratados (7 con Anfetamina y 3 con Ritalín), y sólo 6 mostraron evolución favorable (5 con Anfetamina y 1 con Ritalín). En cambio los 10 niños con SDA fueron tratados con Anfetamina con buena respuesta.

III Evaluación psicológica.

- **Actitud frente al examen:** La observación clínica permitió describir las siguientes diferencias entre los dos grupos estudiados. Los niños con TPV se mostraron tranquilos y colaboradores (8/10), sociables (4/10) y lentos para trabajar (3/10). Los niños con SDA, también se mostraron colaboradores, pero impulsivos (5/10) distráctiles al responder a las tareas (4/10) y con inquietud motora (7/10).

- **Test de Bender Koppitz:** Se estudió considerando los siguientes aspectos (6)(11):

1) Grado de madurez de la función visoperceptiva, estableciéndose 4 categorías, considerando el rendimiento observado en relación a lo esperado para la edad del niño: normal; inmadurez leve (un año de diferencia); moderada (entre uno y dos años de diferencia); severa (más de dos años de diferencia) (Figura 2) Los niños con SDA en cambio se distribuyeron en normal (3 casos) inmadurez leve (2 casos), moderada (1 caso), severa (4 casos).

2) Signos de disfunción neurológica: En 7/10 casos de TPV se observaron índices muy significativos de disfunción, mientras que en el grupo de SDA, dos niños no presentaron distorsiones en el dibujo asociado a disfunción neurológica, cuatro mostraron signos leves y cuatro distorsiones consideradas muy significativas de disfunción neurológica.

3) Tipo de enfrentamiento a la prueba: En la totalidad de los niños con TPV se observó un enfrentamiento ordenado en la prueba, esto es con dibujos distribuidos ordenadamente en el papel. En cambio los niños con SDA mostraron un enfrentamiento ordenado sólo en 6 casos y en 4 casos el enfrentamiento fue impulsivo, con borrones, desorganización o repaso de los trazos.

- **Escala de evaluación intelectual de Wechsler para niños(7) (Wisc-R):** 1) CI Verbal, CI Perceptivomotriz y CI Total: El CI total obtenido por el grupo TPV fue de 93 (de+9) y del grupo

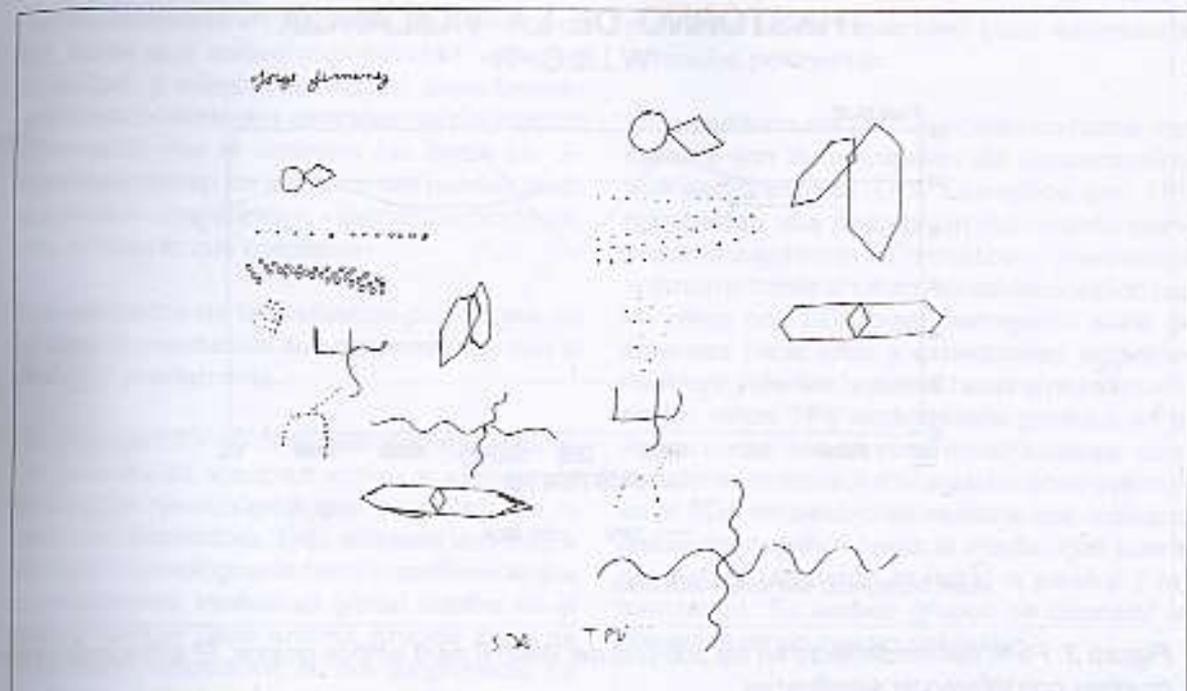


Figura 2. Test de Bender Koppitz aplicado a niños con SDA y TPV.

SDA 97 (+7) sin diferencias significativas entre ambos grupos. Entre el CI verbal y el CI perceptivo motriz tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Subpruebas del Wisc-R: En la tabla se observan los puntajes obtenidos por los grupos en las subpruebas del Wisc-R. El grupo TPV mostró un rendimiento significativamente menor en información (T:-2,93; p:0,008) y Completación (T:-2,52; p:0,021) y el grupo SDA tuvo un rendimiento significativamente menor en Dígitos (T:2,97; p:0,008). (Figura 3)

- Test de Apercepción Temática Infantil (C A T). (8) Los niños del grupo TPV mostraron una actitud predominante positiva hacia el mundo (7 casos), que fue activamente positiva en 5 de los 7 casos, es decir con una tendencia a cooperar con otros, proporcionar afecto, ser amistosos e integrarse a su entorno. Frente al futuro, los niños con TPV se mostraron optimistas (9/10) y en seis de ellos se observó una percepción amistosa del mundo, describiendo una sensación de ser acogidos, apoyados y reconocidos por su entorno. En cambio en los niños con SDA se observó que en ocho de los diez casos percibían el mundo en forma amenazante, es decir,

describieron peligro, agresión o amenaza para ellos o su familia, proveniente del exterior. En cuanto a su actitud frente al mundo, se observó que en concordancia con su percepción, en 8/10 de los niños con SDA habría un enfrentamiento al mundo con una tendencia negativa, que sería afectiva como agresión abierta 3/8 o pasiva, re trayéndose.

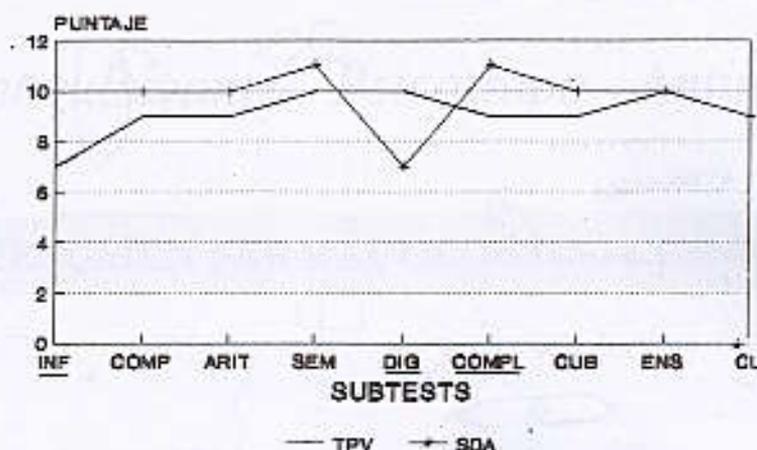
Frente al futuro, sólo 4 de los niños con SDA fueron optimistas, evidenciándose como predominantemente pesimistas respecto a las circunstancias de su vida futura, con una percepción del entorno más cargada de impulsividad y agresividad.

- Aprendizaje: Al aplicar pruebas formales e informales de escritura y cálculo, se observó que 7/10 de los niños con TPV no presentaron alteraciones, mientras que 7/10 de los niños con SDA mostraron algún grado de trastorno específico del aprendizaje de lectoescritura. (9)(10).

IV Discusión.

En el grupo TPV se observa un claro predominio

TRASTORNO DE LA VIGILANCIA W.I.S.C.-R



HOSPITAL CLINICO SAN BORJA-ARRIARAN

Figura 3. Perfil del rendimiento en los sub-test del Wisc-R para ambos grupos. El subrayado indica pruebas con diferencia significativa.

del sexo femenino mientras que en el SDA hay mayor frecuencia de varones en coincidencia con lo que señala la literatura(5). Todos los pacientes, los portadores de TPV y SDA consultaron en edad escolar, por un rendimiento escolar insuficiente y por dificultades en mantener la atención en forma sostenida en la sala de clases. Sin embargo en el grupo TPV se acentuó la lentitud en la ejecución y en el SDA la hiperactividad y los trastornos de conducta. Esto podría relacionarse con la menor edad promedio del grupo SDA en el momento de la consulta, considerando que la hiperactividad y los trastornos conductuales son características peor toleradas por profesores y padres que la lentitud y distractibilidad, y que motivarían por lo tanto una consulta más temprana. Las características conductuales de los primeros años de vida son muy reveladores de las diferencias entre los grupos. Mientras los niños con TPV son descritos como tranquilos, dormilones y lentos, los niños con SDA eran inquietos e impulsivos desde el comienzo. Estas descripciones podrían relacionarse con diferencias en rasgos temperamentales: nivel de actividad, regularidad biológica, humor, desde edades tempranas de la vida, muchas de ellas con un carácter hereditario o constitucional. La continuidad en

el tiempo de algunas de estas variables y los antecedentes familiares, en particular la actividad y el sueño permitiría identificar grupos «de mayor riesgo» para presentar estos cuadros.

La conducta en el hogar y la escuela muestra que en el grupo TPV los niños son descritos como cariñosos y bien adaptados socialmente mientras que en el grupo SDA se caracterizan por ser hiperactivos e impulsivos, además de tener conductas agresivas y rebeldes, en concordancia con lo descrito en la literatura. (1)(3)(12)(13)(14).

Un elemento de gran importancia en el diagnóstico de TPV es la mayor cantidad de sueño total observado en este grupo, la tendencia a dormirse en situaciones de menor nivel de vigilancia y la alta proporción de niños en edad escolar que con frecuencia duerme siesta. Los parientes cercanos también refirieron presentar estas características. Este es uno de los elementos que ha hecho plantear el carácter genético de esta entidad que se heredaría en forma dominante.

En concordancia con los puntos que ya se han discutido, los dos grupos de estudio difieren

significativamente en la prueba de Conners en los ítems que miden impulsividad, e hiperactividad, y adaptación social, nuevamente acentuando elementos centrales del diagnóstico diferencial. Por el contrario los ítems sin diferencia enfatizan los aspectos que pueden llevar a confusión «inatención», «distractibilidad fácil», «no termina lo que comienza».

Los resultados de la evaluación psicológica en el aspecto conductual son concordantes con lo discutido previamente.

En el grupo TPV se observan mayores índices de inmadurez visoperceptiva y signos de disfunción neurológica que se refleja en la ejecución visomotora. Esto reflejaría una mayor alteración neurológica de base considerando que el rendimiento intelectual global estaba en el rango normal para ambos grupos pero se observaron diferencias en las subpruebas. La subprueba de Información evalúa memoria remota de conocimientos adquiridos y grado de interés por sucesos del ambiente: la disminución de esta función en los niños TPV, pondría en evidencia una baja permanente en el estado de alerta que impediría retener información a largo plazo. Respecto de la sub-prueba de Completación, que evalúa la capacidad para discriminar lo esencial de lo accesorio y que apareció más disminuida en el grupo TPV, también reflejaría un déficit en el alerta, ya que consiste en una tarea monótona que impide la persistencia en la atención, mientras que en los niños con SDA la atención se manifiesta en forma fluctuante. Por último la subprueba de Dígitos que mide atención, concentración y retención inmediata, apareció francamente disminuida en el grupo SDA, reflejando el déficit en el aspecto selectivo y sostenido de la atención: el grupo TPV podía mantener la atención gracias al carácter cambiante de la tarea solicitada y a la exigencia que hace el examinador al requerirle que repita ciertos números tras escucharlos. Los hallazgos, en conjunto, corroborarían la teoría en el sentido de diferenciar tipos de atención, que no serían los mismos en los dos cuadros estudiados. En el TPV se trataría de un defecto en la mantención de la atención, debido a una disminución en la capacidad de alerta frente a estímulos del medio ambiente, mientras que en el SDA habría un

problema en la capacidad para seleccionar estímulos pertinentes.

Los resultados del CAT coinciden en forma muy cercana con la descripción del temperamento que caracteriza al TPV. Los niños con TPV manifiestan una percepción del mundo como predominantemente amistoso, revelando optimismo frente al futuro, en contraposición con los niños con SDA cuya percepción sería de amenaza hacia ellos y expectativas negativas del futuro. Además la actitud hacia el mundo sería en los niños TPV activamente positiva en la mayoría de los casos, mostrándose cooperadores, amistosos e integrados en su entorno; en el SDA en cambio se muestra una marcada tendencia negativa hacia el medio, que puede ser activa (agresión abierta) o pasiva (retraimiento). En ambos grupos se descartó la presencia de un cuadro depresivo.

En resumen, en este trabajo observamos las mismas características de TPV que aparecen descritas en la literatura. (1)(2)(15) Se observó un mayor número de horas de sueño, un comportamiento caracterizado por lentitud, pero adecuación social hasta el punto de ser queridos y aceptados por otros, así como un déficit en el estado de alerta. En cambio, en el SDA las características centrales fueron inquietud, desorganización frente al trabajo escolar, mala adaptación al ambiente, además de un déficit en los aspectos selectivo y sostenido de la atención. Además de estos rasgos, considerados centrales en la descripción teórica y práctica del TPV y el SDA nuestro estudio recogió otras características que podrían favorecer el posterior reconocimiento de cada cuadro. Entre ellas podemos mencionar que el TPV constituiría un motivo de consulta a una edad posterior que el SDA, con un predominio de dificultades de rendimiento escolar en comparación con los problemas conductuales del SDA que serían la queja principal de padres y apoderados. A diferencia de este grupo, los niños portadores de SDA aparecen como un grupo de alto riesgo en el aspecto escolar pero también el aspecto social, con dificultades al interior de sus familias, con los profesores y con sus pares. Los hallazgos psicométricos, mostrando perfiles de rendimiento distintivos en ambos grupos, sugieren la

necesidad de profundizar en el estudio neuropsicológico de estos niños.

Concluimos que existiría un cuadro distingible y separable del SDA, denominado Trastorno Primario de la Vigilancia, como entidad nosológica independiente y diferenciable clínicamente del SDA, con un perfil distintivo que se obtiene a través de la historia clínica y la evaluación neurológica y psicológica.

El segundo hecho de importancia, muy ligado a lo anterior es que resulta necesario profundizar en la evaluación neuropsicológica de los niños que reporten problemas atencionales, ya que esto podría aportar a la descripción de otras entidades con pronóstico y características especiales.

Es necesario continuar y profundizar en esta línea de investigación para establecer otros parámetros objetivos para la detección del TPV, considerando que este conocimiento permitiría ayudar a muchos niños a lograr una mejor adaptación.

BIBLIOGRAFIA

1. Weinberg W. Vigilance and its Disorders Neurologic clinics 1993; 1: 59-78.
2. Weinberg W. Primary disorder of vigilance. A novel explanation of inattentiveness, daydreaming, boredom, Restlessness and sleepiness. J Pediatr 1990; 116 : 720-5.
3. Shaywitz SE Shaywitz BA. Attention deficit disorder: Current perspectives. Pediatr Neurol 1987; 3: 129-35.
4. Rosenberg P. Attention Deficit. Pediatr. Neurol 1991; 7: 397-405.
5. Pichot P. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales Barcelona editorial Mosson S.A. 1995 (82-89).
6. Doppitz E. Test Guestáltico visomotor para niños. Buenos Aires Editorial. Guadalupe 1982.
7. Adiazola y cols. Test de Inteligencia de Weschsler para niños revisado. Escuela Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile 1991.
8. Bellack L. TAT. CAT. y SAT. Uso Clínico II edición México Editorial. Manual Moderno 1990.
9. Condemarin M. Bloquist C. la Dislexia. Santiago Chile. Editorial Universitaria 1970.
10. Tallis J. Sopreno A. Y. Neuropediatría, Neuropsicología y aprendizaje. Buenos Aires. Ediciones Visión 1991 167-215.
11. Andreuci A, et al. El test de Bender-Koppitz para niños. Apuntes para la Carrera de Psicología U. de Chile 1988.
12. Roizen N, Blondis T, Irwin M. Adaptive Functioning in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Arch Pediatr Adolesc Med 1994; 148: 1137-1142.
13. Hudziak J. Todd R. Familial subtyping attention deficit hyperactivity disorder. Current opinion in Psychiatry 1993; 6: 489-493.
14. Biederman J. Newcorn J. Sprich S. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity With Disorder Conduct, Depressive, Anxiety, and other Disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 5, 564-577.
15. Weinberg W. A Brumback R A: Themyth of attention deficit hyperactivity disorder: Syntoms resulting from multiple causes. J. Child Neurolg 1992; 7: 431-445.

TUMORES DE TRONCO CEREBRAL

*Dra. Carolina Coria De la Hoz. Becada Neurología Pediátrica. Hospital Clínico San Borja Arriarán
Servicio de Neuropsiquiatría Infantil.*

Los tumores de tronco representan el 10 a 15% de los tumores intracraneanos en niños, y un 25 a 30% de los tumores de fosa posterior. Habitualmente se presentan en la infancia, entre los 2 y 12 años, con un pique a los 6 años. La mayoría corresponde a astrocitomas de localización pontina y más del 50% son infiltrativos.

Hasta 1985 no existía evidencia que sugiriera que la localización de los gliomas de tronco se relacionaba con la histología y con su pronóstico. Se creía que eran invariablemente malignos con una sobrevida que no sobrepasaba los 15 meses aún después de radioterapia (RT), por lo cual no parecía importante clasificarlos. Fred Epstein de acuerdo al seguimiento de 30 pacientes sugirió una clasificación en cuanto a tamaño, localización y evidencia de diseminación para ser probada en ensayos sucesivos controlados y determinar su significancia pronóstica: (1)

I INTRINSECOS

- A. Difuso
- B. Focal (<2,5 cm, sólidos o quísticos)
- C. Cervicobulbar (eran gliomas de bajo grado y tenían un mejor pronóstico)

II EXOFITICOS

- A. Anterolateral dentro del ángulo ponto-cerebeloso.
- B. Posterolateral en el puente.
- C. Posterior, dentro del IV ventrículo (más del 90% de los exofíticos, se manifestaba como hidrocefalia y en general eran gliomas de bajo grado).

III DISEMINADOS

- A. Citología (+)
- B. Mielografía (+)

Al año siguiente Hoffman, a partir de la visualización en la tomografía axial computada

en 49 pacientes, publicó otra clasificación, que es la más usada hoy día (2) y que corresponde a la clasificación de Toronto:

1. Grupo I: (22%) Piso del IV ventrículo, exofítico, limitada infiltración, isodensos que captan medio de contraste. En todos se hizo resección subtotal y en caso de recidiva; correspondieron a gliomas de bajo grado y tuvieron un excelente pronóstico.
2. Grupo II: (52%) Intrínsecos, difusamente infiltrativos, localizados en su mayoría en la protuberancia, con áreas hipodensas e hiperdensas a la TAC que se extendían a las cisternas prepontinas y cerebelopontinas. Correspondían a astrocitomas anaplásticos o glioblastomas multiformes, con un pésimo pronóstico.
3. Grupo III: (8%) Tumores quísticos, cuyas cápsulas captan contraste. Mal pronóstico.
4. Grupo IV: (18%) Intrínsecos, focales de localización cervicobulbar y correspondían a gliomas de bajo grado. Buen pronóstico.

MANIFESTACIONES CLINICAS: La clínica inicial puede ser muy variable. Los signos principales, en especial del grupo II, son: parálisis de nervios craneanos, signos piramidales y signos cerebelosos, con progresión a estados avanzados generalmente sin aumento de la presión intracraneana.

Pueden presentarse con vómitos por infiltración directa del área postrema, trastornos de la marcha, hemiparesia, evidencia de compromiso de pares craneanos (debilidad facial, estrabismo, dificultad en la deglución), inclinación de la cabeza, cambios de la personalidad, trastornos del sueño (por compromiso de la sustancia reticular activante) y menos frecuentemente déficit hemisensoriales por infiltración de la vía lemniscal.

Los del grupo I se presentan en un 75% con hidrocefalia, síndrome cerebeloso, cefalea, pobre incremento ponderal, siendo raro el compromiso de vías largas.

DIAGNOSTICO: Es de elección la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) (3), que permite la mejor visualización de la fosa posterior. El corte sagital a menudo muestra claramente la extensión rostrocaudal del tumor especialmente en T 2, (4). Además la RNM permite una aproximación a la naturaleza del tumor: el mayor contraste con gadolinio y la visualización de áreas sugerentes de degeneración necrótica indica un peor pronóstico, por lo que se ha postulado que la RNM reemplazaría a la biopsia estereotáxica en el diagnóstico de los gliomas difusos de tronco (5).

Las indicaciones de la biopsia estereotáxica se han reducido a aquellas masas peripontinas focales (tumores dorsales exofíticos, mesencefálicos, bulbares) que generalmente pueden ser parcial o totalmente resacados, y que es más probable que correspondan a gliomas de bajo grado (10 a 15% de todos los tumores de tronco), y cuando el diagnóstico aún por RNM es dudoso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se plantea con abscesos, cisticercosis, tuberculomas y malformaciones vasculares. En ocasiones aún por RNM no es fácil distinguirlos por lo que se hace necesaria la biopsia.

TRATAMIENTO:

GRUPO I: Resección subtotal (más RT si el tumor recidiva)

GRUPO II: No son quirúrgicos dado que el pronóstico es desastroso.

* Radioterapia convencional: sobrevida 20 a 30% a 5 años (6)

* Quimioterapia (QT): Tanto lo coadyuvante (junto con RT)(7), como la QT al momento de la recurrencia (8) no han mostrado mayor ventaja.

* Radioterapia hiperfraccionada: Dosis menores a intervalos frecuentes. Algunos ensayos clínicos han demostrado que prolonga la sobrevida (9)(10), mientras otros más recientes no lo apoyan (11).

* En investigación: implante de 1 135, inmunoterapia con interleukina 2 e interferón beta, vector retroviral de genes supresores del tumor.

GRUPO III: Aspiración y biopsia del quiste. Mal pronóstico en general.

GRUPO IV: Resección subtotal + RT, pronóstico algo más favorable.

CONCLUSION

En los últimos 10 años y debido fundamentalmente al advenimiento del diagnóstico por imagen, ha sido posible comprender que existen ciertos tumores de tronco susceptibles a tratamiento (cirugía, radioterapia) que han mejorado la sobrevida. Sin embargo la gran mayoría, generalmente protuberanciales e infiltrativos, continúan siendo de un pronóstico sombrío, siendo la radioterapia convencional el único procedimiento paliativo, que podría prolongar escasamente la sobrevida.

BIBLIOGRAFIA

1. Epstein, F. A staging system for brain stem gliomas. *Cancer* 56: 1804-1806. 1985.
2. Hoffman, H. Diagnosis and management of pediatric brain-stem gliomas. *J. Neurosurg* 65: 745-750, 1986.
3. Packer, R. Brainstem gliomas of childhood: Magnetic resonance imaging. *Neurology* 35:397-401. 1985.
4. Barkovich, A J, et al. Brainstem gliomas: A classification based on magnetic resonance imaging. *Pediatr Neurosurg*, 16: 73-83, 1990.
5. Albright, L, Packer, R. Magnetic Resonance Scans should replace biopsies for the diagnosis of diffuse brain stem gliomas: a report from the Children's cancer group. *Neurosurgery*, 33, N° 6: 1026-1030, 1993.
6. Stroink, A R. Diagnosis and management of pediatric brainstem gliomas. *J Neurosurgery*, 65: 745-750. 1986.
7. Derok, R. Brainstem tumors in childhood: a prospective randomized trial of irradiation with and without adjuvant CCNU, VCR, and prednisone. *J Neurosurg* 66: 227-233. 1987.

8. Fulton, D. Chemotherapy of pediatric brainstem tumors. *J Neurosurg* 54: 721-725, 1981.
9. Edwards, M. Hyperfractionated radiation therapy for brain-stem glioma: a phase I-II trial. *J Neurosurg* 70: 691-700, 1989.
10. Packer, R. Hyperfractionated radiotherapy for children with brainstem gliomas: A pilot study using 7.200 cGy. *Ann Neurol*, 27: 167-173, 1990.
11. Packer, R. Hyperfractionated radiation therapy (72 Gy) for children with brainstem gliomas. *Cancer*, 72: 1414-21, 1993.

ESCLEROSIS TEMPORAL MESIAL

Dra. Loreto Ríos Pohl. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

«La esclerosis temporal mesial es una patología frecuente de encontrar en pacientes con epilepsia parcial compleja del lóbulo temporal; esto se basa en hallazgos anatomopatológicos y que la resección de esta área es curativa para la epilepsia en un número no despreciable de pacientes» (1)

DEFINICIONES

Esclerosis:

- Macroscópicamente se aplica a una disminución e induración del área.
- Microscópicamente corresponde a necrosis neuronal selectiva con gliosis secundaria.

Mesial = Medial

Se usan como sinónimos:

- 1) Esclerosis del Asta de Ammon: Compromiso sólo del Asta de Ammon.
- 2) Esclerosis Hipocampal: Compromiso del Asta de Ammon, giro dentado y subiculum.
- 3) Esclerosis mesial temporal: Compromiso del hipocampo, corteza entorrinal y amígdala.

I. Morfología del hipocampo

A. Anatomía (2)

El hipocampo es parte del sistema límbico, el cual está formado por:

- Giro cingulado.
- Corteza parahipocampal.
- Uncus.
- Complejo amigdalino.
- Núcleos asociados.
- Hipocampo: Asta Ammon, Giro dentado, Subiculum.

El hipocampo se ubica en la superficie anterior y medial del lóbulo temporal, forma parte de la pared medial del ventrículo lateral y está cubierto por el giro parahipocampal. Su estimulación eléctrica produce cambios autonómicos y del

comportamiento, y su lesión produce, trastornos de conducta y trastornos de memoria reciente. Es por esto que las lesiones de estas áreas pueden resultar en trastornos cognitivos, cambios de personalidad y trastornos de comportamiento interictales.

B. Histología (1,2)

1. Asta de Ammon: Esta se subdivide en 4 áreas.
CA1: Contiene células piramidales pequeñas sueltamente agrupadas.
CA2: Contiene una banda delgada de células piramidales grandes, densamente agrupadas.
CA3: Contiene una gran banda de neuronas sueltamente agrupadas.
CA4: Corresponde a zona del giro dentado.

2. Giro dentado: Este está constituido por células granulares.

II. Patogénesis de la Esclerosis mesial (8,9,10)

Oscar Vogt (1925) fue uno de los primeros en referirse a este tema, él postuló la hipótesis de Patoclisia, la cual se basa en que "existen grupos de células nerviosas con propiedades fisicoquímicas y morfológicas similares, que se agrupan en áreas citoarquitectónicamente definibles, y que comparten susceptibilidad específica a ciertos agentes patogénicos".

Por otro lado Spielmeyer (1925-1927) postuló una hipótesis vascular que consistía en que la distribución especial de la lesión era secundaria a fenómenos vasculares siendo más vulnerable las zonas limitrofes, sin embargo esta hipótesis nunca tuvo un soporte anatómico consistente. En lo que si concordaron Vogt y Spielmeyer fue en que la vulnerabilidad específica de los diferentes sectores del hipocampo en la Esclerosis mesial no es restringida sólo a epilepsia, sino que se ve también en cuadros tan diversos como Isquemia, Anoxia, Demencia senil, enfermedad de Pick y Pelagra entre otros. Scholz en 1963 intenta conciliar ambas hipótesis

postulando que existen grupos celulares con umbral diferente a la isquemia. Esta teoría tampoco fue ampliamente aceptada.

La teoría actual se basa en la interacción de varios factores.

1) Acción neurotóxica de aminoácidos (Aa) excitatorios. (1,3).

* Los Aa Excitatorios L-Glutamato y L-Aspartato son los más abundantes a nivel cerebral. La liberación excesiva de Glutamato y Aspartato durante la convulsión resulta en daño neuronal importante.

* En la esclerosis temporal mesial, en el 70% de los casos el área con pérdida neuronal predominante es CA1 (En el 2-4% existe una pérdida total). Sin embargo existen otras áreas vulnerables como el hilus del giro dentado y CA3 debido a que son ricos en receptores de glutamato lo que favorece influjo de Ca (+2) al intracelular, y con esto la muerte celular. Por otra parte, CA1 y CA3 no tienen o son pobres en proteínas buffer de CA + 2.

Por lo tanto en la esclerosis mesial el daño se debe o refleja un daño excitotóxico en una población de neuronas que son relativamente poco protegidas a los influjos de iones Ca +2.

2) Las convulsiones inducen cambios sistémicos y metabólicos que llevan a producir aumento de Acido Araquidónico, proteinkinasa c y radicales libres, todo lo anterior tiene un rol inflamatorio adicional al daño neuronal.

3) Expresión génica: Las convulsiones inducen la expresión de genes que median la muerte neuronal.

III. Factores predisponentes de la esclerosis mesial (1,11, 12, 15)

1) Status Epiléptico: (SE)

Diversas son las publicaciones que consideran el SE como factor predisponente. Corsellis y Bruton ('83) examinaron el cerebro de 20 pacientes fallecidos por SE de los cuales 16 presentaron esclerosis mesial. Se ha visto que el riesgo de esclerosis mesial es edad dependiente (riesgo mayor 3m - 7a).

Probablemente la mayor resistencia en los menores de 3 meses sea debido a la menor liberación de glutamato que en cerebros maduros, asociados al menor número de sinapsis de las fibras musgosas.

2) Convulsiones febriles: Se considera el principal factor de riesgo de desarrollar esclerosis mesial temporal. En su mayoría son convulsiones febriles complejas y la causa se debería a un aumento del influjo de Ca (+2) y disminución de ATP lo que provoca un déficit de la función de la bomba ATP dependiente encargada del eflujo de Ca + 2 a nivel neuronal.

3) Daño perinatal: Existiría una susceptibilidad neuronal selectiva frente a traumas leves.

IV. Esclerosis temporal mesial ¿Causa o resultado de las convulsiones? (4,1,5)

Por un lado es sabido que las convulsiones especialmente recurrentes o prolongadas pueden llevar a una esclerosis mesial, pero sin embargo, por otro lado, también hay evidencias claras que una vez desarrollada la esclerosis mesial esta puede ser la causante de epilepsias parciales simples o complejas.

El porqué la esclerosis mesial produce epilepsia no está claro. Un probable circuito que podría explicarlo sería:



Por otro lado es importante tener en cuenta que la esclerosis temporal mesial no es la única patología que debe considerarse en los mecanismos patogénicos de la epilepsia temporal.

La amígdala tiene un rol tan importante como la esclerosis mesial, sin olvidar que otras áreas temporales también pueden estar comprometidas y hay que tenerlas presente dada su implicancia; Se ha visto que el 13-26% de los pacientes con epilepsia parcial compleja y esclerosis temporal mesial presentan patología extracampal (gliomas, hamartomas, malformaciones del SNC) (6,7).

V. Fenotipo Clínico

En un estudio realizado por Williamson & French (13) en 67 pacientes con epilepsia del lóbulo temporal; 100% presentaban epilepsias parciales complejas; 50% secundariamente generalizada y el 96% refirió aura de los cuales el 61% fue de tipo visceral. El 92% de este mismo grupo presentó factores de riesgo, siendo el más frecuente la historia de convulsiones en la infancia (94% conv. febriles complejas).

La edad promedio de inicio de las crisis fue de 9 años.

- Características del electroencefalograma:
- * Típicamente consiste en paroxismos sobre la región temporal anterior.
- * No es infrecuente encontrar anomalías bilaterales, incluso en aquellos pacientes exitosamente lobectomizados.
- * Si la lesión se produce antes de los 5 años en el 80% el EEG es bilateral.
- * Por ubicación es frecuente encontrar EEG interictales normales.

- TAC cerebral: Frecuentemente normal.

- RNM cerebral: Es el examen que corrobora el diagnóstico. Se observa:
- * Atrofia hipocampal e hiperintensidad en T2 en hipocampo atrófico.

En un estudio de RNM en 44 niños con epilepsia intratable (14), veinte niños tenían lesión temporal y fueron sometidos a lobectomía cuya anatomía patológica mostró:

- * 45% Esclerosis mesial
- * 20% Tumor (2 oligodendrogliomas y 2 gangliogliomas)

- * 15% displasia cortical
- * 10% gliosis mínima
- * 10% Normal

VI. Tratamiento

* *Anticonvulsivantes:*

Primera línea: Carbamazepina; Fenitoina; Fenobarbital, Primidona.

Segunda línea: Acido Valproico; Clorazepam.

* *Quirúrgico:*

Se plantea en aquellos pacientes resistentes a tratamiento anticonvulsivante (30%).

La técnica más utilizada es la lobectomía temporal anterior (debe incluir amígdala e hipocampo).

BIBLIOGRAFIA

1. Zhao Liu, MD, Mohamed Mikati, MD, and Gregory L. Holmes, MD. Mesial Temporal Sclerosis. Pathogenesis and Significance: Pediatric Neurology 95 vol. 12 N° 1 (5-16)
2. Bustamente, Jairo. Neuroanatomía funcional. Fondo Educativo Interamericano 1978. Cap. 12.
3. Lipton S.A., Rosenberg P.A., Excitatory Amino Acids as a final common Pathway for Neurologic Disorders., NEJM vol. 330 N° 9 (613-622)
4. Condes F., Andermann F., Atrophy of Mesial Structures in Patients with temporal lobe Epilepsy: Cause or consequence of Repeated Seizures?, Ann Neurology 1993; 34: 795-801
5. Mathenn G; Bobb T., The clinical pathogenic mechanisms of hippocampal neuron loss and surgical outcome in temporal lobe epilepsy. Brain 1995; 118; 105-118
6. Saygis, Spencer. Differentiation of temporal lobe Ictal Behavior Associated with Hippocampal Sclerosis and Tumors of temporal lobe. Epilepsia 35 (4) : 737-742, 1994
7. Duchowny M; Kevin B. et al. Temporal Lobectomy in Early Childhood. Epilepsia 33 (2) : 298-303, 1992
8. Vogt O. J., Dev Bagniff dev Pathoclise Psychol Neurol 31: 245-255, 1925
9. Spielmeyer W. Z., Die Pathogenese des

Epileptischen Krampjes. Dtsch Gesellsch Neurol Psychiatr 109: 501-520, 1997

10. Spielmeier W.Z., Über ostliche Vrlinerabilitat Dtsch Gesellsch Neurol Psychiatr 118: 1-16, 1929

11. Cendes F.; Anderman F. et al. Early childhood prolonged febrile convulsions, atrophy and sclerosis of mesial structure, and temporal lobe epilepsy. An MRI voluments study. Neurology 1993, 43; 1083-1087

12. Kuks J B M; Cook MJ et al. Hippocampal sclerosis in epilepsy and childhood febrile seizures.; Lancet 1993 vol 342 (1391-1394)

13. Williamson P D.; Frech J. A. et al., Characteristics of medial temporal lobe epilepsy. Ann Neurol 1993; 34; 781-787

14. Kuzmichy R.; Murro A. et al., Magnetic Resonance imaging in childhood intractable partial epilepsies. Neurology 1993; 43; 681-687

15. De Giorgio C.; Tomiyaso O. et al., Hippocampal Pyramidal Cell loss in Status Epilepticus. Epilepsia 33 (1): 23-27, 1992.

Rantala H., Uhari M., Cherry J.

Risk factors of respiratory failure en children with Guillain-Barré syndrome.

Pediatric Neurology 1995. 13: 4. 289-291.

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) ocurre anualmente en 0,38 - 0,6 x 100.000 niños menores de 15 años. La variante más común es el Síndrome de Miller-Fisher con oftalmoplejía, ataxia, arreflexia. Entre un 15 - 24% requiere ventilación mecánica en fase aguda. El compromiso respiratorio no se puede predecir.

La plasmaferesis y la inmunoglobulina endovenosa acortan la duración del SGB y el tiempo de ventilación mecánica. El conocer factores de riesgo ayudaría a seleccionar pacientes para utilizar precozmente la plasmaferesis y la inmunoglobulina endovenosa.

- Objetivo: determinar factores de riesgo para desarrollar compromiso respiratorio en el SGB.

- Pacientes: 120 niños, 22 (17%) tuvieron compromiso respiratorio que requirió ventilación mecánica.

- Estudio de variable única y de multivariantes demostró los siguientes factores de riesgo para requerir ventilación mecánica.

a) Compromiso de nervios craneales (47 niños).
b) Periodo menor a 8 días entre la infección precedente hasta que se establecieron los síntomas. c) Proteínas de LCR elevadas la primera semana (>800 mg/l— 3,1 más riesgo). La variante Miller-Fisher: tuvo riesgo de compromiso respiratorio 8, 6 veces más alto que la variante típica.

- Complicaciones mortales del SGB son:

- a) Compromiso respiratorio.
- b) Paro cardíaco.
- c) Infección pulmonar.

- Sólo un paciente falleció por paro cardíaco

(arritmia). Los que tuvieron ventilación mecánica el promedio fue + 25 días. El pronóstico de compromiso respiratorio asociado a ventilación mecánica es bueno, pero hay más mortalidad y es traumático para el niño por lo cual se debe prevenir si es posible.

Revisado por: Dr. Ricardo Madrid Henao, Becado Pediatría. UNACH Valdivia.

Bellman S., Davies A., Fuggle P. *Archives of Disease of Children 1996. 74: 215-218.*

Mild impairment of neuro-otological function in early treated congenital hypothyroidism.

El objetivo fue evaluar la prevalencia de problemas audiovestibulares en niños en quienes se hizo el diagnóstico de hipertiroidismo congénito por screening neonatal con tratamiento instaurado precozmente (X: de 28 días).

Se realizó audiometría, timpanometría, umbral de reflejo estapedioacústico y potencial evocado auditivo en 38 niños de edades entre 10 - 12 años, junto con evaluar la función vestibular (electronistagrafía, test de reflejo óculo vestibular, test calórico) en 29 de los niños pues el resto no completó el estudio.

Se detectó 19 niños con hipoacusia neuro-sensorial con un umbral de más de 15 decibeles, sólo 2 niños tuvieron más de 40 decibeles de hipoacusia (pero en un sólo oído), 8 tuvieron un umbral de reflejo estapedio acústico elevado.

2 niños tuvieron potenciales auditivos evocados alterados. De los 29 niños con estudio de la función vestibular, 12 tuvieron alteración vestibular periférica.

Revisado por: Ricardo Madrid Henao, Becado Pediatría. UNACH Valdivia.

Lynch B., Rust R.

Natural history and outcome of neonatal hypocalcemic and hypomagnesemic seizures
Pediatric Neurology 194. 11: 1. 23-26

La hipocalcemia e hipomagnesemia eran etiologías frecuentes de convulsiones neonatales en las décadas de 1960 - 1970, constituyendo hasta 34% del total de convulsiones neonatales una proporción importante de éstas eran debido a un alto contenido de fosfato en las fórmulas de leche de vaca, con una evolución benigna. Actualmente las convulsiones neonatales por hipocalcemia e hipomagnesemia alcanzan un 13% del total de convulsiones, asociadas a una serie de trastornos metabólicos y encefalopatía hipóxica-isquémica, con un pronóstico diferente a los años anteriores. Este estudio pretende aclarar la etiología, historia natural y resultado de las convulsiones neonatales debidas exclusivamente a hipocalcemia-hipomagnesemia.

Se estudia a 15 RN con convulsiones neonatales por estos trastornos, excluyendo cuidadosamente a los que presentaban otras etiologías.

Se obtiene como diagnóstico asociado cardiopatía congénita severa, en 7 de los 15 niños, correspondiendo a un 47%, uno de estos con sd. de Di George y 3 con formas frustras de este síndrome.

A diferencia de estudios previos no se observó anomalías en la formulación de la leche.

5 pacientes (= 36%) murieron por causas no relacionadas con las convulsiones, en el seguimiento de 8/9 pacientes por 57 meses se encontró anomalías neurológicas en 2 (=22%), los dos con una etiología endocrina de su hipocalcemia.

Se concluye que en pacientes con cardiopatías congénitas severas debe investigarse la hipocalcemia e hipomagnesemia.

En la actualidad el pronóstico en las convulsiones no sería tan favorable y dependería fundamentalmente de la enfermedad de base o condiciones médicas asociadas.

Revisado por: Verónica Gahona Garcés, Becada
Pediatria. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Pinto-Martin J., Riolo S., Cnaan A., Holzman C.,
Susser M., Paneth N.

Cranial Ultrasound Prediction of Disabling and Nondisabling Cerebral Palsy at Age Two in a Low Birth Weight Population.
Pediatrics 1995;95:249-254.

OBJETIVO: A través de técnicas de análisis de multivariantes, establecer la asociación entre la presencia de alteraciones en el ultrasonido cerebral neonatal y la parálisis cerebral (PC) posterior, definido como PC incapacitante o PC no incapacitante, dependiendo del nivel de disfunción motora.

METODO: Se realizó un estudio prospectivo de cohortes incluyendo 1105 recién nacidos del 501 a 2.000 gr. de peso de nacimiento provenientes de 3 Centros de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales de New Jersey, entre el 1 de Septiembre 1984 y el 30 Junio 1987.

De los 901 sobrevivientes a la edad de 2 años, se pudo realizar el seguimiento en 777 (86%).

En el post parto inmediato se objetivó información de las madres sobre exposición prenatal a tabaco, alcohol, medicamentos, patología historia reproductiva.

A cada niño se le hizo Ecografía cerebral a las 4 hrs., 24 hrs y 7 de vida y en un 46,8% (517) se les realizó otra Ecografía a la 5ta. semana de edad para observar lesiones que no hubieran aparecido en la primera semana de vida. Los hallazgos ultrasonográficos se catalogaron como:

- 1) Hemorragia de la matriz germinal-intraventricular (MG/HIV).
- 2) Densidad o hipodensidad ecogénica del parénquima, con o sin hemorragia de la matriz germinal o intraventricular.

3) Crecimiento ventricular con o sin hemorragia de la matriz germinal o intraventricular (MG/HIV).

RESULTADOS: De los 777 niños evaluados a los 2 años de edad, 113 (14,6%) fueron clasificados como portadores de PC.

De estos 113 casos, 61 (7,9%) fueron clasificados portadores de Parálisis cerebral incapacitante, definida como aquella en que además de encontrar hallazgos neurológicos específicos hasta una de las siguientes condiciones:

- 1.- Incapacidad para dar 5 pasos sin ayuda a los 2 años.
- 2.- Test motor de Bayley: bajo 1DS.
- 3.- Recibir terapia física para la incapacidad motora.
- 4.- Recibir terapia quirúrgica por el trastorno motor
- 5.- Uso de algún método de asistencia física.

Los restantes 52 niños (6.71) quienes tenían hallazgos neurológicos definitivos (generalmente diplegia espástica leve), pero sin evidencia de interferencia con la vida diaria, fueron clasificados como portadores de Parálisis cerebral no incapacitante.

Con este modelo de multivariables peri y postnatales, se encontró que los siguientes factores son factores con riesgo significativo para PC incapacitante:

- Densidades o hipodensidades ecogénicas del parénquima o crecimiento ventricular en Ecografía cerebral (DHP/CV).
- Hemorragia de matriz germinal o intraventricular (MG/HIV).
- Ventilación mecánica.

Como variable única la MG/HIV tuvo un valor predictivo positivo para PC incapacitante de 25%, mientras que la DHP/CV tuvo un valor predictivo positivo de 52,4%.

Un 93,4% de los niños fueron correctamente clasificados como portador o no de PC

incapacitante en base a este modelo.

El peso de nacimiento, edad gestacional, tiempo de estadía en el hospital, raza, gemelaridad, presencia de trabajo de parto y Apgar no fueron predictores independiente significativos para PC incapacitante. Para la PC no incapacitante, el único factor de riesgo significativo en el modelo de multivariables fue la DHP/CV (como factor único tuvo un valor predictivo positivo de 27%)

CONCLUSIONES: Entre los factores peri y postnatales, las alteraciones en la Ecografía cerebral serían los predictores más importantes de la PC incapacitante en niños con bajo peso de nacimiento. Aunque la DHP/CV fue el productor más fuerte, la MG/HIV también apareció como contribuyente independiente en el riesgo de PC incapacitante.

La PC no incapacitante en niños de BPN parece tener un perfil de riesgo diferente al de PC incapacitante, estando menos relacionado con evidencia ecográfica de daño cerebral perinatal.

Revisado por: Dra. Yanina Jaramillo M., Becada de Pediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Base Valdivia

Steinlin M., Blaser S., Gilday D., et al.
Neurologic Manifestations of Pediatric Systemic Lupus Erythematosus.
Pediatric Neurology vol. 3 N° 3, 1995

Es un estudio retrospectivo estandarizado de 91 pacientes con LES pediátrico (entre 1976 y 1992), seleccionando aquellos pacientes que cumplieran con 4 o más criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Reumatología.

El promedio de edad en el momento de diagnóstico de LES fue de 13a 4m. El intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue entre 7 a 11 meses. La distribución según sexo fue de 31 mujeres (77%) y 9 varones (23%).

Del total de pacientes, 40 (44%) presentaron

compromiso del SNC (concordante con otros reportes que consignan entre un 13% a un 45%). 19 pacientes (48%) presentaban síntomas neurológicos al momento de diagnosticarse el LES.

12 (30%) presentaron síntomas neurológicos durante el primer año desde el diagnóstico.

Otros 9 tuvieron un lapso que varió entre 1 a 7 años.

De los 40 pacientes con síntomas de compromiso del SCN:

- 19 (48%) presentaron manifestaciones Neuropsiquiátricas (depresión en 8 casos, problemas de memoria o concentración en 6 casos, psicosis en 11 casos).

- 8 (20%) presentaron convulsiones, 2 fueron secundarias a accidentes vasculares cerebrales, 6 no tuvieron foco demostrable (5 con convulsiones TCG y 1 con conv. focal).

- 6 (15%) presentaron cuadros isquémicos cerebrales.

- Corea hubo 1 caso (3%), edema de papila en 2 (5%) casos hubo neuropatía periférica.

- 9 (22%) presentaron cefalea severa.

- 7 (17%) tuvieron más de una manifestación de compromiso del SCN.

Síntomas Neuropsiquiátricos: destaca que fue la manifestación más frecuente. Con anomalías demostrables al SPECT (un pattern de hipoperfusión en parches), siendo más útil que la TAC y RNM que no permiten distinguir si las imágenes se deben a la inflamación o al efecto tisular de los corticoides. El EEG y el LCR se encontró alterado en pocos pacientes.

Convulsiones: en un 33% se encontró un EEG normal, en 2 casos hubo actividad irritativa de lesiones focales (concordante con TAC y RNM) y 3 tenían un registro basal anormal. A sólo 2 se les indicó tratamiento antiepiléptico, el cual se suspendió sin recurrencia de las convulsiones.

Accidentes vasculares: hubo 6 casos de los cuales 1 fue una trombosis de seno venoso, 2 hemiparesia transitoria, otros fueron disfasias y 1 presentó convulsiones, coma y luego muerte. En estos casos destacó la utilidad del estudio de Anticuerpos Antifosfolípidos y del Anticoagulante del Lupus, que fue (+) en la trombosis y en los cuadros graves. Lamentablemente este estudio no se aplicó a todos por lo reciente de la técnica. La neuroradiología (TAC y RNM) fue útil para la localización de lesiones.

Cefalea: síntoma frecuente del LES, pero la TAC y RNM no fueron útiles para apoyo diagnóstico. En un caso de cefalea severa, progresiva y persistente (asociada a trombosis de seno venoso) se demostró lesión focal con la neuroradiología.

El pronóstico se calificó como excelente, con sólo una muerte (2,5%). Con rápida respuesta de los síntomas al tratamiento esteroideal.

Se destaca que el estudio y el tratamiento debe ser acorde a la presentación clínica e individual.

Finalmente se destaca la importancia que puedan tener el estudio de los anticuerpos.

Antifosfolípidos y del Anticoagulante del Lupus, incluso como indicador predictivo de complicaciones.

Revisado por: Manuel Mardones Torres, Becado Neurología Pediátrica, Hosp. Clínico San Borja Arriarán.

Wang L., Cohen M., Duffner P.
Etiologies of Central Diabetes Insipidus in Children.

Pediatric Neurology 1994;11:273-277

Se estudió 35 niños ingresados al Hospital de Buffalo entre Diciembre de 1979 y Diciembre de 1992 los que tuvieron diagnóstico de D.I. primaria o secundaria, excluyéndose los casos secundarios a muerte cerebral.

Sexo : 27 hombres, 8 mujeres
Edad: 3 semanas - 2 años

Causas:

1. Tumor: 19 casos.
 - Por efecto directo sobre el eje Hipotálamo-Hipófisis o secundario al tratamiento (lo más frecuente).
 - El más frecuente: craneofaringioma (6 casos el 2º germinoma supra sellar (4 casos)
 - 6 casos debutaron con D.I. y endocrinopatías.
2. Malformación cerebral: 7 casos (6 hombres)
 - Las más frecuentes: microcefalia, agenesia del cuerpo calloso; defectos de la línea media; holoprosencefalia.
 - Todos presentaban retardo mental severo y tetraparesia espástica.
 - 6 casos convulsiones; los más frecuentes espasmos infantiles.
 - La manifestación más temprana: deshidratación hipernatémica.
 - Otras endocrinopatías: 6 casos

3. Infección neonatal: 3 casos.
 - 2 casos meningitis por estreptococo B hemolítico grupo B de inicio tardío.
 - 1 caso toxoplasmosis.
 - Los 3 casos presentaron D.I. parcial
4. Trauma: 1 caso.
 - Trauma severo con fractura de cráneo; hemorragia subaracnoidea e intraventricular, e infarto cerebral.
5. Idiopático: 5 casos.
 - 4 casos con deficiencia aislada de ADH e intelectualmente intactos.
 - En este grupo en otros reportes existe un porcentaje de casos con anticuerpos anti células secretoras de vasopresina hipotalámicas con reducción del número de neuronas de los núcleos supraópticos y paraventriculares.

Revisado por: Gabriel Arancibia Assael, Becado de Pediatría. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

UNA EXPERIENCIA PARA COMPARTIR

*Dr. Felipe Cors, Psic. Amaya Catalán, Psicop. Cecilia Cordero, Psicop. Rosa Montoya
Colegio Marcelino Champagnat, La Pintana, Santiago.*

1.- INTRODUCCION: «EDUCACION Y POBREZA».

En la actualidad uno de los temas vigentes más importantes en nuestro país se relaciona con la educación, su mejoramiento, calidad y distribución equitativa de este recurso para los distintos sectores de la comunidad nacional.

Pese a que diversos indicadores económicos muestran que nuestro país está en un nivel de competitividad y desarrollo destacable, sabemos que un porcentaje muy alto de chilenos viven en la pobreza (28,5% equivalente a cuatro millones, encuesta CASEN, 1994 cit. en Etchegaray, 1996), lo que demuestra que la distribución económica y los recursos que ella implica no está llegando a todos por igual.

En la actualidad, la educación es considerada la principal vía que permitirá paliar la pobreza, sin embargo es importante destacar que no es suficiente con la entrega de recursos «académicos o enciclopédicos», como hemos entendido la educación hasta hace muy poco, sino que se debe entender y trabajar con la multiplicidad de factores que se asocian a la situación de pobreza y sus posibilidades de superación.

Alberto Etchegaray señala «la relación pobreza educación no es unidireccional (causa-efecto), sino más bien bidireccional, porque se condicionan mutuamente, es decir, «se es pobre porque no se tiene educación. Pero a la vez no se tiene educación, en gran parte porque se es pobre. Dicho de otra manera, si bien la educación es un mecanismo que permite salir de la pobreza, la pobreza a su vez, es una condición que dificulta el aprovechamiento de la educación por parte de los niños».

En este sentido, existe gran cantidad de investigación que apoya el planteamiento anterior, especialmente cuando analizamos aquellos aspectos que se relacionan con el logro

de las metas de desarrollo en los niños escolares de sectores sociales urbano-populares.

El niño escolar estará sometido a cambios físicos, sociales, morales cognitivos y afectivos, que serán determinados por su desarrollo biológico y por otra parte, por las circunstancias ambientales a las que se ve expuesto.

Son las circunstancias ambientales las que van a proporcionar al niño el entorno en que su potencial pueda alcanzar las metas del desarrollo, influyendo en la socialización y desarrollo de las distintas áreas (Catalán, 1995). Los niños de nivel socioeconómico bajo presentarían características psicológicas y conductuales específicas, como resultado de este proceso, las cuales son definidas y moldeadas por las condiciones socioeconómicas, modelos familiares y estilos relacionales presentes en su medio (Gissi, 1990 en Correa, 1991).

Así, en el aspecto físico el niño de nivel socioeconómico bajo presenta un menor crecimiento, de una mayor frecuencia de enfermedades y un menor desarrollo de las funciones cognitivas (Williamson, 1986).

El Desarrollo Moral, que en esta etapa progresa desde juicios unilaterales y absolutistas, hacia juicios que muestran calidades recíprocas, mutuas y relativas se ve dificultado ya que al interior de las familias urbano populares, los valores pueden ser muy flexibles, dependiendo de la situación presente, llegando a aceptar conductas desviadas tales como el robo y la prostitución (Williamson, 1986), que llevarán al niño a la internalización de valores difusos o negativos para su adecuada adaptación social.

Por otra parte la presencia de imágenes paternas débiles tanto en términos sociales como psicológicos, determina la carencia de un marco de referencia estable en relación al cual

conformar la conducta social: «La dificultad para definir pautas conductuales claras, obliga al niño a definir y redefinir los marcos contextuales difusos y para reaccionar frente a los cambios del ambiente» (Iturriaga, 1994 en Catalán, 1995). El problema de internalización de normas y valores se hace significativo al ingresar al sistema escolar, donde al niño se le pide responder a una serie de normas generales, que no necesariamente forman parte de su repertorio cognitivo y conductual.

La moral del niño popular está determinada por la inmediatez, donde las normas y los valores están condicionados por las circunstancias presentes y la satisfacción de necesidades básicas.

En cuanto al proceso de Socialización, las familias populares tienden a vivir centradas en el presente, con proyectos de vida provisorios; cada miembro de la familia está centrado en su propio desarrollo y como grupo, en la sobrevivencia cotidiana (Magendzo y Toledo, 1990) por lo cual el apoyo entre los miembros es escaso, llegando a constituir el subsistema fraterno un apoyo fundamental entre los hermanos (Filip, 1988).

En consecuencia el niño se hace independiente de los adultos, debido a un traspaso prematuro de responsabilidades.

En este aspecto, otro agente fundamental de socialización es la escuela, sin embargo para el niño popular el ingreso a éste suele ser a mayor edad que para niños de otros niveles, debido a que la escuela les resulta extraña, no entienden para que les sirve lo que se les está enseñando y se encuentra en situación desmedrada en relación al resto de los alumnos (Cardemil y Espinola, 1987).

En el área Cognitiva, el desarrollo cognitivo se ve disminuido por los pocos incentivos del medio: las familias tienen pocos recursos que ofrecerles, escaso vocabulario, bajos niveles de escolaridad de los padres, etc..

Todos estos déficit se reflejan en menores niveles de lenguaje (Baeza, 1984 en Filip, 1988), menor

desarrollo de las capacidades de Lectura y Visomotoras (Filip, 1988): dificultades para expresarse y problemas de aprendizaje (Williamson, 1986) y dificultades en la escuela que en muchos casos son interpretadas por los padres como «el niño no tiene mente para el estudio» y debe trabajar (Martinic, 1979 en Correa, 1991).

La dificultad para adaptarse a la escuela, al ritmo y a los procesos cognitivos exigidos en la escuela genera en los docentes la percepción de que en los niños de sectores populares prevalecen sus incapacidades y falta de hábitos (Cardemil y Espinola, 1987).

Finalmente, el desarrollo afectivo de este niño está caracterizado por una falta de expresiones de amor y afectividad (Williamson, 1986), con baja interacción con los padres y hermanos (Correa, 1991), con una relación afectiva con el padre escasa o nula, como consecuencia de un trato duro y autoritario, por lo cual la identificación con éste es pobre, y la autoimagen en relación a la virilidad es débil, por lo que tiende a ser sobrecompensada a través del ejercicio de la agresividad, primero sobre las hermanas y posteriormente a lo largo de la vida (Gissi, 1986). Este modelo de agresividad y dureza, podría ser posteriormente compensado por otros modelos, tales como pares y profesores, sin embargo por lo general estas no son figuras estables debido a los frecuentes cambios de colegio o domicilio del menor (Martínez, 1994).

2.- CARACTERISTICAS DEL COLEGIO

La motivación surgió de la necesidad de buscar nuevos caminos de apoyo hacia el grupo de alumnos que presentan dificultades para enfrentar de modo satisfactorio el plan académico tradicional.

La experiencia que queremos compartir es la labor de un equipo Interdisciplinario que realiza su labor de apoyo en el Colegio Marcelino Champagnat, el cual es un establecimiento de tipo subvencionado, a cargo de la dirección de los Hermanos Maristas. Nuestro Colegio se ubica en la comuna de La Pintana en el sector El Castillo, cuenta con un matrícula aproximada de

1.200 alumnos, divididos en dos ciclos, considerándose el primero de Primer año de enseñanza General Básica hasta Cuarto Año, y el segundo ciclo de quinto a octavo año básico, los cuales tienen a disposición alrededor de 40 profesores para cubrir las diferentes asignaturas y actividades extraprogramáticas que se desarrollan durante el periodo escolar (Marzo - Diciembre).

Entre las características más destacables de la población se encuentran:

- * Nivel socio-cultural bajo.
- * Familias unilaterales
- * Drogadicción y alcoholismo
- * Violencia intrafamiliar
- * Padres analfabetos, y con baja escolaridad (promedio 4º básico)
- * Hacinamiento, etc.

Al interior de la sala de clases encontramos niños que presentan dificultades en su rendimiento escolar, desmotivación ante cualquier tipo de trabajo que se presente, carencia de afectividad, agresividad, impulsividad, etc.

3- DESCRIPCION DEL EQUIPO

Nuestro equipo está constituido por un Neurólogo, una Psicóloga, dos Psicopedagogas, y en la actualidad contamos con una persona que realiza la labor de la Asistente Social, ya que la especialista renunció hace un mes. Dicha persona se encarga de las visitas domiciliarias, recolección de información acerca de la familia y situación socio-económica del niño en evaluación, entre otras cosas.

Este equipo depende de la Provincial de los hermanos Maristas, y al interior del colegio de la dirección del Establecimiento y respectivos coordinadores de ciclo.

A través de los coordinadores de cada ciclo se reciben las derivaciones de alumnos, y en las reuniones semanales se entregan las devoluciones a los coordinadores y en casos que se requiere a los profesores respectivos, de lo contrario el coordinador se encarga de informar a los profesores jefes.

El trabajo al interior del equipo se organiza en una reunión semanal (los días miércoles de 16.00 a 20.00 hrs.), en la cual se da información de las diferentes áreas evaluadas con el fin de llegar a un diagnóstico que oriente la toma de decisiones y terapias remediales adecuadas en los casos pertinentes, asimismo se realizan derivaciones a otros especialistas externos del colegio como son Fonoaudiólogo, Terapia para adulto, Tratamiento antialcoholismo y drogas, principalmente al Hospital Sótero del Río, C:E:D:E:L, Hogar de Cristo. Además se realizan derivaciones internas del Equipo.

Por otro lado el equipo participa en actividades propias del establecimiento como son celebraciones, reuniones de ciclo, consejos generales, etc.

4.- SINTESIS

En un medio tan deprivado social, y económicamente, el número de niños que presentan problemas de aprendizajes, conductuales u otros al entrar al sistema escolar o en el proceso, es muy alto, por ello la existencia de un equipo multidisciplinario al interior del establecimiento educacional ayudará significativamente en la prevención, diagnóstico y tratamiento de sus dificultades, ahorro significativo de tiempo y como una instancia de apoyo al equipo docente en la toma de decisiones.

Por otra parte en relación al trabajo al interior del grupo resulta gratificante en la medida que permite el intercambio de información, ahorro de tiempo, y permite obtener un diagnóstico multidisciplinario que favorece al alumno, aumenta con ello la probabilidad de ayuda directa a niños que presentan mayores dificultades para adaptarse al sistema escolar.

El logro de estos objetivos resulta complejo y dificultoso dado las características de nuestro sistema educativo tales como:

- La rigidez del sistema
- Falta de preparación de los docentes para trabajar en sectores populares
- Dificultad por parte de los profesores para trabajar en equipo.

- Inconsistencias diversas, etc.

Sin embargo «Tenemos la convicción de que al no hacer, se deprime gravemente a los niños, se les está subdesarrollando, y se sabe que después se necesita una reeducación para recuperar aquello que no se hizo en su momento adecuado».

BIBLIOGRAFIA

1. Cardemil C. y Espínola, V. (1987) Detrás del Pizarrón Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE).
2. Catalán R., Amaya (1995) Los criterios de derivación usados con el Diagnóstico Clínico Memoria para optar al título de Psicólogo Universidad de Tarapacá.
3. Correa, R. y otros (1991) Estudio Descriptivo

del Desarrollo Socioeconómico de Niños, Hijos de madres Adolescentes de nivel Socioeconómico Bajo. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, Santiago.

4. Etchegaray, Alberto (1996) Educación y Pobreza. Revista «Mensaje», N° 450 vol. 45, pág. 25-29.
5. Filp, J. (1998) El primer año de Escuela en Chile. Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE).
6. Gissi, J. (1986) Psicología de la Pobreza. Pontificia Universidad Católica, Escuela de Psicología, Chile.
7. Jolibert, J. (1991) Cachorros de Nadie. Madrid: Editorial Popular.
9. Williamson, G. (1986) Realidad Poblacional: Perspectiva Histórica y Situación Actual: Chile PIIE.

REUNIONES Y CONGRESOS

GRUPO DE EPILEPSIA

Se reúne el segundo Sábado de cada mes, entre 09.30 y 11.30 AM. Carlos Silva 1292 depto. 22 (frente a la Plaza Las Lilas). Asistencia abierta.

GRUPO DE TELEVISION

Se reúne el segundo Lunes de cada mes, entre 20.00 y 21.00 PM. Auditorium del Hospital Luis Calvo Mackenna. Asistencia abierta.

GRUPO DE ENFERMEDADES METABOLICAS

Se reúne el segundo Jueves cada 2 meses entre 13.00 y 14.00 PM. INTA, José Pedro Alessandri 5540. Asistencia abierta.

GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Se reúne el último Viernes de cada mes entre 12.45 y 14.00 PM. Hospital Luis Calvo Mackenna.

GRUPO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Se reúne el último Sábado de cada mes de 9.00 a 10.30 AM. Centro Scanner Galvarino Gallardo 1649. Providencia. Asistencia abierta.

XIV CONGRESO DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Presidenta del Congreso: Dr. Tomás Mesa L.
Tema Principal: «Neuropsiquiatría Fetal y Neonatal».

Lugar: Hotel Radisson Royal, Santiago Vitacura 2610, Fono: 2036000.

Fecha: 17, 18 y 19 de Octubre de 1996.

Informaciones: Dirigirse a Secretaría de la Sociedad, Fono 6331955 - 6396171 Fax: 6391085, Esmeralda 678 Ser. Piso Oficina 303, Santiago.

CONGRESO CHILENO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y NEUROCIROLOGIA

Directores: Dr. Andrés Heerlein,

Dr. Nelson Barrientos.

Lugar: Hotel Miramar, Viña del Mar.

Fecha: 7, 8 y 9 de Noviembre de 1996.

XV CONGRESO DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Presidente del Congreso: Dra. Isabel López S.
Tema Principal: «Nuevas Terapéuticas en Psiquiatría y Neurología Infantil».

Fecha: 16, 17 y 18 de Octubre de 1997.

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 y otras disciplinas afines. Estos artículos se harán llegar al comité editorial del Boletín, que se encarga 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 incluye 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

que se generan del estudio. No incluye su discusión.

- d) **Discusión:** Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.
- e) **Referencias:** Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición del problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto.

La anotación se hará como sigue:

Revistas: Apellido e inicial de los autores: Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agrega et. al... A continuación anote el título del artículo en su idioma original. Luego el nombre completo de la revista en que apareció, año, volumen, página inicial y final.

Ejemplo 1) Villalón H, Alvarez P, Barría E et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría. 1992, 63: 140-144.

Capítulos de libros: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más mencione los tres primeros y agregue et al. 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) Chiofalo N, Díaz A, Avila M. El mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial y 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.