



ISSN-0718-3798
Versión impresa

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

Publicación Oficial de la
**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

Volumen 23 - N° 1 - Marzo 2012



SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PERIODO 2012 - 2013

DRA. ALICIA ESPINOZA ABARZUA
Presidenta

DRA. VIVIANA VENEGAS SILVA
Vice-Presidenta

PSG. GLORIA VALENZUELA BLANCO
Secretaria

DRA. KERIMA ACEVEDO GALLINATO
Tesorera

Directores

DRA. DOLLY FIGUEROA ELLINGER
DRA. MARCELA CONCHA CACERES
DR. JUAN FRANCISCO CABELLO ANDRADE
DR. JUAN ENRIQUE GONZALEZ GASTELLU

DRA. MARITZA CARVAJAL GAME
Past-President

GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo Chileno de Trastornos
del Desarrollo
Presidenta
Dra. Daniela Zalaquett

Grupo de Estudios Adolescencia
y Adicciones
Presidente
Dr. Alejandro Maturana

Grupo de Estudios Trastornos del Sueño en Pediatría
Dra. Francesca Solari
Dr. Tomás Mesa
Dr. Pedro Menéndez

Grupo de Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de La Infancia y Adolescencia
Presidente
Dr. Ricardo Erazo

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

DR. RICARDO GARCIA S.

Editor Revista

Universidad de Chile / Clínica Las Condes

DRA. MURIEL HALPERN G.
Editora Asociada Psiquiatría
Universidad de Chile

DRA. ISABEL LOPEZ S.
Editora Asociada Neurología
Clínica Las Condes

DRA. FREYA FERNANDEZ K.

Past-Editor

Consulta Privada

DR. MATIAS IRARRAZAVAL D.
Asistente Editora Psiquiatría

DRA. XIMENA VARELA
DR. JUAN FRANCISCO CABELLO A.
Asistentes Editora Neurología

DRA. M. ANGELES AVARIA B.
Asesora Resúmenes en Inglés
Hospital Roberto del Río

DRA. VIVIANA HERSKOVIC M.
Asesora Resúmenes en Inglés
Clínica Las Condes

Comité Editorial

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Claudia Amarales O.	Hosp. Regional Punta Arenas
Dr. Cristian Amézquita G.	Práctica Privada, Concepción
Dra. María Eliana Birke L.	Hospital Militar de Antofagasta
Dra. Verónica Burón K.	Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago
Dr. Manuel Campos P.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dra. Marta Colombo C.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dra. Perla David G.	Clínica Dávila, Santiago
Dra. Flora De La Barra M.	Universidad de Chile, Santiago
Figo. Marcelo Díaz M.	Hospital Sótero del Río, Santiago
Dra. Alicia Espinoza A.	Hospital Félix Bulnes, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Pedro Menéndez G.	Hospital San Juan de Dios, Santiago
Dr. Tomás Mesa L.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago USACH, Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Dr. Fernando Pinto L.	Hospital Coyhaique
Dra. Begoña Sagasti A.	Instituto Neuropsiquiatría IPSI, Viña del Mar
Ps. Gabriela Sepúlveda R. PhD.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Ledia Troncoso A.	Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago
Dr. Mario Valdivia P.	Hospital Regional de Concepción
Dr. Julio Volenski B.	Hospital de Iquique

Comité Editorial Internacional

Neurología

Dr. Jaime Campos	Hosp. Clínico de San Carlos, Madrid, España
Dra. Patricia Campos	Universidad Cayetano Heredia, Perú
Dra. Lilian Czornyj	Hospital de Niños Garrahan, Argentina
Dr. Philip Evrard	Clinique Saint-Joseph, Francia
Dr. Agustín Legido	Universidad de Philadelphia, Estados Unidos
Dr. Jorge Malagón	Academia Mexicana de Neurología, México
Dr. Joaquín Peña	Hosp. Clínico La Trinidad, Venezuela

Psiquiatría

Dra. Susan Bradley	Universidad de Toronto, Canadá
Dr. Pablo Davanzo	Univ. de California UCLA, Estados Unidos
Dr. Gonzalo Morandé	Hospital Niño Jesús, España
Dr. Francisco de la Peña	Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Daniel Pilowski	Universidad de Columbia, Estados Unidos

INFORMACIÓN GENERAL

Origen y Gestión:

La Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, es el órgano oficial de expresión científica de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA) y fue creada en 1989, bajo el nombre de Boletín. La gestión editorial está delegada a un Editor de la Revista, un Editor asociado de Psiquiatría y otro de Neurología, más un Comité Editorial quienes tienen plena libertad e independencia en este ámbito.

Misión y Objetivos:

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

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

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

Público:

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

Modalidad editorial:

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

Resúmenes e Indexación:

La revista está indexada con Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. <http://www.bireme.org/abd/E/chomepage.htm>.) Índice bibliográfico Médico Chileno. Sitio WEB Ministerio de Salud.

Acceso a artículos completos on line www.sopnia.com

Abreviatura:

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

Diseño:

Juan Silva: jusilva2@gmail.com / Cel.: 9799 5964

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2° piso interior, Fono/Fax: 632.0884, e.mails: sopnia@tie.cl - sopniasoc@gmail.com, Sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

EDITORIAL

Susan J Bradley, MD

Profesora Emérita, University of Toronto

Intervenciones en Infancia Temprana

Interventions in Early Childhood

6

TRABAJOS ORIGINALES

Calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neuropediatras y Residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil: Uso de la encuesta WHOQOL-BREF

Quality of life in children and adolescents Psychiatrists and Neurologists: use of WHOQOL-Bref Survey.

Matías Irrarrázaval, Muriel Halpern, Javiera Huneeus

8

Desregulación Emocional, ¿una variable del temperamento, y desorden ansioso en su esencia?

Emotional Dysregulation, a Temperamental Trait and Anxiety disorder in its Essence?

Juan Enrique Sepúlveda, Matías Irrarrázaval

20

REVISION DE TEMAS

Riesgos Psicosociales en los hijos de personas con Trastornos de Salud Mental
Psychosocial risk in the offspring of mental health patients

Katherine Rubilar, Muriel Halpern

31

Vitamina D en niños con Enfermedades Neurológicas en la Edad Pediátrica
The role of Vitamin D in neurological diseases in Children

Martina Meier S, Josemaría Richards Y, Catalina Le Roy O, Scarlet Witting, Carlos Castillo-Durán

42

Modelos de Intervención Terapéutica Educativa en Autismo: ABA y TEACCH
Educational Therapeutic Intervention Models in Autism: ABA Y TEACCH

Natacha Montalva, Valentina Quintanilla, Paulina Del Solar

50

Uso de programas de terapia cognitivo conductual computarizada para la prevención y tratamiento de depresión en adolescentes

Use of computerized cognitive behavioral therapy programs for the prevention and treatment of depression in adolescents

Mauro Medeiro, Andrés Ramírez, Vania Martínez, Graciela Rojas

58

REUNIONES Y CONGRESOS

70

GRUPOS DE ESTUDIOS

72

NOTICIAS

73

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

75

Intervenciones en Infancia Temprana

Interventions in Early Childhood

Susan J. Bradley, MD
Profesora Emérita, University of Toronto

La mayoría de las preocupaciones tempranas en la infancia aparecen después de los 3 años. La agresión en los niños pequeños tiene un peak alrededor de esta edad y para muchos niños disminuye a medida que maduran y desarrollan el lenguaje para expresarse y resolver problemas cuando enfrentan algo que les causa malestar. Los padres generalmente esperan que la mayoría de los niños aprendan a escuchar y obedecer las instrucciones de los adultos a medida que se van preparando para enfrentar el ingreso al jardín infantil y al colegio. Aquellos niños que tienen problemas para escuchar, seguir instrucciones, y en general, para la autorregulación presentan un mayor riesgo de padecer problemas conductuales y emocionales más adelante. Muchas de estas dificultades responden a estrategias parentales positivas, incluyendo que los adultos aprendan a escuchar a sus hijos, pasen tiempo jugando y leyendo con ellos y usando una variedad de recompensas ante los esfuerzos del niño por cumplir con lo esperado. También existe evidencia que cuando los padres hablan con sus hijos sobre sus sentimientos, especialmente cuando los niños están tristes o enojados, y les ofrecen estrategias para ayudar al niño a expresar las emociones difíciles, los niños aprenden sobre manejo de emociones. Aprender estas habilidades contribuye posteriormente a desarrollar competencias socio-emocionales y es predictor de menores tasas de psicopatología infantil.

Existe una variedad de programas basados en la evidencia que proveen de apoyo a padres y niños y que han demostrado eficacia con diversas poblaciones. Dos de los programas más populares y estudiados son "Los años increíbles" ("The Incredible Years") desarrollado por Carolyn Webster-Stratton y "Triple P Parentalidad Positiva" ("Triple P Positive Paren-

ting") de Matt Sanders. Se puede acceder a información sobre estos programas, incluyendo información de contacto y entrenamiento a través de los siguientes sitios web: www.incredibleyears.com y www.tripleppositiveparenting.com. Ambos tienen versiones básicas y avanzadas, la versión avanzada es para familias con antecedentes de psicopatología, conflictos parentales y abuso de sustancias. En Ontario, Canadá, estos programas se han difundido y están disponibles en muchas comunidades a través de centros de salud mental infantil, Early Years Centers, algunos jardines infantiles y colegios. Muchos padres descubren que usar las estrategias propuestas por estos programas disminuyen drásticamente sus preocupaciones sobre la conducta de sus hijos. Las estrategias pueden ser entregadas en formato individual o grupal. Los padres que han asistido al programa básico pueden beneficiarse de repetir lo que han aprendido, ya sea asistiendo al programa avanzado o trabajando individualmente con un terapeuta.

Las familias que no encuentran útil esta aproximación conductual pueden requerir intervenciones adicionales. Pueden existir interferencias en el apego provenientes de la crianza de uno de los padres, que requieren apoyo terapéutico individual para el padre o terapia vincular padre-hijo con el objetivo de mejorar el apego a los niños. Esto puede ocurrir cuando los padres han sido víctimas de abuso o negligencia o están deprimidos. Estas intervenciones no son estandarizadas en un manual, como sí ocurre con los programas conductuales, y generalmente requieren de un mayor nivel de habilidad del terapeuta. Generalmente estas intervenciones han sido diseñadas para lactantes y preescolares y logran disminuir los síntomas que son preocupantes para los padres, como dificultades en la ali-

mentación o el sueño. Landy y Menna (2006) entregan una mirada integradora de las formas de ayudar a aquellas familias que requieren un enfrentamiento más intensivo en *Intervención Temprana con Familias Multi-Riesgo (Early Intervention with Multi-Risk Families)*.

Generalmente cuando se requieren niveles mayores de intervención, hay factores que se deben trabajar tanto en el niño como en el sistema parental. La exposición prenatal a drogas y alcohol produce mayor dificultad en la autorregulación, incluyendo problemas con hiperactividad e impulsividad, así como también dificultades en la regulación emocional. El Trastorno por Déficit Atencional y el Trastorno del Espectro Autista son dos síndromes que causan problemas con la autorregulación infantil y aumentan las probabilidades de que los padres presenten respuestas negativas y confusas. Esto hace que la relación padre-hijo se incline a la negatividad, y con frecuencia lleva a conductas oposicionistas y desafiantes. Lograr identificar estas dificultades subyacentes en la autorregulación y en la interacción social puede ser el primer paso hacia lograr cambiar la interacción padre-hijo y finalmente mejorar la conducta del niño. Los fármacos estimulantes pueden ser de ayuda aunque la mayoría de los padres de niños pequeños están ambivalentes o resistentes a usar medicamentos en niños antes de su ingreso al sistema escolar. (para una guía, ver Gleason, MM et al. 2007).

Nuevas investigaciones, muchas de ellas disponibles en *Development and Psychopathology*, se enfocan en variables fisiológicas que contribuyen a dificultades con la autorregulación, como el tono vagal disminuido (Feldman, 2007), interacciones genes-ambiente (Bakermans-Kranenburg et al 2011) y carga alostática (Sturge-Apple et al 2011). Estos conceptos están siendo utilizados para ayudar a entender las variables del niño y los padres que interfieren con la capacidad de los padres de ser sensibles a su hijo y a sus vulnerabilidades

propias que lo pueden hacer más sensible a ambientes adversos. Aunque estos conceptos aún no son útiles en la mayoría de las intervenciones clínicas, las terapias que se desarrollen en los años venideros sin duda se volverán más sofisticadas y focalizadas gracias a estos estudios.

REFERENCIAS

- Bakermans-Kranenburg, MJ & van IJzendoorn, MH. (2011) Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine related genes: New evidence and a meta-analysis. *Development and Psychopathology* 23:1 39-52.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 48:3/4, 329-354
- Gleason, MM, Egger, HL, Emslie, GJ, Greenhill, LL, Kowatch, RA., Lieberman, AF, Luby, JL, Owens, J, Scahill, LD, Scheeringa, MS, Stafford, B, Wise, B and Zeannah, CH. (2007) Psychopharmacological treatment for very young children: Contexts and guidelines. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 46:12, 1532-1572.
- Landy, S and Menna, R (2006) *Early Intervention with Multi-Risk Families*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing
- Sturge-Apple, ML, Skibo, MA, Rogosch, FA, Ignjatovic, Z & Heinzelman, W (2011) The impact of allostatic load on maternal sympathovagal functioning in stressful child contexts: Implications for problematic parenting. *Development and Psychopathology* 23:3, 831-844.

Mailing Address:

Department of Psychiatry, Hospital for Sick Children, 555 University Ave, Toronto, ON M5G 1X8
Contact email: susan.bradley589@gmail.com

Traducción Dra. Vivian Herskovic M.

Calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neuropediatras y residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil: uso de la encuesta WHOQOL-BREF.

Quality of life in Children and Adolescents Psychiatrists and Neurologists: Use of WHOQOL-BREF survey.

Matías Irrarrázaval¹, Muriel Halpern², Javiera Huneeus³

RESUMEN

El presente estudio se basa en la Encuesta de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF), que se utilizó para analizar la calidad de vida y los factores que contribuyen a su calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles y Neuropediatras, además de residentes de ambas especialidades en Chile. Se realizaron entrevistas electrónicas a 79 profesionales, asociados a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y de la Adolescencia. Los resultados mostraron que las puntuaciones medias en cada dominio del WHOQOL-BREF de los profesionales son las siguientes: la capacidad física (CF) es de $15,11 \pm 2,55$, el bienestar psicológico (BP) fue de $15,22 \pm 2,08$, relaciones sociales (RS) fue $14,63 \pm 2,75$ y el medio ambiente (MA) $15,04 \pm 2,39$. Estas puntuaciones medias fueron inferiores a las de la población general. Por último, se realizaron regresiones múltiples por pasos para examinar las características del Psiquiatra Infanto-Juvenil, Neurólogo Infantil y residentes de la especialidad. El estudio encontró que los siguientes tres factores: la percepción subjetiva del estado de salud, los hogares, los ingresos y el estrés de apoyo familiar insuficiente, fueron significativamente correlacionados con los cuatro dominios de regresión múltiple análisis. Los resultados destacan que los cuidadores de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual parecen mostrar una menor WHOQOL-BREF puntuación media que la población general, probablemente por una combinación de estrés, la salud y los factores de ingreso de los hogares. Estas conclusiones deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas para proporcionar medidas de mayor apoyo e intervenciones más específicas para los psiquiatras infanto-juveniles y Neuropediatras.

Palabras clave: Calidad de vida, WHOQOL-BREF, psiquiatras infantiles, neuropediatras, residentes de psiquiatría.

ABSTRACT

The present study is based on World Health Organization's quality of life (WHOQOL-BREF) scale to examine quality of life of child and adolescent psychiatrists and child neurologists in Chile, and the factors contributing to their quality of life. Structured interviews were conducted with 79 practitioners. Self-evaluation of their quality of life revealed that 72% considered it good or very good, while 58% were pleased of very pleased with regards to health satisfaction. The mean scores obtained in each domain of WHOQOL-BREF were: physical capacity (PC) 15.11 ± 2.55 , psychological well-being (PW) 15.22 ± 2.08 , social relationship (SR) 14.63 ± 2.75 and environment (EN) 15.04 ± 2.39 . Finally, multiple stepwise regressions were conducted to examine the

1 Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria

2 Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria; Profesor Asistente, U. De Chile

3 Interna de Medicina, Facultad de Medicina, U. De Chile

characteristics of the practitioners which more likely explained the WHOQOL-BREF mean scores. The study found that marital status was significantly correlated to psychological well-being and environment; religion was significantly correlated to the environment; and the number of work places with physical capacity and quality of life score. The results highlights that child and adolescent psychiatrists and child neurologists display a higher WHOQOL-BREF mean score than the general population however, in certain domains the scores are lower, probably due to a combination of stress and health factors. These finding must be taken into account in policy making to provide better and more specific supports and interventions for the child and adolescent psychiatrists and child neurologists.

Key Words: Quality of Life, WHOQoL-BREF, child and adolescent psychiatrists, child neurologists, psychiatry residents.

1. INTRODUCCIÓN

La expresión “calidad de vida” (CDV) está definida por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud como la “percepción individual de la posición de vida que uno posee en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que uno vive, y su relación con los propios objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”¹. En otras palabras, es la suma de una serie de condiciones de vida experimentadas por un individuo, objetivamente medibles, que incluyen la salud física, las circunstancias personales, las relaciones sociales, actividades y ocupaciones, y en general las influencias en las sociedades y economías. La respuesta subjetiva a esas condiciones es el dominio de satisfacción personal con la vida^{2,3,4}. En esta definición se enfatiza la naturaleza subjetiva de la evaluación, con dimensiones positivas y negativas, que se entremezcla con los contextos ambientales, sociales y culturales, enfatizando la percepción del individuo en su calidad de vida⁵. Durante las últimas décadas, ha aumentado la preocupación acerca de la calidad de vida como parte de un concepto de bienestar general, y se ha considerado que las medidas de calidad de vida deben formar parte de la batería estándar de herramientas utilizadas para evaluar la salud y bienestar de un pueblo, y identificando los aspectos de la vida, física, psicológica o social, que podrían mejorarse con intervenciones de promoción y prevención en salud⁶. Si bien la evaluación de calidad de vida se ha utilizado vastamente en población con patología, también ha habido esfuerzos para medir este índice en población que no presenta necesariamente patología, al

menos sindromáticamente. En el caso de los Psiquiatras Infanto-Juveniles, se ha demostrado mayor riesgo de *burnout* y de problemas de salud como depresión y enfermedad mental que en otros médicos⁷. En este contexto, y específicamente en profesionales médicos, se ha demostrado peores resultados de calidad de vida que la población general⁸.

Para medir la calidad de vida se han utilizado diversos instrumentos. Uno de los más utilizados en la actualidad es el WHOQOL. El WHOQOL-BREF es un cuestionario genérico autoadministrado de 26 ítems, que corresponde a una versión corta de la escala WHOQOL-100⁹. En este cuestionario se pone énfasis en las experiencias subjetivas en lugar de condiciones objetivas de vida¹⁰. La evaluación de este grupo de especialistas puede permitir que el médico se considere a sí mismo como una persona con necesidades propias¹¹.

El presente estudio se basa en la Encuesta de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud en su versión resumida (WHOQOL-BREF) para examinar la escala de calidad de vida de los Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neurólogos Infantiles y Residentes asociados a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología la Infancia y la Adolescencia, y los factores que contribuyen a su calidad de vida. Es el primer estudio que se hace en este grupo de especialistas médicos en relación a la calidad de vida.

2. MÉTODO

La población de este estudio descriptivo, exploratorio, transversal se compone de 180

especialistas de Psiquiatría Infanto-Juvenil y Neurología Infantil, además de Residentes de Psiquiatría que están asociados a la SOPNIA.

Los materiales de la encuesta incluyeron un correo electrónico de invitación, el WHOQOL-BREF (versión española) y un cuestionario de características demográficas, además de 3 preguntas complementarias tomadas del Módulo Individual de la Encuesta sobre Calidad de Vida del Ministerio de Salud (2000).¹²

El WHOQOL-BREF (versión española) es un instrumento tipo encuesta de percepción de calidad de vida, patrocinada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS. Este instrumento consta de 26 preguntas, cada una con 5 categorías. El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de Calidad de Vida total, y puntajes para cada dominio: capacidad física (CF): 7 ítems; bienestar psicológico (BP): 6 ítems; relaciones sociales (RS): 3 ítems; y salud ambiental (SA): 8 ítems. (Ver tabla 1). El dominio de CF incluye preguntas sobre la movilidad, actividades diarias, capacidad funcional y la energía, el dolor y el sueño. El dominio BP posee medidas de auto-imagen negativa, pensamientos, actitudes positivas, autoestima, mentalidad, capacidad de apren-

dizaje, memoria y concentración, la religión y el estado mental. El dominio RS contiene preguntas sobre las relaciones personales, y análisis sociales. El dominio ES cubre temas relacionados con los recursos financieros, salud, seguridad y servicios sociales, entorno físico en que viven, la oportunidad de adquirir nuevas habilidades y conocimientos, recreación, medio ambiente en general, y el transporte¹³.

Todos los dominios son independientes el uno del otro. La puntuación para cada tema dentro de los dominios utiliza una escala de 1 a 5, donde una puntuación más alta indica una mejor calidad de vida. Las puntuaciones de dominio se calculan multiplicando la media de todas las puntuaciones incluidas en cada faceta de dominio por un factor de 4, y los resultados potenciales de cada dominio varían de 4 a 20¹⁴.

El centro WHOQOL España autorizó y facilitó el instrumento, proporcionando la clave de códigos y algoritmos de corrección (Centro de WHOQOL-BREF Barcelona, España). Este test ha demostrado tener buena validez discriminadora de contenido y confiabilidad test-retest¹⁵.

TABLA 1
Preguntas y dominios del WHOQoL-BREF.

Ámbito	Preguntas
Preguntas generales	¿Cómo calificaría su calidad de vida? ¿Cuán satisfecho está con su salud?
Dominio 1	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para poder funcionar en la vida diaria? ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? ¿Se siente capaz de desplazarse de un lugar a otro? ¿Se siente satisfecho con su sueño? ¿Está usted satisfecho con sus posibilidades de realizar las actividades de la vida diaria? ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?
Dominio 2	¿Cuánto disfruta la vida? ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido? ¿Cuál es su capacidad de concentración? ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Ámbito	Preguntas
	¿Cuán satisfecho está de si mismo? ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?
Dominio 3	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?
Dominio 4	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? ¿Cuán disponible tiene la información que necesita para su vida diaria? ¿Hasta qué punto tiene posibilidades de realizar actividades de recreación? ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? ¿Cuán satisfecho está con el acceso a servicios sanitarios? ¿Cuán satisfecho está con la movilización de su barrio?

Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado que se completó por los Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neuropediatras y Residentes de Psiquiatría Infantil de la Clínica Psiquiátrica Universitaria durante Noviembre y Diciembre de 2010. Un total de 158 cuestionarios fueron enviados a los correos electrónicos de la base de datos que posee SOPNIA, seleccionando en ellas sólo aquellos registros de profesionales registrados con especialidad en Psiquiatría Infanto-Juvenil (61; 38,8%), Neurología Infantil (87; 55%) y Residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil (10; 6,3%).

Se utilizó el programa MaxBulk Mailer 6.8 para enviar los correos, lo que permitió verificar que fueran leídos por los profesionales a quienes se les envió. En un intento por aumentar la tasa de respuesta, el cuestionario fue enviado dos veces. Los datos se introdujeron en una base de datos y analizados mediante el software SPSS 17.0 (IBM Co.).

Los datos descriptivos se expresan como porcentajes, promedios y desviación estándar. La transformación de los parámetros y los cálculos estadísticos se realizaron según las directrices de la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida Grupo 3. Se utilizaron la correlación de Spearman y prueba t de Student y ANOVA, considerando un $p < 0,05$ significativo.

3. RESULTADOS

3.1. Características de los encuestados

Un total de 79 encuestados respondieron la encuesta, con una tasa de respuesta del 50%. La mayoría de quienes respondieron la encuesta eran Neuropediatras (53,1%) y Psiquiatras Infanto-Juveniles (34,3%) con un porcentaje menor de Residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil (12,7%) (Tabla 2). Comparado con la base de datos original, la respuesta de la encuesta fue levemente mayor entre los Neuropediatras comparados con los Psiquiatras, y fue completa para los residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Entre los encuestados, la mayoría fueron mujeres (65,7% vs 34,3%), que tenían entre 30 y 60 años (78,7%). En relación a la religión un porcentaje importante eran católicos (62%), seguidos de judíos (6,2%) y protestantes (2,4%). Un 27,4%, la segunda mayoría después de los católicos, se describió como sin religión ("No"). La mayor parte de los encuestados eran casados (75,9%), seguidos por divorciados (12,7%) y solteros (11,4%). En cuanto a los lugares de trabajo, predominan quienes trabajan en Consulta privada (69,8%), seguidos por quienes trabajan en Hospital (67,1%). En relación a más de un lugar de trabajo, la combinación de Consulta privada y Hospital es lo más frecuente (34,2%). Un porcentaje importante trabaja en alguna Clínica (42,5%).

TABLA 2. Características de los profesionales que respondieron la encuesta

<i>Características</i>	<i>N (%)</i>	<i>Rango (%)</i>	<i>Muestra N (%)</i>
Especialidad	N: 79		
Psiquiatría Infanto-Juvenil	28 (36%)		61 (38,8%)
Neurología Infantil	40 (51%)		87 (55%)
Residente Psiquiatría	10 (13%)		10 (6,3%)
Género (N: 79)			
Mujer	52 (65,7%)		103 (65%)
Hombre	27 (34,3%)		55 (35%)
Edad (N: 79)		25-30= 8 (10,1%)	
		30-40= 25 (31,6%)	
		40-50= 20 (25,3%)	
		50-60= 18 (22,8%)	
		60-70= 6 (7,6%)	
		>70= 3 (3,8%)	
Estado civil	N: 79		
Casado	60 (75,9%)		
Soltero	9 (11,4%)		
Divorciado	10 (12,7%)		
Religión	N: 79		
Católica	49 (62%)		
No	21 (27%)		
Judía	5 (6,2)		
Protestante	2 (2,4)		
Otra	2 (2,4)		
Trabajo	N: 79		
Consulta privada	55 (69,8%)		
Hospital	53 (67,1%)		
Consulta privada y hospital	27 (34,2%)		
Clínica	34 (42,5%)		

3.2 Autoevaluación de la Calidad de Vida

En relación a la auto-evaluación de su calidad de vida, el 72% de los profesionales la consideraron “Bastante bien” y “Muy bien”; 21% “Lo normal”, y 8% “Poca”. No hubo encuestados que describieran su calidad de vida como “Muy mal” (Gráfico 1). No hubo diferencias significativas en relación a las profesiones, edad o sexo, aunque hubo una tendencia a reportarse mejor calidad de vida en profesionales >70 años. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa entre grupos de diferente religión: mejor calidad de vida en aquellos que “No” tenían religión que en profesionales de religión “Católica” ($p=0,02$); entre el número de lugares de trabajo: mejor calidad de vida en quienes reportaron 1 trabajo comparado con los que tenía más de 4 ($p=0,04$); y según estado civil: mejor calidad de vida en “Casa-

do” comparado con “Divorciado” ($p=0,014$) (Gráfico 2).

3.2 Autoevaluación de la Satisfacción de Salud

En cuanto al grado de satisfacción con su salud, el 58% estaban “Bastante” o “Muy satisfechos”, el 21% ni satisfecho ni descontento, el 14% “Poco satisfecho” y el 3% “Muy insatisfecho” (Tabla 5). En relación a los parámetros sociodemográficos, se encontró una diferencia significativa en la satisfacción de salud en los grupos “Edad” y “Estado Civil”: reportaron una mejor satisfacción de salud los profesionales entre 25 y 30 años que aquellos sobre 70 años (0,04), y a su vez, también fue mejor en “Casados” que “Divorciados” ($p=0,014$) (Gráfico 3).

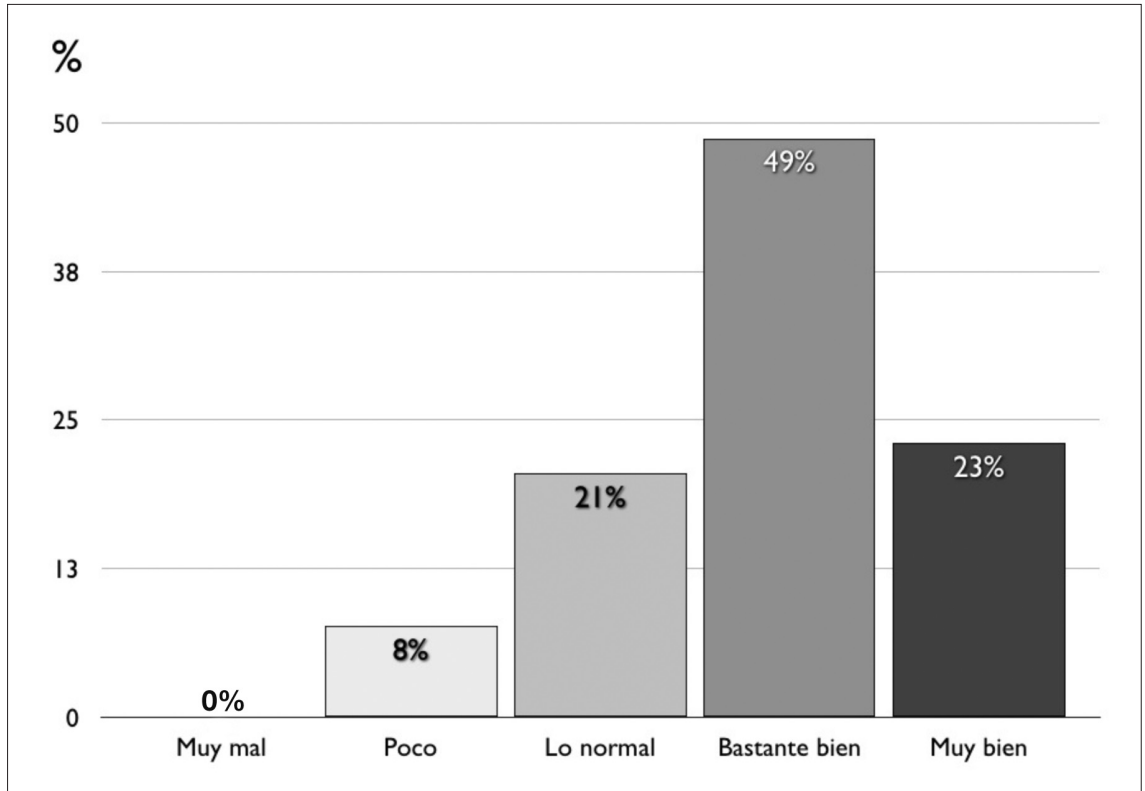


Gráfico 1: Autoevaluación de la Calidad de Vida

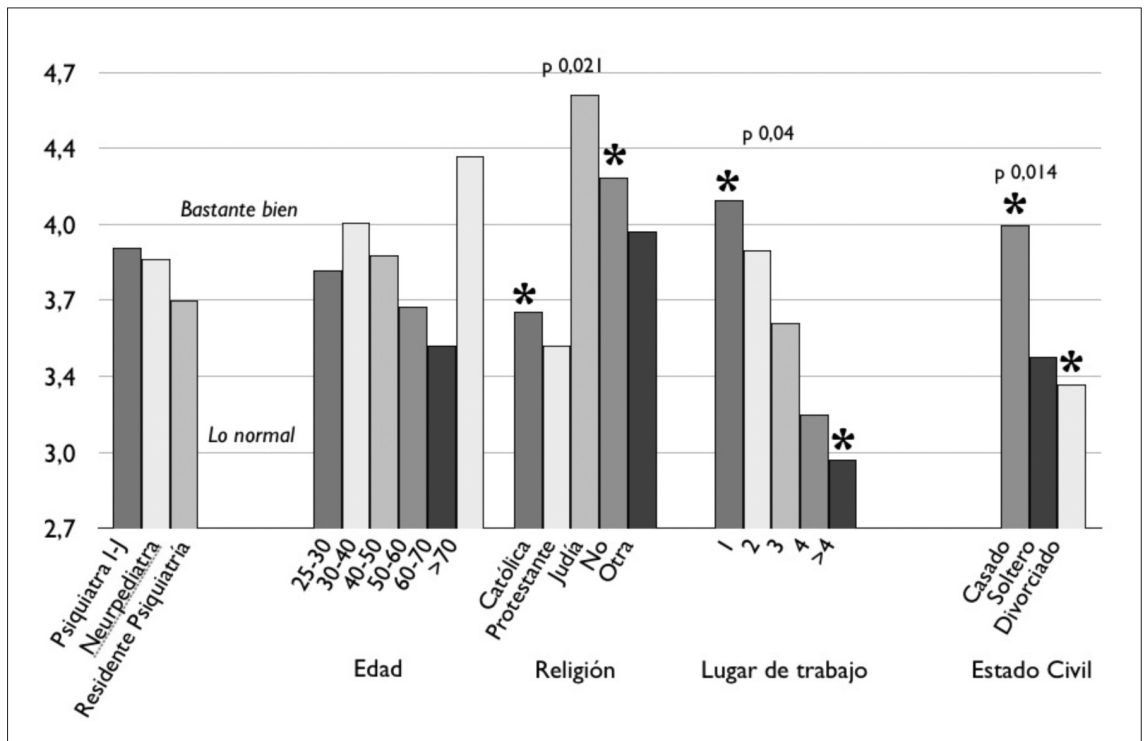


Gráfico 2: Autoevaluación de la Calidad de Vida según características de los encuestados

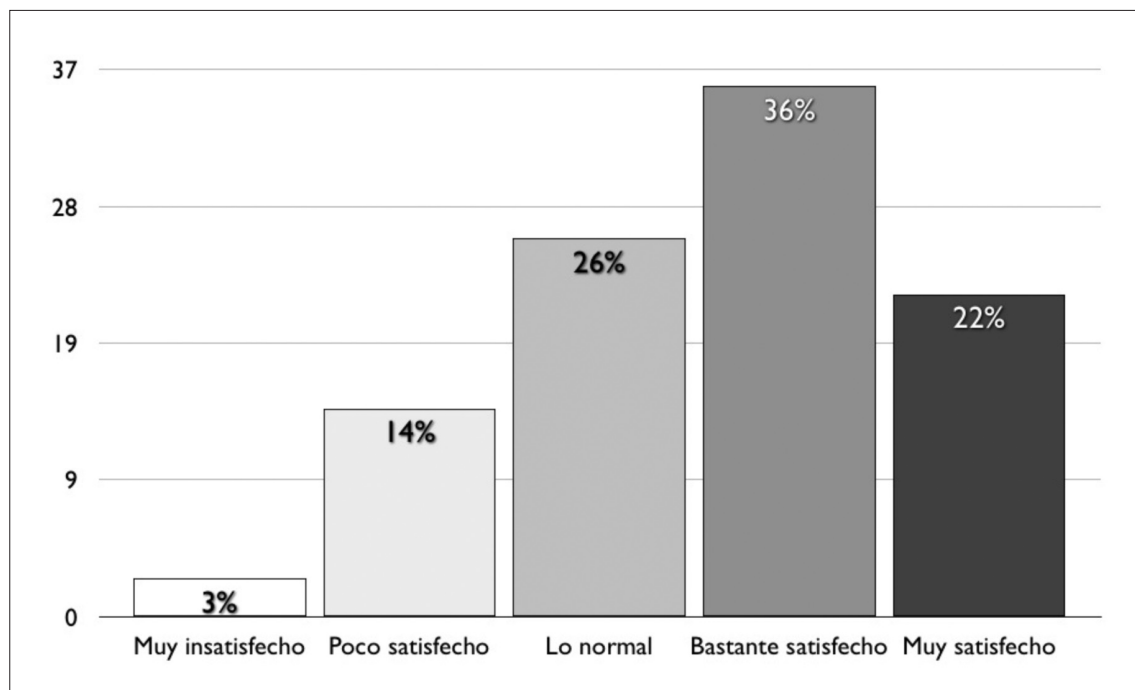


Gráfico 3: Autoevaluación de la satisfacción de salud.

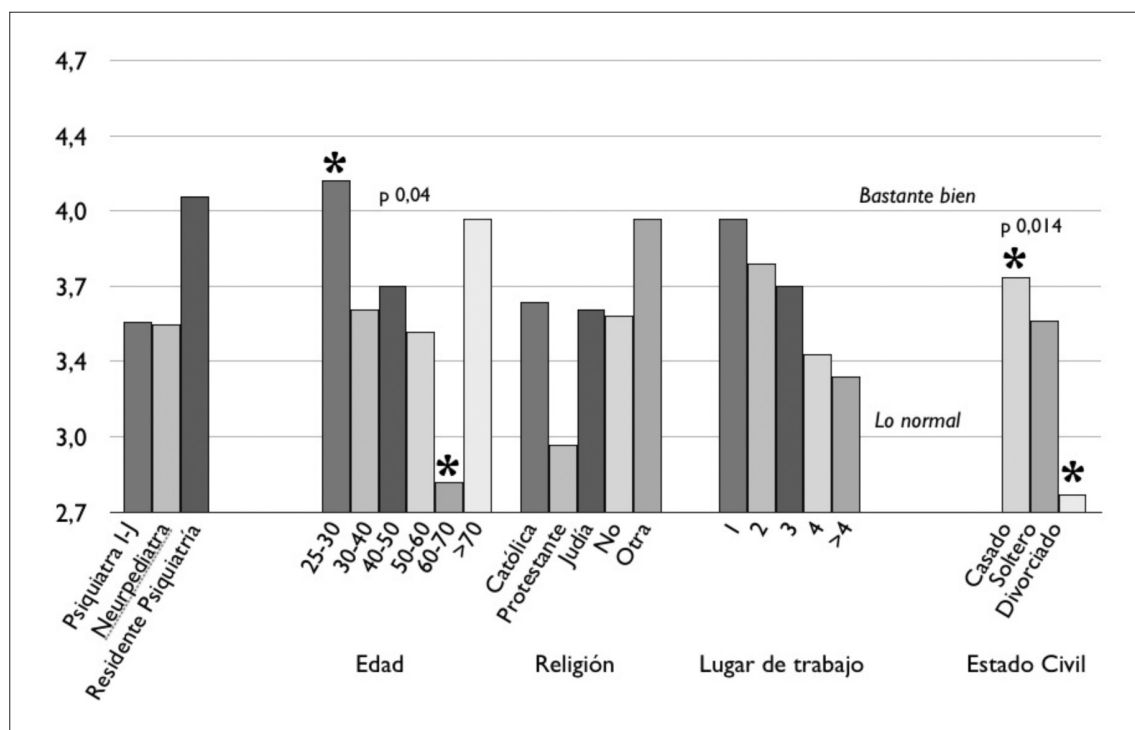


Gráfico 4: Autoevaluación de la Satisfacción de Salud según características de los encuestados

3.3. Los puntajes de WHOQOL-BREF de los profesionales

Se utilizó la media y la desviación estándar (SD) para describir la calidad de vida de los profesionales. Las puntuaciones medias del Bienestar físico (CF), Bienestar psicológico

(BP), Relaciones sociales (RS) y Medio Ambiente (MA) se presentan en la Tabla 3. La media de Bienestar Psicológico ($15,22 \pm 2,08$) fue ligeramente superior al de otros dominios: la Capacidad Física fue de $15,11 \pm 2,55$, el ítem de Relaciones Sociales fue de $14,63 \pm 2,75$, y Ambiente fue de $15,04 \pm 2,39$.

TABLA 3
Puntajes de Calidad de Vida según dominios (Promedio y SD)

<i>Dominio (N)</i>	<i>Promedio (Desviación estándar)</i>
Capacidad física (N=79)	15,11 (2,55)
Bienestar psicológico (N=79)	15,22 (2,08)
Relaciones sociales (N=79)	14,63 (2,75)
Ambiente (N=79)	15,04 (2,39)

Valores= 4-20

La Tabla 4 muestra la relación entre las medias del WHOQOL-BREF y las características de los encuestados.

TABLA 4
Relación entre el resultado del WHOQOL-BREF y las características de los profesionales encuestados

<i>Características</i>		<i>Capacidad Física (CF)</i>	<i>Bienestar psicológico (BP)</i>	<i>Relaciones sociales (RS)</i>	<i>Medio Ambiente (MA)</i>
Género					
Mujer	Promedio (SD)	15,10 (2,49)	15,19 (2,04)	14,65 (2,72)	15,03 (2,39)
Hombre	Promedio (SD)	15,12 (2,53)	15,23 (2,10)	14,65 (2,75)	15,04 (2,40)
Estado civil					
Casado	Promedio	15,20	15,47	14,66	15,48
	N (%)	58 (74,3%)	58 (74,3%)	58 (74,3%)	58 (74,3%)
Soltero	Promedio	13,92	14,30	14,18	13,13
	N (%)	11 (14,1%)	11 (14,1%)	11 (14,1%)	11 (14,1%)
Divorciado	Promedio	14,73	13,70	14,96	13,61
	N (%)	9 (11,53%)	9 (11,53%)	9 (11,53%)	9 (11,53%)
<i>F-value</i>		1,125	3,885	0,211	6,778
<i>p-value</i>		0,33	0,25	0,81	0,002

<i>Características</i>		<i>Capacidad Física (CF)</i>	<i>Bienestar psicológico (BP)</i>	<i>Relaciones sociales (RS)</i>	<i>Medio Ambiente (MA)</i>
Religión					
Católica	Promedio N (%)	14,48 48 (61,53%)	14,70 48 (61,53%)	14,36 48 (61,53%)	14,37 48 (61,53%)
Protestante	Promedio N (%)	15,42 2 (2,56%)	16,00 2 (2,56%)	15,33 2 (2,56%)	14,75 2 (2,56%)
Judía	Promedio N (%)	14,74 5 (6,41%)	16,80 5 (6,41%)	16,00 5 (6,41%)	17,00 5 (6,41%)
No	Promedio N (%)	15,94 21 (26,92%)	15,36 21 (26,92%)	14,98 21 (26,92%)	15,78 (26,92%)
Otra	Promedio N (%)	16,28 2 (2,56%)	16,66 2 (2,56%)	13,33 2 (2,56%)	14,50 (2,56%)
<i>F-value</i>		1,277	1,718	0,639	0,059
<i>p-value</i>		0,287	0,155	0,636	0,049
Edad					
25-30	Promedio N (%)	15.71 6 (7,69%)	14.66	15.55	14.66
30-40	Promedio N (%)	14.46 25 (32,05%)	15.20	14.50	14.74
40-50	Promedio N (%)	15.48 20 (25,64%)	15.03	14.79	15.12
50-60	Promedio N (%)	15.14 18 (23,07%)	14.85	14.74	14.88
60-70	Promedio N (%)	14.09 6 (7,69%)	15.88	14.0	15.08
>70	Promedio N (%)	14.85 3 (3,84%)	15.55	13.33	15.83
Total		14,96	15,10	14.63	14.93
<i>F-value</i>		0,557	0.293	0.345	0.152
<i>p-value</i>		0,732	0,915	0,884	0,979
Especialidad					
Psiquiatra Infanto-juvenil		14.83	15.14	15.09	15.34

Características	Capacidad Física (CF)	Bienestar psicológico (BP)	Relaciones sociales (RS)	Medio Ambiente (MA)
Neuropediatra	15.11	15.4	14.36	14.88
Residente Psiquiatría Infanto-juvenil	14.74	13.8	14.4	14.05
Total	14.96	15.10	14.63	14.94
F-value	0.128	2.364	0.608	1.078
p-value	0.879	0.100	0.546	0.345

Los encuestados casados mostraron un puntaje significativamente mayor en el dominio del Medio Ambiente que los solteros y divorciados. El análisis de varianza de un lado mostró un efecto significativo en el ítem Medio ambiente [$F(2,75) = 6,778$; $p = 0,002$, $MS_{error} = 5,072$, $D = 0,05$]. La capacidad física, psicológica y el ambiente fueron mayor en los encuestados casados que en los otros grupos, sin tener significancia estadística. Las relaciones sociales fueron mayores en los encuestados divorciados, sin tener significancia estadística. Los encuestados solteros presentaron índices menores en todos los ítems menos en la capacidad psicológica, aunque sin significancia estadística.

El puntaje promedio del dominio Medio Ambiente fue significativamente mayor en los encuestados con religión Judía, comparados con las otras religiones o creencias [$F(4,73) = 5,441$; $p = 0,050$, $MS_{error} = 5,072$, $D = 0,05$]. También fue mayor el promedio del índice de relaciones sociales, aunque sin significancia estadística.

En relación a la edad, no hubo diferencias significativas entre los índices, aunque se pudo observar promedios mayores de Capacidad Física en el grupo etario menor a 60 años, aunque con una disminución importante en el grupo entre 30 y 40 años. La Capacidad Psicológica y el Ambiente tendieron a ser mayor en edades mayores, en forma contraria a la Capacidad Social que se redujo con la edad, aunque sin diferencias significativas entre grupos.

En relación a la especialidad, no hubo diferencias significativas entre grupos, aunque la Capacidad Física fue mayor en los Neuropediatras y la más baja en los Residentes de Psiquiatría. Este último grupo también obtuvo el menor promedio en Capacidad Psicológica y Ambiente. La Capacidad Social fue mayor en Psiquiatras Infanto-juveniles que en los Neuropediatras y Residentes de Psiquiatría Infanto-juvenil.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, 50% de los encuestados respondieron el cuestionario, un porcentaje que puede ser considerado satisfactorio para estudios de esta naturaleza.¹⁶ Se han encontrado tasas de respuesta menores en estudios similares con anestesiólogos brasileños.¹⁷

El análisis subjetivo de la calidad de vida reveló un porcentaje elevado de los profesionales (72%), con una percepción positiva de su calidad de vida ("Bastante bien" o "Muy bien"). No hubo encuestados que describieran su calidad de vida como "Muy mal". El grado de satisfacción de salud también fue positivo, con un 58% reportando que estaban "Bastante" o "Muy satisfecho" con su salud. Comparándolo con normas internacionales los resultados están sobre el promedio poblacional.¹⁸ Sin embargo, hay algunos factores que influyen en forma importante, estadísticamente significativa. El estudio encontró que el estado civil, la religión y los lugares de trabajo, se correlacionaron significativamente con los puntajes de los dominios de Calidad de Vida, mediante

análisis de regresión múltiple. En relación al Estado Civil, se encontró una correlación significativa del estado civil en la autopercepción de la Calidad de Vida, siendo mejor el puntaje para casados que divorciados. Por su parte, el Bienestar Psicológico y Ambiental se mostró significativamente menor en divorciados. Estos resultados tienen concordancia con la literatura, que demuestra el mayor riesgo de estrés y enfermedad mental entre divorciados, comparado con casados.¹⁹¹

En relación a la Religión se encontró una correlación significativa en la autopercepción de la Calidad de Vida, habiendo mejores puntajes en quienes no adhieren a una religión que en católicos. Estos resultados no son concordantes con la literatura, donde se ha descrito que la religión es un factor que mejora la Calidad de Vida tanto en población clínica como general.²⁰ Sin embargo, la mayor parte de los estudios muestran este efecto en pacientes con algún tipo de patología y no en población no consultante, por lo que la diferencia en la muestra pudiera relacionarse con los resultados. En forma agregada, el Bienestar Ambiental de los profesionales judíos fue significativamente mayor que en los católicos, lo que pudiera explicarse por el apoyo social que poseen algunas religiones, y que en la religión judía sería relevante.

Por último, se encontró una correlación significativa del número de lugares de trabajo en la autopercepción de la Calidad de Vida, mostrándose un puntaje menor estadísticamente significativo para quienes trabajan en más de 4 lugares. En asociación con esa tendencia, se encontró una correlación significativa del Trabajo con el dominio de Bienestar Físico, mostrando puntajes significativamente mejores quienes trabajan en Hospital y Consulta que quienes trabajan sólo en Clínica.

Un estudio reciente realizado por el Conselho Federal de Medicina demostrado que el 44% de los médicos brasileños tienen depresión o ansiedad, y el 57% tiene signos de fatiga y desánimo con la profesión. Además, uno de cada cinco médicos tiene enfermedad cardiovascular, y el 71,8% sufre de algún trastorno gastrointestinal. Cuando se compara con los

gerentes, los médicos tienen mayores niveles de hormonas relacionadas con el estrés, y en comparación con los dentistas y abogados, los médicos tienen una mayor tasa de infarto al miocardio.²¹

Los resultados destacan que una muestra importante de los psiquiatras de niños y adolescentes, neuropediatras y residentes en psiquiatría infantil en Chile, muestran una mayor puntuación media del WHOQOL-BREF que la población general en estudios internacionales, pero que sin embargo poseen factores específicos como los lugares de trabajo que empeoran algunos dominios y que requieren atención. Probablemente una combinación de estrés, empeoramiento de la salud con la edad y los factores propios del desgaste profesionales explican las diferencias en los puntajes de los dominios en la encuesta. Estas conclusiones debieran tenerse en cuenta en la formulación de políticas para proporcionar una mejor y soporte más específicos, además de intervenciones de autocuidado para los profesionales de salud mental de población pediátrica. Por otro lado, se hace necesaria la investigación con otros profesionales médicos, para evaluar si los buenos puntajes en Calidad de Vida comparado con muestras poblacionales son igualmente favorables al compararlos con colegas de otras especialidades médicas.

Agradecimientos a Rose Mery Fritsch por su apoyo y asesoría en los métodos de análisis estadísticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000, 34:178-183.
2. Felce D, & Perry J, Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*. 1995,16:51-74.
3. Hsiao K H, & Nixon G. M. The effect of treatment of obstructive sleep apnea on quality of life in children with cerebral palsy. *Research in Development Disabilities*. 2008,29:133-140.

4. Simon, E. W., Rosen, M., Grossman, E., & Pratowski, E. The relationships among racial emotion recognition, social skills, and quality of life. *Research in Developmental Disabilities*, 1995,16:383–391.
5. Fleck MPA, Chachamoviche E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2003,37:793-799.
6. Donohue, P. K. Health-related quality of life of preterm children and their caregivers. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 2002,8:293–297.
7. Korkeila J, Toyry S, Kumpulainen K, et al. (2003) Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health*. 2003, 31:85–91.
8. Calumbi R, Amorim J, Maciel C, et al. Evaluation of the Quality of Life of Anesthesiologists in the City of Recife. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2010, 60:47-51.
9. Skevington, S. M., Lotfy, M., & O’Connell, K. A. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial—a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 2004, 13:299–310.
10. Olusina, A. K., & Ohaeri, J. U. Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003,38:707–714.
11. Williams, V., & Robinson, C. More than one wavelength: Identifying, understanding and resolving conflicts of interest between people with intellectual disabilities and their family carers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2001,14:30–46.
12. I Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología, Departamento de Promoción y Participación Ciudadana, MINSAL; 2000.
13. WHO. World Health Organization’s quality of life group: WHOQOLBREF. Introduction, administration and scoring, field trial version. Geneva: World Health Organization. 1996.
14. WHO. WHOQOL protocol for new centers. Series Number: MNH/PSF/94.4. Geneva: World Health Organization. 1994.
15. Skevington, S. M., Lotfy, M., O’Connell, K. A. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial -a report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 2004:13, 299–310.
16. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em educação física. Porto Alegre: Artmed, 2003.
17. Pilau MM, Bagatini A, Bondan LG et al. O anestesiológista no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Anestesiol* 2000;50:309-316.
18. Yao, K. P. Development of the WHOQOL-BREF-Taiwan version—user guide, 2a version. Taipei: WHOQOL-BREF-Taiwan Version Study Group. 2005.
19. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, Bromet EJ, de Girolamo G, Demlytenaere K, Fayyad J, Fukao A, Galaon M, Gureje O, He Y, Hinkov HR, Hu C, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Medina-Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Kessler RC. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(6):474-86.
20. Calvo A, Moglia C, Ilardi A, Cammarosano S, Gallo S, Canosa A, Mastro E, Montuschi A, Chiò A. Religiousness is positively associated with quality of life of ALS caregivers. *Amyotroph Lateral Scler*. 2011; 12(3):168-71.
21. Barbosa GA. A Saúde dos médicos no Brasil. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2007;220.

Desregulación Emocional, ¿una variable del temperamento y desorden ansioso en su esencia?

Emotional dysregulation, a temperamental trait and anxiety disorder in its essence?

Juan Enrique Sepúlveda¹, Matías Irrázaval²

RESUMEN

La Desregulación Emocional ha sido propuesta como una entidad nosográfica por su relevancia clínica, al ser un diagnóstico diferencial de una enfermedad bipolar.

El objetivo de este trabajo es evaluar, en un grupo de pacientes, la psicopatología de la desregulación emocional y analizar sus historias del desarrollo.

En el presente trabajo se analiza una serie clínica de pacientes, recopilados en el transcurso de 10 años y vistos desde la perspectiva del desarrollo, hecho que está ausente en la bibliografía actual. Postulamos como hechos centrales de esta condición psicopatológica, una variable del temperamento y desde el punto de vista clínico, como un cuadro en esencia, en la línea ansiosa.

Palabras clave: Regulación emocional, desregulación emocional, temperamento, trastornos ansiosos.

ABSTRACT

Emotional dysregulation has been proposed as a nosographic entity because of its clinical relevance, and as a differential diagnosis of bipolar disorder.

The aim of this paper is to evaluate the psychopathological development of a group of child with emotion dysregulation. In this paper, we analyze a clinical series of patients collected over 10 years, seen from the perspective of development, a fact that is absent in the current literature. We can conclude that the emotional dysregulation is a disorder that has, as main features, characteristics of temperament, and is a disorder related with anxiety from the clinical point of view.

Key words: Emotion regulation, emotion dysregulation, temperament, anxiety disorders.

INTRODUCCIÓN

El término de regulación emocional no tiene una definición única, sin embargo, existen algunos elementos comunes que son compartidas por las diversas definiciones que se suelen dar. Estas definiciones generalmente hacen énfasis en uno de los dos aspectos de la regulación de la emoción: el aspecto regulatorio de la emoción o cómo la emoción es regulada¹.

Algunas se centran en la función regulatoria de las emociones que están en la organización de los procesos internos (por ejemplo, atención, memoria, voluntad de acción) y la comunicación social, que permiten al individuo reaccionar rápidamente a las demandas de la situación². Otras ponen acento en las formas en que la emoción es regulada (por ejemplo, el control cognitivo, la internalización de las expectativas sociales) que permiten al individuo controlar, retrasar, o adaptar las reacciones preparatorias para adaptarse a las complejidades y sutilezas de las situaciones diarias^{3,4}. Algunos autores hacen hincapié en ambos

1 Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Profesor Adjunto, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

2 Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

aspectos^{5,6}. Tomando en cuenta los diversos énfasis en la definición la regulación emocional, se podría definir como la capacidad de responder a las demandas de la experiencia con una amplia gama de emociones, que permita una respuesta socialmente tolerable y lo suficientemente flexible, para permitir tanto las reacciones espontáneas, como la capacidad de retrasar las reacciones espontáneas, según sea necesario.

La capacidad regulatoria de las emociones no es innata, y se va desarrollando en el transcurso del desarrollo.⁷ Desde el comienzo del desarrollo más que una **autorregulación** hay una **heterorregulación**. Antes del surgimiento de la consciencia de sí ¿cómo sería posible una “autorregulación”? Sólo parece posible desde los otros que nos sostienen y cuidan, dependiendo también del impacto emocional y sentido que para ellos tengamos. Durante la infancia y la primera infancia, las relaciones y las experiencias con el cuidador y otras personas entregan la oportunidad de experimentar emociones, observar cómo funcionan, aprender las consecuencias de los estados emocionales, hablar sobre las emociones, y adquirir estrategias iniciales para la modulación emocional. Durante el primer año, se pueden comenzar a manifestar los episodios de desregulación con escasa modulación de la intensidad, duración y cambios de la emoción y del humor⁸. Más tarde, después de los 3-4 años de edad, los episodios de afecto negativo, como las pataletas, el llanto intenso, y la angustia suelen disminuir⁹. En esta etapa, las diferencias individuales en la reactividad emocional y la regulación emocional diferencian a los preescolares problemáticos de los no problemáticos¹⁰. Los preescolares problemáticos muestran una angustia intensa y prolongada y protesta en las separaciones, a diferencia de sus pares no problemáticos¹¹. En situaciones que requieran el enmascaramiento de la decepción, los preescolares problemáticos muestran más rápidamente y por tiempo más prolongado emociones negativas que los niños no problemáticos¹².

La desregulación emocional, por su parte, es un concepto de difícil definición, pero que se presenta clínicamente como una dimensión

común de la mayoría de las categorías de la psicopatología y una característica definitiva de muchos trastornos. Las definiciones de desregulación emocional, aunque escasas, incluyen por lo general, una referencia a la interferencia en el procesamiento de la información,¹³ dificultades en la integración flexible de la emoción con otros procesos,¹⁴ y el mal control de la experiencia y la expresión afectiva¹⁵. En términos más generales, la desregulación emocional ha sido descrita como una incapacidad de conseguir las tareas evolutivas en relación al desarrollo emocional¹⁶. Posee una baja prevalencia como patología única (3,3% en niños de 9-19 años), aunque la mayor parte de los casos poseen una patología comórbida (67% de los casos)¹⁷. La presentación más frecuente es en hombres más que en mujeres (3:1)¹².

Al analizar, en una serie clínica, los desarrollos de los niños con desregulación emocional, se insinúa un denominador común, como una variable del temperamento, no frecuente, de extrema reactividad y difícil regulación¹⁸. El temperamento, sin embargo, aunque posee fuertes fundamentos biológicos, está modulado por factores ambientales y se relaciona con la desregulación emocional y con la sintomatología de los trastornos mentales¹⁹. Los niños con temperamento de adaptación más difícil, suelen tener un umbral más bajo de reacciones emocionales negativas y/o una tendencia de no regular el afecto negativo a través de la desviación de la mirada y la autorregulación²⁰. Tal emocionalidad negativa crea tensión en la relación padres-hijo y aumenta el riesgo para el desarrollo de psicopatología²⁰. Durante el período de la infancia y la niñez temprana se busca una respuesta adecuada a las interacciones sociales para la promoción de la regulación de los patrones de adaptación emocional²¹. Las fallas en este proceso pueden configurar una amenaza a largo plazo para la vida emocional del niño²¹. Estos dos aspectos, la reactividad y la regulación, son de fundamental importancia en la conceptualización de la desregulación emocional. Autores como Mary Rothbart y Derryberry postulan que las diferencias individuales en relación a temperamento están justamente en las características de reactividad y autorregulación²².

El compromiso de la capacidad de autorregulación, se puede considerar como un elemento clínicamente secundario a una llamativa reactividad desde el post natal inmediato²³.

El desarrollo cognitivo y el desarrollo social contribuye también a la evolución de la regulación de la emoción²⁴. La cognición influye en la manera en que los acontecimientos emocionales y las emociones pueden ser percibidos y comprendidos²⁵. La conciencia de las emociones, como la culpa o la inutilidad, requieren un cierto nivel de auto-evaluación. En ese sentido, el desarrollo de la conciencia de sí, y desde ella, la conciencia emocional, va a permitir una regulación de las emociones²⁶. Desde el punto de vista clínico, los modelos clínicos psicopatológicos y del cambio terapéutico se centran justamente en los aspectos problemáticos de la emoción, implícita o explícitamente, y suponen que la atención en la emoción y la conciencia del control flexible de los estados emocionales corresponden a índices de ajuste y factores de buen pronóstico de tratamiento²⁷.

Por su parte, la desregulación emocional se postula como una entidad nosográfica, mencionada en la literatura anglosajona como Severe Mood Dysregulation²⁸. La Dra. Ellen Leibenluft ha postulado una denominación específica, el Síndrome de Desregulación Emocional, con criterios clínicos para su identificación, sirviendo de pauta para estudios de seguimiento y una mirada que hace presente una nueva entidad nosológica, pero aún no reconocida en las clasificaciones tradicionales, por la dificultad para establecer pautas más categoriales, considerando la clara dimensionalidad de esta²⁹. La desregulación emocional es presentada con determinadas características clínicas, pero al ser analizada esta condición, aparece como base para la organización de diversa psicopatología ya establecida, como un Trastorno de Conducta, un Trastorno Negativista Desafiante o un Trastorno por Déficit Atencional³⁰. A veces asociada a una Depresión Mayor en la adultez temprana e incluso, en una forma más trascendente, como punto de partida para un desarrollo anormal de personalidad^{31,32}.

En lo revisado, llama la atención la ausencia de una visión del desarrollo o un análisis más profundo de los casos pesquisados. Tampoco surge la pregunta si esto tiene su origen en un estilo de temperamento, por lo tanto si es un curso evolutivo especial, como tampoco un análisis psicopatológico más exhaustivo de los pacientes para comprender que la irritabilidad se desprende de una vivencia de ansiedad frente al descontrol de una situación que los frustra. Se asume la idea de algo que se debe identificar en el período escolar como un claro factor de riesgo de futura psicopatología, pero sin una historia que la respalde³³.

El interés del presente estudio surge desde la necesidad de analizar este cuadro clínico desde su pasado, hacia la comprensión y origen de estos cursos evolutivos. La pregunta surgió sola, ¿la desregulación es un gran factor modulador del desarrollo, al cual deberíamos llamar una variable del temperamento? ¿Esto organiza una relación dialéctica que hace comprensible la clínica posterior? ¿Cómo comprender la psicopatología de la irritabilidad?³⁴. Falta un análisis psicopatológico más fino en base a casos clínicos que pueda aportar nuevos aspectos y un modelo que tome en consideración la integridad y no una parcialidad, que es lo que se pretende entregar en este trabajo. El objetivo no fue indagar en las diferencias psicopatológicas con otras condiciones clínicas que están desarrolladas en la literatura, como una enfermedad bipolar, como tampoco en observar pronósticos futuros de niños con desregulación^{35,36} pero sí analizar las historias del desarrollo para investigar su origen.

MÉTODO

Se seleccionaron los pacientes atendidos entre los últimos 10 años en la Clínica Psiquiátrica Universitaria, en una clínica privada de Santiago y la consulta, con el diagnóstico de Desregulación Emocional. Se recopiló la historia del desarrollo y los antecedentes relevantes para la caracterización de los casos. A todos ellos se les solicitó el consentimiento informado para la publicación anónima de los casos.

Se obtuvieron 17 casos, de los cuales se seleccionaron 5. El criterio de selección fue: tener diagnóstico de Desregulación Emocional, la presencia de la historia del desarrollo completa, el seguimiento de los pacientes por al menos 6 meses, consentimiento informado.

RESULTADOS

1. Paciente I. 13 años 7° básico una hermana de 18.

Descrito: “de chico con angustia, pataletas, mucha rabia, muy cariñoso, comunicativo, sensible, irritable, si no le gustaba algo gritaba, rompía cosas, pero busca controlarse” con baja capacidad de frustración, impaciente y exigente, con la madre y principalmente en su casa. Tímido con quienes no conoce, poco sociable, muy responsable, le cuesta mucho enfrentar un error. “muy exigente y cómodo, dependiente de mi (madre) como parte de mi piel, me mira y sé lo que quiere, no va a casa de amigos, exige atención” Muy estructurado y ordenado, especialmente colegio, no acepta trabajar en grupo o deportes colectivos.

Desarrollo: Temperamento en el período de lactancia: Tranquilo, sonriente, mientras estuviera a su lado, demandante de vínculo “necesitaba mi presencia física” temor a extraños. De lactante con diversas alergias, reflujo gastro-esofágico.

Muy asistido para cosas personales como vestirse, ir al baño, se irritaba si no lo ayudaban. Debido a bronquitis obstructivas, el reflujo gastro-esofágico y diversas alergias, la madre comenzó a asistirlo hasta la pubertad. Temor a perderlo, muy aprensiva. En el jardín se integraba. Se mostraba irritable, de “difícil manejo” “costaba consolarlo, acostumbrado a estar siempre acompañado por la madre, quien se atemorizaba de dejarlo solo. En el jardín se irritaba bastante, era agresivo. En el período escolar se cuestionaba a sí mismo, “por qué soy así” rechazado por pares debido a sus reacciones.

Vínculo muy estrecho de la madre, “lo crié como el centro del mundo” además muy demandante hacia ella.

2. T. 7 años 11 meses 2° básico. Una hermana de 10 años.

M. de consulta. “problemas de carácter, requiere siempre de mi compañía (madre). Se irrita con facilidad, tira objetos si está enojado”.

Descrito: “agresivo, de mal genio, quiere que sus deseos se satisfagan inmediatamente, muy baja capacidad de frustración, no acepta un no”. En el colegio el comportamiento es “excelente” no pelea con compañeros, poco sociable, incluso acepta que lo manden. Muy dependiente y cómodo, muy atendido “por buscar la paz” si lo contradicen amenaza por tirarse por la ventana o abrir la puerta del auto estando en movimiento. Es decir el comportamiento descontento emocionalmente, sólo lo exhibe en contextos de confianza, con bastante oposicionismo.

Desarrollo: Temperamento en el período de lactancia: “complicado, había que estar presente a su lado, incluso para yo ir al baño debía llevarlo” extremadamente demandante de vínculo. El alejamiento provocaba extremos gritos, llanto. Temeroso de extraños, rechazaba cualquier acercamiento de un extraño. En la noche debía dormir con él para que no llorara y además para que no despertara al marido. Madre muy aprensiva, temerosa que le pasara algo. Con antecedentes de RGE en primer año, por lo cual dormía con él en su pecho. Bronquitis obstructivas a repetición hasta los 7 años, crisis asmáticas en dos oportunidades. Dermatitis atópica. Aunque tendía a hacer sus cosas solo, la madre ha sido bastante asistencial con él.

3. C. 10 años. Niña

Consulta por su extrema irritabilidad y dificultad para adaptarse a diversos contextos, muy oposicionista y exigente, especialmente en contextos de confianza, muy demandante con figuras de apego.

Descrita: Irritable si no hacen lo que ella quiere, exigente, cuesta calmarla y grita si algo no le resulta, temerosa de imprevistos, muy rigurosa en su trabajos escolares, culpógena si no se cumple un deseo con prontitud, le cuesta

adaptarse a normas, gran dificultad para quedarse dormida, vergonzosa, tímida, Muy baja capacidad de frustración, impaciente. Con gran determinación frente a un deseo, hasta que lo consigue, muy insistente.

Desarrollo: Desde el nacimiento destacó una extrema irritabilidad, mucho llanto, lo cual generaba gran demanda vincular. Temperamento: muy demandante de vínculo, temerosa de extraños, lloraba con mucha facilidad, “despertaba llorando, lo hacía incluso si bostezaba, costaba mucho calmarla”. En la noche había que pasearla mucho rato para que se durmiera y despertaba al menor ruido. En el período preescolar se mostraba inhibida frente a extraños o situaciones desconocidas, siendo obediente a las normas del jardín y colegio, pero poco sociable.

Llamaba la atención de pequeña la presencia de conductas de tipo obsesivas como tocar con cierto pie la puerta antes de salir de la casa, irritándose si no se le permitía. Poco comunicativa y expresiva verbalmente de lo que le ocurría. Se descontentaba emocionalmente con mucha facilidad si algo no le resultaba. Todo esto generaba que el entorno familiar se adaptara a sus deseos, por lo cual fue muy consentida y asistida en sus necesidades, pero en contextos no conocidos aparecía muy adaptativa e inhibida. De su historia pediátrica destacó ITU prácticamente desde el período de recién nacida.

4. C. 11 años 6° básico, el mayor de 4 hermanos.

Motivo de consulta: miedo en la noche a fantasmas y espíritus, gran ansiedad lo cual obligaba a la madre a acompañarlo cada noche.

Descrito como “muy emocional, en su modo de expresarse, cariñoso, muy intenso, lo mismo en el enojo, descontrolado, grita o golpea, muy baja capacidad de frustración, muy pendiente de la necesidad del otro, siempre alerta al peligro y que le ocurra algo a sus padres, a la agresión de terceros, sufre por diversas cosas, el miedo lo supera.” Llama a sus padres para que manejen con cuidado. Dependiente de la madre, sociable, de muchos amigos.

Se descontrola si no cumple una meta, incluso un juego, “me enojo” “me basta estar con otra persona y me siento protegido”.

Madre muy aprensiva, de muchas advertencias.

Desarrollo: Luego del nacimiento la madre describe: “no paró nunca de llorar y yo lloraba junto con él” Temperamento muy demandante de vínculo, “despertaba llorando” escapaba del control materno, la sobrepasaba. Rechazaba a extraños, lloraba. Activo. Mucha dificultad para quedarse dormido, despertaba con los ruidos.

Destaca en su historia pediátrica, Asma, alergia a diversos elementos.

En el período preescolar destacó la presencia de llamativas reacciones de oposición, frente a las cuales a veces terminaban cediendo. Presentó ansiedad de separación, y la madre lloraba con él. Tímido en situaciones sociales como un cumpleaños, temeroso, la madre debía acompañarlo.

5. M. 15 años.

Consulta por primera vez a los 11 años debido a sus llamativas reacciones de irritabilidad: “reacciona en forma muy agresiva cuando es “atacado” por pares, golpea, rompe objetos, opositorista, con muy baja capacidad de frustración, explosivo si alguien lo acusa injustamente, incluso se golpea a sí mismo...luego se retracta y llora mucho o queda en silencio, retraído. Si no hay conflicto aparece “cariñoso, alegre”. De buen desempeño escolar, con un promedio superior al curso.

Descrito por la madre con baja capacidad de frustración, impaciente, exigente, se desespera si algo no le resulta, muy demandante, llevado de sus ideas, quiere que le obedezcan. Dependiente y cómodo, “de niño pequeño (preescolar) se golpeaba la cabeza si se frustraba y ya en el período escolar golpeaba si no le resultaba algo, esto a veces a diario, hasta ahora no pasa más de una semana sin una reacción de irritabilidad. En la casa ha roto puertas, luego se calma y queda en silencio”.

Conflictos en el colegio por su actitud, le temen.

Destaca desde los 11 años el diagnóstico de vitíligo.

Temperamento: “desde que llegó a la casa (luego de nacer) lloraba mucho ¡eran gritos! No se calmaba con nada, costaba mucho que se durmiera, había que pasearlo mucho rato. Activo, despertaba llorando, muy demandante de vínculo. Temeroso de los extraños, “lloraba, los rechazaba”. Ansiedad de Separación con mucho llanto al ingresar a jardín infantil. Se adaptó recién a los 4 años. Llamaba la atención, desde entonces su “mucho” orden cada cosa en el lugar que decidía.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En los casos clínicos evaluados se describe desde el comienzo de sus desarrollos, aunque no en todos, gran reactividad emocional, traducida en llanto como una característica cotidiana, con mucha dificultad para calmarlos, o regular su-estar-emocional. La pregunta es qué los hace ser tan reactivos, por qué diversos estímulos, o el simple hecho de estar despiertos los hace sentir incómodos, incluso ya desde el período post natal inmediato. Considerando lo anteriormente descrito, **se puede postular que lo más básico sería su reactividad, más que su desregulación, que podría verse como una consecuencia natural.** Esta reacción también se puede ver como una expresión visible y explícita de desagrado, como un contraste a los otros pacientes en los que no se observa este explícito desagrado sensorial, parecen no reclamar, sin llanto permanente como rasgo destacado. Esto también puede tener otra lectura, que más adelante se elaborará.

Al indagar en las características del temperamento, descrito hacia el final del primer año de vida, cuando ya la actividad refleja se ha ido superando y es incipiente la capacidad de vivenciar y no solo del sentir, surge algo que aparece transversal a prácticamente todos los niños, coincidente con la aparición de la permanencia de objeto, el temor a extraños y la demanda llamativa de un vínculo estrecho, cercano. Las madres lo describen como algo

extremo incluso, de forma permanente, difícilmente pueden alejarse de ellos hasta por breves instantes.

DISCUSIÓN

Es claro que la desregulación es un factor de riesgo que organiza psicopatología, modula y desvía el desarrollo de la personalidad también, lo cual no se menciona como una consecuencia, pero ¿cómo darle una categoría nosológica en su origen, en su tronco, antes que surjan cuadros identificables o ramas derivativas? ¿Un síndrome único? Darle una categoría nosográfica a una característica constitucional aparece arriesgado, pero ¿sería un cuadro en sí mismo? o un factor identificable para intervenir de manera preventiva. Es claro, desde el punto de vista del desarrollo, que hay un origen único, pluripotencial de psicopatología, pero que no es patología en sí mismo y es en este punto que se apoya la crítica. Por otro lado, el segundo modelo, como un problema de comorbilidad compleja, surge débil al ver la psicopatología derivada como entes separados, sin un hecho conductor ni conector. En general es criticable el concepto de comorbilidad sin ver que son parte de un complejo clínico, desde un común origen, el cual, desde un punto de vista psicopatológico evolutivo, hace comprensible su división a cuadros nosológicos identificables.

En estos casos descritos es interesante cómo se observan denominadores comunes. Al estar presentes, es más factible postular los elementos esenciales que sustentan esta organización clínica:

- Se describe desde el comienzo de sus desarrollos, aunque no en todos, gran reactividad emocional, traducida en llanto como una característica cotidiana, con mucha dificultad para calmarlos, o regular su-estar-emocional. La reactividad implica un umbral de respuesta muy bajo, pero a diversos estímulos, no necesariamente algo nocivo u objetivamente desagradable. Da la impresión que el simple hecho de **sentir**, genera una elaboración fisiológica negativa y un correlato emocional de desagrado, negativo. Como una hiperestesia, exacerbando la intensidad y connotación de diversos estímulos. Por lo mismo, se compren-

de la dificultad en su regulación o más bien su heteroregulación, ya que en un comienzo del desarrollo se nos regula desde fuera, más que desde un sí mismo.

Si consideramos el llanto extremo y permanente, más las manifestaciones de urgente vinculación y temor a los extraños, podemos hacer una unidad en la **angustia**, gatillada como respuesta a aquello percibido como amenazante, incómodo, no familiar. Los hechos, como realidad empírica, dan una buena base para enunciar esto, reduciendo una eventual interpretación. Como no todos los niños presentaban llanto o expresaban evidente incomodidad, pero sí demanda vincular y/o temor a extraños, se podría ver a la *ansiedad* como un rasgo menos evidente a esta edad, más contenidos o inhibidos o, a modo ahora sí de interpretación, un *ansiedad* que bloquea, ¿más que hace reaccionar explícitamente?, más pasiva en su reacción y expresión, como lo visto en algunos animales paralizados frente a su depredador. Mostrándose con ya claridad hacia el siguiente período madurativo, el preescolar. Simultáneo a esto surge la mención al temor a los extraños, hecho comprensible a ese nivel madurativo, pero que no todos los niños lo presentan necesariamente, sinónimo de una confianza básica que se trae o se carece, y que en este caso en particular se observa de especial relieve. Aquí sí se pone en evidencia un factor que podríamos postular como esencial en esta condición de hiperreactividad emocional, **la angustia como respuesta a lo des-conocido**, hecho que no se podía poner de manifiesto antes por razones madurativas.

CONCLUSIONES

Con el anterior análisis, basado en la descripción del temperamento de lactantes, de este modo básico de reaccionar y estar en nuestro primer tiempo de vida, podemos sí postular que a la base de esta condición está la **hiperreactividad**, más que la desregulación emocional en estos niños, con lo cual se puede proponer que sí hay base empírica para hablar de una variable del temperamento. Claramente surge esta evidente prueba que sólo se descubre al analizar la historia del desarrollo. Llama la atención que en los diversos artículos

revisados no se le de importancia a este hecho fundamental, organizador de la estructura de personalidad.

Como el desarrollo es un proceso dialéctico y una síntesis de diversas variables, además de una relación de sentido, el hecho que un hijo o hija presenten un determinado temperamento modulará un tipo particular de apego. Las madres relatan su propia angustia al no saber cómo manejar, enfrentar o modular esta expresión emocional y la demanda vincular, cómo calmarlos, consolarlos o “regularlos,” permitirse su propia autonomía y desarrollar la correspondiente en ellos. No es posible que se organice un apego seguro de esta forma, incluso las madres al tratar de calmarlos al ser muy predecibles, generan mayor dependencia y una evidente contradicción con todo aquello que sea extraño. Ya en esta situación se va evidenciando la organización de personalidad en su origen, hacia la dependencia y la inseguridad, lo cual hace comprensibles otros elementos clínicos que se comentarán más adelante.

Hacia el período preescolar surgen otros hechos que dan continuidad a lo ya descrito y analizado, la presencia de *ansiedad* de separación en varios, especialmente aquellos que fueron más demostrativos en su llanto de lactantes y algo bastante transversal, la gran dificultad para enfrentar la frustración, con llamativas reacciones de oposición. Al analizar con cierta profundidad la irritabilidad, se observa en ellos, bajo el evidente enojo por alguna frustración, más que rabia como emoción de reclamo, angustia, tristeza, desesperación, aparece la idea de una **irritabilidad como algo secundario a una ansiedad por algo no conseguido**. Es un elemento que también se suma a la propuesta del actual trabajo, y es que **a la base de la desregulación o hiperreactividad, subyace la ansiedad, como algo estructural**. Ahora sí podemos hablar con más base de una facilitada irritabilidad, esto por la presencia de un nivel de consciencia que les permite elaborar la realidad desde una intencionalidad, a la cual algo o alguien se opone generando una reacción de oposición que da nombre a este período madurativo. Aparece la cautela, el temor o integración a la integra-

ción social, nuevas demandas y por supuesto nuevos problemas normativos para las figuras de apego, como es el modo de modular estas reacciones. Acá tenemos un elemento clínico que hace comprensible hechos futuros como fue posible de ver en aquellos pacientes con al menos una edad escolar, la llamativa dificultad en la capacidad de frustración y la capacidad de espera. La irritabilidad se cronifica a punto que, como sucedió en un caso, fuese tratado como bipolar, al confundirse con esta condición clínica. Al ser tan compleja su heterorregulación, genera en las figuras de apego un acomodo forzado a esta demanda, adaptando el mundo a sus necesidades, generando sentimientos de frustración, ansiedad y un estar pendientes de ello para evitar tal reacción emocional. Como consecuencia, se distorsiona y obstaculiza el proceso de individuación y autonomía emocional.

Otro elemento que se debe considerar en esta relación de apego, en este caso con sus madres, es la propia estructura de personalidad de ellas, sobreprotectoras, ansiosas, de frecuentes advertencias, perciben a sus hijos con menos herramientas para desenvolverse en la vida, muy pendientes de ellos, generando con ello mayor sobreprotección. Todo esto también modula la relación de apego, así como en sus propias historias del desarrollo, éste moduló la estructuración de sus propios modos de ser. Un hecho aún más fino sería analizar cómo la consciencia modula, a la vez, la relación de sentido con los hijos, a lo que podríamos llamar el sentido externo. En este punto se muestra cómo se organizan relaciones interpersonales, moduladas desde las características emocionales especiales de estos pacientes, llámese padres, familiares, pares o profesores, lo cual en conjunto se traduce en una organización de personalidad que de acuerdo al modo de ser de estos pacientes, tendrían características obsesivas.

Analizando estos nuevos antecedentes clínicos, se encuentra otra vez la huella de la ansiedad en su base, el temor al riesgo, fracaso, vergüenza, la necesidad del control, como una especie de protección a la eventual presencia de la angustia, de emoción de reclamo displacentera y como son sensibles, con facilidad se

desconviene y secundariamente se irritan y se enojan de manera incomprensible, angustiada y también enojosa, para aquellos que los sufren. Como esto se evidencia con más claridad en el período escolar que ya cuenta con un pensamiento lógico y se da la base para una consciencia de tipo reflexiva, se hacen comprensibles tales conductas y reacciones. La mayor consciencia de los otros en relación a sí mismos, descubre el temor a no cumplir una expectativa, a una sanción, siendo por ello obedientes frente a aquellas personas no familiares o que intuyen que no se adaptarán a sus deseos o exigencias, siendo incluso serviciales. En forma también incipiente se da la posibilidad de reflexionar respecto a sí mismos, destacando un espontáneo comentario de uno de ellos “¿por qué soy así?”

Se puede postular que el temor al des-control, modula la actitud ordenada y obsesiva y su hipotética anticipación, otra fuente de irritabilidad y conflicto interpersonal, facilitando en los más cercanos una íntima necesidad de seguir acomodándose a ellos a fin de evitar nuevos disgustos en otros., pero también esto genera un nuevo conflicto personal. Al conversar con ellos se desprende, luego de alejada la reacción de enojo y frustración, un sentimiento de arrepentimiento y culpa por lo sucedido, de no poder reaccionar de otro modo, aunque es comprensible que de manera más explícita, sean más bien heteroculpables, como un modo de protegerse de mayores consecuencias punitivas, dado su actuar.

El gran problema, hasta incluso terapéutico, es cómo aprenden a hacerse cargo de sí mismos y un modo de convivir con esta especial sensibilidad que les tocó, como elemento estructurante de su personalidad.

Llama la atención otro antecedente, que también podría verse como comprensible en este contexto clínico, la presencia de compromisos pediátricos, como asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica o atópicos. Esta hiperreactividad del sistema inmune es posible de encontrar en modos de ser sensibles, con un claro trasfondo ansioso, hecho demostrado en pacientes pediátricos con vitíligo. Aunque es algo pobre hablar de un compromiso psicósomático, ya

que no es suficiente el conflicto psíquico para explicarlo, sí es otro factor a considerar al momento de sumar argumentos a favor de un claro trasfondo de ansiedad, como algo transversal a toda la clínica descrita.

Si se consideran todos los aspectos descritos y analizados y se los pone en la dimensión de una organización de personalidad, es claro que es fundamental considerar que estamos en presencia de seres en desarrollo, cuyo eje está fuertemente modulado por esta hiperreactividad emocional. En ningún artículo se hace mención a esto, no considerando a los pacientes de un modo integral, sólo como sufriendo diversos cuadros clínicos, comorbilidades o con riesgo de futuros compromisos de tipo afectivos. A la depresión se la asocia a ansiedad como antecedente varios años antes, otro hecho a destacar en esta entidad cuyo trasfondo es de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berenbaum H, Raghavan C, Le H, Vernon L.L, & Gomez J.J. A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003, 10:206–226.
2. Calkins S. D., & Johnson M. C. Toddler regulation of distress to frustrating events: Temperamental and maternal correlates. *Infant Behavior and Development*. 1998, 21 379 – 395.
3. Frijda N H. *The emotions*. Cambridge University Press, Cambridge UK, 1986.
4. Izard C E, Ackerman B. P. Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. M. Lewis y J. M. Haviland-Jones Editores, *Handbook of emotions*, 2a ed., New York: Guilford Press, 2000:253–264.
5. Barrett K C, & Campos J J. Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. J. D. Osofsky Editores, *Handbook of infant development* 2a ed. New York: Wiley, 1987:555 – 578.
6. Campos, J. J., Mumme, D. L., Kermoian, R., & Campos, R. G. A functionalist perspective on the nature of emotion. N. A. Fox Editor, *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child, 1994.
7. Bradley S.J. *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford. 2003.
8. Thompson R.A, Lewis M., & Calkins S.D. Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*. 2008, 2:124–131.
9. Rothbart M K, Ziaie H, y O’Boyle C G. Self-regulation and emotion in infancy. In N. Eisenberg y R. A. Fabes Editores, *Emotion and its regulation in early development*, San Francisco: Jossey-Bass. 1992:7-24.
10. Kagan J. The concept of behavioral inhibition. L A Schmidt y J Schulkin Editores, *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes*. Series in affective science. New York: Oxford University Press. 1999:3-13.
11. Calkins S D, & Dedmon S. E. Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/ destructive behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000, 28:103–118.
12. Calkins S D, Dedmon S E., Gill, K. L., Lomax, L. E., & Johnson, L. M. Frustration in infancy: Implications for emotion regulation, physiological processes, and temperament. *Infancy*. 2002;3, 175 – 197.
13. Dodge K A. Editor. Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to a special section on the development of emotion regulation. *Developmental Psychology*, 1989, 25:339–342.
14. Cicchetti D., Ganiban J., y Barrett D. Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. En J. Garber & K. A. Dodge Editores. *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press, 1991:15-48.
15. Izard C E, y Ackerman B P Motivational, organizational, and regulatory functions of discrete emotions. M. Lewis y J. M. Haviland-Jones Editores, *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press, 2000:253-264.
16. Cicchetti D, Ackerman B P, y Izard C E. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development*

- and Psychopathology. 1995, 7:1–10.
17. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006, 60(9):991-7.
 18. Caspi Avshalom. Henry Bill. McGee, Rob O. Moffitt, Terrie E. And Silva Phill A. Temperamental Origins of Child and Adolescent Behavior Problems: From Age Three to Age Fifteen. *Child Development*, 1995, 66:55-68.
 19. Rothbart K. Mary, Stephan A. Aladi, David E. Evans. Temperament and Personality: Origins and Outcomes. *Journal of Social Psychology*, 2000, 78(1):122-135.
 20. Calkins S D, & Johnson M. C. Toddler regulation of distress to frustrating events: Temperamental and maternal correlates. *Infant Behavior and Development*. 1998, 21: 379 – 395.
 21. Cicchetti D, Ackerman B P, & IZARD C E. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1995;7,1–10.
 22. Rothbart M K, & Bates J E. Temperament. N Eisenberg Editor, *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1998:105– 176.
 23. Rutter M. Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47:276-295.
 24. Kagan, J. The concept of behavioral inhibition. In L. A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes*. Series in affective science (pp. 3 – 13). 1999. New York: Oxford University Press.
 25. Ochsner, K.N., & Gross, J.J. Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*. 2008;17,153–158.
 26. Tomkins, S. *Affect, imagery, consciousness: Vol. 3. The negative affects: Anger and fear*. 1991. New York: Springer.
 27. Harman, C., Rothbart, M. K., & Posner, M. I. Distress and attention interactions in early infancy. *Motivation & Emotion*. 1997;21,27–43.
 28. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS: Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:430-437.
 29. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS: Chronic versus episodic irritability in youth: A community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2006, 16:456-466.
 30. Meyer SE, Carlson, G.A., Youngstrom, E., Ronsaville, D. S., Martinez, P.E., Gold, P.W., Harak, R., Radke-Yarrow. M. Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescent. *Journal of Affective Disorders*, 2009, 113:227-235.
 31. Althoff. R.R. Disregulated children reconsidered. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010, 49:302-305.
 32. Caspi A. The Child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, 78:158-172.
 33. Eisenberg N. Valiente C. Spinrad T L, Liew J, Zhou Q, Losoya S H, Reiser M, y Cumberland A. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental Psychology*, 2009, 45:988-1008.
 34. Stringalis A, Cohen P, Pine D S, y Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study . *Am.J.Psychiatry.*, 2009, 166, (9):1048-1054.
 35. Biederman, J, Petty C R, Monuteaux M C, Evans M, Parcell T, Faraone S V, & Wozniak, J. The Child Behavior Checklist-Pediatric Bipolar Disorder Profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: A longitudinal analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009, 70:732-740.

36. Brotman M A, Kassem L, Reising M M, Guyer AE, Dickstein D P, Rich B A, Towbin K E, Pine D S, McMahon F J & Leibenluft E. Parental Diagnoses in Youth With Nar-
row Phenotype Bipolar Disorder or Severe Mood Dysregulation. *American Journal of Psychiatry*. 2007,164:1238-1241.

Riesgos Psicosociales en los hijos de personas con Trastornos de Salud Mental

Psychosocial risk in the offspring of mental health patients

Katherine Rubilar¹, Muriel Halpern²

RESUMEN

El presente trabajo entrega una visión panorámica de las dificultades que puede tener el adulto con patología psiquiátrica en la interacción con sus hijos.

Se analizan diversos estudios que sugieren la mayor prevalencia de enfermedades mentales en estos niños.

Se concluye que los hijos de personas con patología psiquiátrica constituyen una población de riesgo elevado de padecer enfermedad psiquiátrica, ya sea por su dotación genética o por los riesgos psicosociales a los que pueden verse expuestos como consecuencia de la patología psiquiátrica del padre o madre. Las patologías psiquiátricas que presentan tienden a ser variadas y no necesariamente igual a la patología del progenitor.

Se destaca el rol del psiquiatra de adultos para detectar situaciones de riesgo y activar los distintos agentes de salud al servicio de la prevención y protección del desarrollo saludable de los niños.

Se motiva a considerar en los casos de patología psiquiátrica severa de los padres la necesidad de que el otro progenitor o la familia extendida puedan suplir las carencias en periodos de crisis.

Palabras claves: Psicopatología parental, familia, factores de riesgo

ABSTRACT

Summary

This paper provides an overview of the difficulties that can have an adult with psychiatric illness in interaction with their children.

We analyzed several studies that suggest a higher prevalence of mental illness in these children.

We conclude that children of people with psychiatric disorders constitute a population at high risk of developing psychiatric illness, either by their genetic or psychosocial risks that may be exposed as a consequence of psychiatric illness of a parent. The psychiatric disorders that occur tend to be varied and not necessarily the parent's pathology.

It highlights the role of adult psychiatrist to detect hazardous situations and trigger various health workers in the service of prevention and protection of children's healthy development. Are encouraged to consider in cases of severe psychiatric pathology parents the need for the other parent or extended family to fill gaps in periods of crisis.

Keywords: Parental psychopathology, siblings, risk factors.

1 Becada Psiquiatría Adulto, Universidad de Chile.

2 Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

INTRODUCCION

Todas las culturas conocidas han dado importancia a las relaciones padres-hijos como productoras o protectoras de alteraciones de conducta en los hijos.

Ya en la antigüedad clásica, las tragedias de Sófocles dan cuenta persistentemente de este fenómeno .

Sigmund Freud, a finales del siglo XIX comienza a interesarse por la importancia de tales influencias. En el psicoanálisis clásico el estudio del complejo de Edipo y sus repercusiones en la psicopatología es una clara muestra de aquello (1).

Donald Winnicott señala en sus trabajos la importancia de la estabilidad y continuidad del medio, en sus aspectos físicos y emocionales, para el desarrollo del niño (2).

Este autor observa que hasta los niños muy pequeños pueden aprender a percibir el estado emocional de los padres y prepararse para soportar sus cambios de ánimo; sin embargo, lo que les resulta traumático es la imposibilidad de predecir cuál será su reacción (2).

Bowlby en la teoría del apego subraya la importancia de que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras significativas y también la habilidad de estas figuras para contener y proteger al niño, especialmente en momentos de mayor necesidad (3).

Hoy resulta ampliamente reconocido que un ser humano necesita desde sus primeros años de vida tener a su lado una figura “suficientemente estable y suficientemente próxima” para un desarrollo normal (4).

En la convención sobre los derechos del niño de las Naciones Unidas (ONU) se afirmó que el niño/niña, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en un ambiente de felicidad, amor y comprensión (5).

En el desarrollo de un individuo interactúan diversas variables, tales como su dotación genética, las influencias con-natales, especialmente intrauterinas y del período del nacimiento,

las relaciones microsociales originarias, de la primera infancia (figura de apego, familia, red social próxima) y las relaciones macrosociales (cultura y sociedad) (4).

En este proceso de desarrollo, la conducta de los padres, en cuanto contribuye a configurar el “mundo del niño”, ejercerá una poderosa influencia, ya que son éstos los encargados de suplir los cuidados básicos que requiere, tales como vivienda, nutrición, higiene, vestido, atención médica, seguridad, contención emocional, etc. Asimismo, son generadores de oportunidades de desarrollo social y transmisión del capital cultural. Esta gran influencia de los padres puede resultar facilitadora del desarrollo del niño, como también limitante o nociva. Todo ello marcará de una u otra forma la personalidad, estilos de relación y apego y psicopatología del “futuro adulto”.

En la evaluación psiquiátrica de adultos, además de llegar a un diagnóstico específico, se consideran características particulares del consultante, tales como su nivel intelectual, rasgos de personalidad, estructura y sistema familiar, y características socioeconómicas. Todos estos elementos pueden modular la patología, enfocar de forma individual el tratamiento y dar una aproximación pronóstica específica.

Otro aspecto de la vida del paciente que habitualmente no se considera en la evaluación, es su rol parental y las vulnerabilidades que pueden presentar sus hijos.

El presente trabajo es el resultado de una revisión bibliográfica de textos de psiquiatría y artículos científicos que muestran algunos aspectos de los riesgos psicosociales a que pueden verse expuestos los hijos de personas con patologías psiquiátricas.

Se describe el problema general, para luego identificar algunos trastornos mentales específicos del adulto y sus posibles repercusiones en los hijos.

El objetivo último es destacar la importancia que puede tener, desde el punto de vista de la salud pública, el incorporar en el tratamiento

psiquiátrico de adultos, consideraciones relativas a su rol parental. Esto, por cuanto al detectarse situaciones de riesgo en los hijos, será posible activar tempranamente las redes de salud y prevenir el desarrollo de patologías en ellos.

CIFRAS GENERALES

Establecer una relación de pareja y tener hijos son hitos fundamentales para la vida de muchos hombres y mujeres. La parentalidad en concreto desempeña un rol social especialmente valorado en todas las culturas (7).

La población con patología psiquiátrica no es ajena a esta realidad.

Si bien existen escasos registros de las tasas de fertilidad y natalidad de pacientes con patología psiquiátrica, estos datos pueden ser extraídos de las características demográficas detalladas en algunos estudios.

Uno de ellos, realizado en Gran Bretaña, señala que en ese país la mayoría de las mujeres con esquizofrenia son madres (10).

Por su parte, un estudio español realizado el año 2004 (4) concluye que los pacientes que presentan esquizofrenia poseen una fertilidad y fecundidad similar a la población general y algunas familias esquizofrénicas incluso poseerían fecundidad aumentada con respecto a la población general.

En Chile, un estudio transversal realizado en cinco consultorios de atención primaria de la región metropolitana durante el año 2006 seleccionó 290 mujeres consultantes de entre 18 y 70 años que presentaban diagnóstico de depresión mayor. Las pacientes debían tener al menos 1 hijo entre 6 y 16 años viviendo con ellas.

La edad promedio de las madres que formaron parte del estudio fue de 37,4 años; el número promedio de hijos 2,7, y la edad promedio de éstos 10,5 años. El 50,3% eran mujeres y 49,6% hombres.

Respecto de su situación familiar, un 76,1%

vivía con una pareja (54,6% era casada y 21,5% conviviente); el 23,9% vivía sin pareja (13,4% eran separadas, 9,3% solteras y 1,2% viudas).

Respecto de su situación médica, al momento de ser incluidas en el estudio, el 36,9% de las pacientes presentaba una depresión leve, un 49,6% moderada y un 13,6% severa. El 56,2% de ellas tenía antecedentes de episodios depresivos previos (9).

Otro estudio de análisis de base de datos, realizado en pacientes hospitalizados en la unidad de corta estadía de Psiquiatría del Hospital Sótero del Río durante el año 2003 arrojó que la mayoría de los pacientes hospitalizados debido a diferentes patologías psiquiátricas tienen al menos un hijo (10).

Estos datos se correlacionan con la práctica clínica habitual, en donde la regla general en todo tipo de patología, es la atención de pacientes que tienen a lo menos un hijo y que debiese considerarse en la anamnesis, explorándose la relación parental existente, situaciones de riesgo o vulnerabilidades en los hijos que requerirían el aporte o la intervención de otro profesional.

PARTICULARIDADES DE LA PARENTALIDAD EN UN INDIVIDUO CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.

Existen algunas características inespecíficas identificadas en la población con patología psiquiátrica que pueden influir, desde el momento de la concepción, en los hijos, amplificadas por la sintomatología o rasgos de personalidad de los progenitores. Es así, cómo los niños además de la vulnerabilidad genética, desde la etapa prenatal están expuestos a riesgos importantes.

Riesgos preconcepcionales:

Por las características de la psicopatología específica de base (impulsividad, disregulación afectiva, pérdida de juicio de realidad, *craving* por droga) es posible que el paciente se exponga a prácticas sexuales no seguras, las que a su vez conllevan el riesgo de enferme-

dades de transmisión sexual, o de un embarazo no deseado o no planificado.

A la mayoría de los pacientes con psicosis crónica y a muchos pacientes en control psiquiátrico, se les prescribe tratamiento farmacológico profiláctico o terapéutico y muchas mujeres quedan embarazadas tomándolo, aumentando, en algunos casos, el riesgo de daño al feto y de embarazo no deseado (6).

A pesar de que muchos embarazos no son planificados, la mayoría de estos, posteriormente, son plenamente aceptados. El número de estos embarazos no deseados es mucho menor en los países que permiten el aborto, pero aun así algunos se llevan a término.

El embarazo no deseado es un problema importante en muchos países de bajos ingresos. Se asocia con un mayor riesgo de la negación del embarazo, infanticidio, depresión, trastornos de relación madre-hijo y trastornos emocionales en los niños (6).

Riesgos Prenatales:

En relación con la terapia farmacológica específica para trastornos de salud mental, aunque la Food and Drug Administration (FDA) no ha aprobado oficialmente el uso de psicofármacos durante el embarazo o la lactancia, la decisión de utilizarla durante este período se debe tomar en forma individual, con base en un análisis cuidadoso de la relación riesgo-beneficio.

Todos los psicotrópicos atraviesan la barrera placentaria, por lo que se debe evitar el uso de psicofármacos al menos en las primeras 12 semanas de gestación, durante las cuales ocurre la organogénesis (11). En general, se recomienda evitar la medicación durante el embarazo, los riesgos de interrumpirlo a menudo superan los riesgos para el feto (6).

Respecto de la terapia electroconvulsiva, ésta puede precipitar un trabajo de parto lo que es posible de prevenir con la administración de tocolíticos (6).

Por otra parte, se ha reportado toxicidad neonatal y/o adicción en algunos bebés expues-

tos a litio, antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas (6).

En el caso de pacientes con consumo perjudicial o dependencia a drogas, puede verse afectado el control prenatal, como también producirse malnutrición materna y conductas de riesgo para obtener la droga o por los efectos del consumo (conductas delictivas, prostitución, sobredosis). Una complicación específica del abuso de cocaína es el desprendimiento de la placenta (6).

El consumo de alcohol y cocaína aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro (6).

En el caso específico del alcohol, el abuso se asocia a teratogenicidad con aumento general de anomalías congénitas, alteraciones cognitivas y síndrome alcohólico fetal (6).

Riesgos en la niñez:

Las complejas funciones de crianza de los hijos pueden ser interrumpidas, en una mayor o menor medida, por todos los tipos de trastornos mentales de los padres (6). Más que el diagnóstico específico, el riesgo está dado por la gravedad y cronicidad de la psicopatología. Para M. Rutter (12), el daño proviene de la carencia o distorsión del cuidado.

En hijos de padres con patología psiquiátrica las funciones parentales nutricias y normativas pueden verse afectadas, provocando diferentes consecuencias en los niños: experiencias de abuso y negligencia, atención poco consistente, tanto por parte de la madre como del padre.

En los niños pueden surgir sentimientos de culpa, como también la creencia de que ellos causaron o contribuyeron a causar la enfermedad de sus padres. Los contactos con los servicios de salud mental son vividos como negativos al asociarse a períodos de abandono o separación de los progenitores debido a las hospitalizaciones (13).

Los trastornos mentales tendrían un impacto grave en el niño cuando éste está incluido en

la enfermedad del padre/madre; por ejemplo: cuando el niño está implicado directamente en la sintomatología, si es víctima de una conducta agresiva u hostil o si está incluido en los delirios del progenitor. También se puede ver afectado debido a las dificultades económicas o al estigma de tener un padre con enfermedad psiquiátrica.

Según Anthony (14), la enfermedad de los padres produce tres tipos de respuesta en el infante:

- Crecimiento y diferenciación, como si la enfermedad tuviera un efecto estimulante. De esta forma, la presencia del progenitor muy enfermo puede tener un efecto madurativo en el desarrollo del niño.
- Derrumbamiento, inhibición o angustia, sentimientos que pueden impedir un desarrollo integral de su personalidad y la relación con el ambiente.
- Auténtico “contagio”, viendo las conductas patológicas como modelos para el establecimiento de relaciones interpersonales y para la resolución de problemas. En este grupo también estaría el efecto independiente de la genética que puede ser modulado por el ambiente.

Todas estas reacciones en el hijo, dependientes de su nivel intelectual, temperamento, resiliencia y/o el apoyo de algún adulto (ya sea el otro progenitor, familia extendida, alguien de su comunidad o un agente de salud) que pueda ser referente y protector, pueden modificar o modular estas repercusiones en el infante.

Dificultades comunes en padres con patologías psiquiátricas.

Según las guías de orientación sobre la protección y promoción de la salud mental en los niños de las personas con trastornos mentales graves, existen situaciones comunes a los cuales se ven expuestos estos niños:

• Falta de atención.

Cualquier preocupación de los padres, ya sea en la forma de reflexiones inquietantes, obsesiones, rabia o delirios, que aparecen en personas con trastornos ansiosos, trastornos obsesivos, psicosis o trastornos de la perso-

nalidad, pueden afectar el cuidado y protección del menor (6).

La falta de atención hacia los hijos también puede ser causada por el tiempo ocupado en “actividades mórbidas”, tales como rituales compulsivos, atracones o consumo de drogas. También como resultado de trastornos que afectan a la facultad de la atención de sí mismo, como la depresión. Si esta falta de atención es frecuente y prolongada, no habrá establecimiento de límites a la conducta de los hijos, y el medio ambiente familiar carecerá de suficiente estímulo para el desarrollo de la tolerancia a la frustración y control de impulsos de los mismos.

• Falta de disponibilidad emocional.

La capacidad del progenitor de utilizar sus emociones para contactarse con el hijo y empatizar con él, se alteraría en diferentes trastornos, en un rango que puede ir desde evitarlo debido a una fobia centrada en el niño u obsesiones de infanticidio, hasta el rechazo extremo, visto en casos de depresión severa o psicosis. Dificultando de esa forma el aprendizaje de la modulación afectiva y la contención emocional en el niño (6).

• Irritabilidad excesiva y alteraciones conductuales

Pueden aparecer en casos de depresión, psicosis aguda, manía, intoxicación y abstinencia de drogas y alcohol. La irritabilidad explosiva es un problema para algunas personas con trastornos de la personalidad que puede encontrar una salida en los niños, que son más accesibles que los maridos u otros familiares (6).

Al estar expuesto a la impulsividad del padre o madre con patología psiquiátrica, cambios de ánimo extremos, expresiones extrañas o comportamiento sobre la base de engaños, puede resultar desconcertante, e incluso aterrador para el niño y alterar la interacción vincular. Asimismo, esto puede generar en el niño la idea de un mundo hostil y peligroso, pudiendo exacerbar rasgos paranoides y agresivos, y dificultar asimismo el desarrollo de la empatía. Es importante destacar el impacto de la variación de la psicopatología (gravedad y du-

ración) en la personalidad del paciente, que determina formas de afrontamiento.

Sin embargo, muchos padres con depresión severa, trastornos de ansiedad, o trastornos de la alimentación, e incluso aquellos que sufren de psicosis, realizan muy buenas funciones parentales (6).

• **Bajo nivel socioeconómico.**

La enfermedad mental tiene una asociación general con la adversidad social que puede contribuir a su causa, o puede ser consecuencia de enfermedad, incapacidad o incompetencia social (6).

Por ejemplo, las madres con psicosis crónica con mayor frecuencia tienen que enfrentarse a la maternidad en soltería o en mayor proporción tienen parejas con trastornos mentales; enfrentan discordia marital, violencia intrafamiliar, pobreza e indigencia. Además, son vulnerables a la discriminación y explotación, como asimismo a ser víctimas de delitos sexuales y sus consecuencias, tales como aborto, contagio con enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. Se encuentran más aisladas y en ocasiones, con escasa ayuda en la crianza (7).

Estos factores asociados, tomados por separado o en conjunto (sin considerar la psicosis derivada de la maternidad) aumentan el riesgo de trastornos mentales en los niños (6).

• **Separación.**

La relación entre padre e hijo puede verse gravemente interrumpida por la hospitalización de los padres. Incluso con óptimo tratamiento, estos padres pierden el contacto con sus hijos por períodos cortos o largos, y esto puede afectar el apego (6).

El niño puede angustiarse por ver a sus padres aislados o que viven en los hospitales y con frecuencia queda al cuidado o crianza de parientes, por lo que podría tener varios cuidadores.

Además, las mujeres temen perder la custodia de sus hijos. Muchas lo hacen y la custodia queda entregada a esposos distanciados u

otros parientes, siendo esto una fuente de prolongada tristeza para las pacientes (7). Así es como algunas mujeres dejan de buscar ayuda cuando sus hijos comienzan a presentar complicaciones o no dan antecedentes fidedignos de la salud y estilos de crianza que establecen con ellos.

• **El estigma.**

A causa de la enfermedad de los padres, el niño puede estar expuesto a burlas, acoso y discriminación. Los padres también son víctimas de la estigmatización, lo que puede llevar a un aislamiento social que aumenta la adversidad de los antecedentes del niño (6). Este tema puede complicar mucho al menor en el desarrollo de la identidad, generando una autoestima marcada por la vergüenza y el aislamiento.

REPERCUSIONES SOBRE LOS HIJOS, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PROGENITORES:

En general los estudios muestran un mayor reporte de enfermedades mentales en los hijos de los personas con patología psiquiátrica, no necesariamente concordante con el diagnóstico de los padres.

Existen revisiones que asocian ciertas alteraciones específicas, según el cuadro de los progenitores:

Depresión

La depresión es un trastorno mental común, especialmente en mujeres en edad fértil(15). En el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica de Benjamín Vicente e cols. publicado en el año 2002 (16), se establece una prevalencia de vida de depresión mayor en mujeres de 11,3% y en hombres de 6,4%.

Hay mucha preocupación sobre su impacto en la maternidad, y diversos estudios han investigado sus efectos en la interacción madre-hijo y el desarrollo del niño, utilizando diversas modalidades de investigación:

- Los padres deprimidos comunican tristeza y pesimismo, pueden mostrar menos afecto, ternura y sensibilidad y son a menudo

irritables. Estas influencias negativas son de mayor impacto en la infancia, cuando el vínculo parento/filial es estrecho (6).

- La Anergia en depresivos reduce el esfuerzo que los padres pueden hacer en la crianza. Produciendo una reducción en la cantidad, calidad y variedad de la interacción con los hijos. El pensamiento es ineficiente, y junto con preocupaciones inquietantes y patológicas, reduce la atención, recursos y control sobre el niño (6).
- Estudios señalan que pueden haber efectos en la salud física y el desarrollo de los hijos. Hay informes contradictorios de Brasil, India, Etiopía, Vietnam, Pakistán y Perú respecto de la asociación de la depresión materna con bajo peso y desnutrición infantil (9). Un número importante de estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, han demostrado que los hijos de padres depresivos tienen el doble riesgo de desarrollar tanto una depresión como otros trastornos psiquiátricos y menor funcionamiento social.

Asimismo, el temperamento infantil y el comportamiento también pueden afectar el ánimo de la madre, creando un círculo vicioso. Sin embargo, los efectos adversos no son universales: en otros reportes, algunas madres deprimidas son sostenidas por la interacción con sus hijos (6).

El estudio antes señalado de Depresión en atención primaria, de un total de 290 menores hijos de madres con depresión mayor, el 49% presentaba patología psiquiátrica, el 62,2% tenía síntomas internalizantes y 35,7% externalizantes. Estas cifras son mayores a los resultados obtenidos por investigaciones llevadas a cabo en nuestro país en niños de la población general (15%), utilizando el mismo instrumento de evaluación.

Investigaciones internacionales realizadas en hijos de madres depresivas, (Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Reino Unido), también han encontrado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en éstos (41% a 77%) mostrando que tienen 2 a 5 veces más riesgo de presentar psicopatología que la población general (9).

Diversas investigaciones han mostrado que entre 20 y 50% de los niños y adolescentes deprimidos poseen una historia familiar de depresión y los hijos de padres deprimidos o con trastorno del estado de ánimo tienen hasta tres veces más posibilidades de presentar depresión (4).

Trastorno Afectivo Bipolar

La evolución longitudinal del paciente con trastorno afectivo bipolar muestra un importante predominio de la sintomatología depresiva, homologable en estos periodos con los riesgos en la crianza en un paciente con depresión monopolar.

Carlson y Weintraub (17) sugieren que la atención y problemas de conducta en los hijos de pacientes con trastornos bipolares puede predecir el desarrollo de trastornos del ánimo en la edad adulta. Una serie de estudios sobre hijos de personas con trastorno bipolar han demostrado un riesgo elevado de una amplia gama de psicopatología, incluyendo: depresión, abuso de sustancias, trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante y trastornos de ansiedad.

Un estudio realizado en Turquía durante el año 2008 (18) en familias con un progenitor con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tipo I y un grupo control, muestra que entre los descendientes bipolares, 22,9% recibieron por lo menos un diagnóstico DSM-IV, en comparación con sólo un 3, % de los niños del grupo control, con lo que la descendencia de padres bipolares tiene un riesgo de 9,48 veces de ingresar a un hospital psiquiátrico. En un 5,7% se hizo el diagnóstico de trastorno bipolar; 8,6% tenían un trastorno de conducta perturbadora (Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad -TDAH- y trastorno oposicionista desafiante), y un 8,6% tendría otro trastorno psiquiátrico (enuresis y trastorno de ansiedad por separación). Un niño del grupo control recibió un diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante.

Los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad que pueden afec-

tar a los padres se traducirían en la intrusión, el exceso de control, “catastrofismo” (predicción de consecuencias nefastas de las aventuras normales) y la sobreprotección en la crianza, lo que junto con la falta de calidez y capacidad de respuesta puede privar a los niños de oportunidades para explorar y manipular el mundo que los rodea. Esto puede llevar a la ansiedad de separación en la escuela y a limitaciones en la interacción social.

Muchos estudios reportan mayor prevalencia de trastornos ansiosos en hijos de padres con trastornos ansiosos, versus control. Esta asociación sería inespecífica. En el estudio de Biederman et cols 2004 (19), donde se asocia trastorno de pánico en la madre con trastorno de ansiedad en los hijos encontraron 2,3 veces mayor probabilidad de aparición de Trastornos de Ansiedad en hijos de padres con Trastornos de pánico y 1,3 veces mayor probabilidad en hijos de padres con Trastorno Depresivo Mayor.

Psicosis

Las connotaciones positivas de la maternidad y la paternidad contrastan con las connotaciones negativas que suscita la realidad de una enfermedad mental grave como los cuadros psicóticos. El balance entre el cuidar a los demás frente a la incapacidad para cuidar de uno mismo, no es fácilmente reconciliable en un individuo concreto. Pero, a pesar de esta dificultad entre la paternidad y la psicosis, a menudo ambas coexisten (7).

En los casos con psicosis crónica, el cuidado de los hijos es a menudo errático e intermitente, con una baja calidad de la sensibilidad hacia los niños y la participación de los padres en el proceso (6).

En los casos que se presentan con psicosis aguda recurrente (incluyendo los episodios posteriores al parto), el vínculo madre-hijo a menudo es normal después de la recuperación, a menos que los episodios sean frecuentes y prolongados (6).

En cuanto al desarrollo de enfermedad psiquiátrica propiamente tal en los descendien-

tes de portadores de esta condición, una revisión bibliográfica hace referencia a que habría un 20 a 40% de patología psiquiátrica en hijos de esquizofrénicos ya en la infancia y un 46% de síndromes esquizomorfos durante la vida si ambos padres padecían de la enfermedad (4).

Trastornos de Personalidad Límitrofe

Es el más representativo dentro de los Trastornos de Personalidad por el nivel de consulta que tienen estos pacientes, ya sea en descompensaciones o en comorbilidad, y es uno de los más estudiados en relación a la interacción madre- hijo.

Los cambios de humor, arranques de ira, conductas de riesgo impulsivo, relaciones intensas e inestables y la intolerancia al abandono pueden desarrollar patrones relacionales con los hijos marcados por cambios de roles, donde el hijo asume el papel de padre, esposo o compañero con el fin de satisfacer necesidades del progenitor, desaliento a la autonomía, impredecibilidad de las conductas, lo que impide que el menor se repliegue hacia sí mismo, dificultando su desarrollo personal en términos de identidad, intimidad, independencia y autorregulación (20).

Estudios en hijos de madres con diagnóstico de Trastorno de personalidad límitrofe (TLP) comparados con hijos de madres con otros Trastornos de personalidad, muestran que es más probable que los primeros presencien abuso del alcohol y drogas e intentos de suicidio de la madre (21). Además, estos niños serían diagnosticados con Trastorno de déficit atencional y trastornos de comportamiento disruptivo en mayor proporción que otros (22).

Otros estudios que comparan hijos de madres con TLP con hijos de madres sin trastornos psiquiátricos muestran que los primeros presentan más problemas de atención, como igualmente mayores niveles de conductas agresivas y delictuales. Asimismo, presentan más cuadros ansiosos, depresión y baja autoestima que los hijos de madres sin enfermedad (23).

En un estudio en el año 1996 se compararon 23 niños hijos de madres con trastorno de personalidad límite y 21 niños hijos de padres sin patología. Se encontró un 43% de déficit atencional versus un 13% en el grupo control; 63% de trastornos con conducta perturbadora, versus un 35% y Trastorno de personalidad límite 33%, versus 8,7%.

Trastornos de la alimentación

Hay muchos informes de los efectos de trastornos de la alimentación materna en crecimiento de los niños y el desarrollo físico. El feto en desarrollo puede estar en riesgo de aumento de peso insuficiente (24). El crecimiento también puede ser lento en la infancia debido a las dificultades en alimentación, relacionado con los temores de las madres que sus hijos se conviertan en grasa, así como la preocupación por su propia alimentación y su peso (25).

En cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos, la atención se ha centrado preferentemente en la aparición de trastornos alimenticios en los hijos adolescentes de madres que sufren los mismos problemas (26).

Presentan malas relaciones conyugales y filiales destacando un estilo crítico, un discurso coercitivo, bajos niveles de calidez emocional y estrategias ineficaces para contener a los niños o para establecer límites en su comportamiento (27). Los padres pueden tener dificultades en la preparación de alimentos apropiados para los niños (27). Esto puede llevar a evitar a sus hijos y no responder a sus necesidades emocionales y físicas. En ocasiones no pueden cuidar a sus hijos en absoluto lo que conduce a adopción o atención por otros miembros de la familia (26) (27).

En un estudio en Londres (28) se evaluaron los resultados de 13 madres con sus hijos. 5 con diagnóstico de anorexia nervosa y 8 con bulimia con un total de niños de 18, entre 3 y 17 años. El 11% de los niños tenía algún trastorno psiquiátrico. No hubo diferencias en relación con el diagnóstico de la madre. Presentaron anorexia nervosa, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno oposicionista desafiante, de

“trastorno emocional neurótico”, enuresis y trastornos no especificados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las personas con patología psiquiátrica tienen descendencia y no existe evidencia de que ésta sea menor que la población general.

En la práctica, la mayoría de los pacientes que atiende el psiquiatra de adultos tiene hijos, pudiendo presentar estos pacientes -de manera transitoria o permanente- dificultades para satisfacer las necesidades de calidez emocional, protección y establecimiento de límites que requiere el normal desarrollo de sus hijos.

En casos graves, la presencia de patologías psiquiátricas en alguno de los padres, puede exponer al menor a situaciones traumáticas (violencia, consumo de drogas, intentos de suicidio del progenitor, etc).

Las dificultades derivadas de la patología pueden sobrepasar el rol parental, afectando las condiciones socioeconómicas de la familia, generando un estigma social y/o separaciones prolongadas con los hijos debido a hospitalizaciones o por incapacidad de ejercer las funciones parentales. Estas consecuencias se presentan normalmente en pacientes con patología psiquiátrica severa.

Considerando que la Depresión y los Trastornos Ansiosos son las enfermedades de mayor prevalencia en la consulta psiquiátrica, resulta importante saber que los hijos de estos pacientes tienen un riesgo mayor a la población general de presentar patología psiquiátrica.

De las patologías analizadas, la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar son las que presentan una mayor correlación con el factor genético, pero el espectro de patologías que pueden afectar a los hijos de estos pacientes no se circunscribe a las dos enfermedades mencionadas.

Resulta necesario educar a los pacientes adultos frente a ciertos signos que puedan presentar sus hijos que ameritarían una evaluación por psiquiatra infante juvenil.

En el caso de Trastorno de Personalidad Límite, dados los síntomas que pueden presentar estos pacientes (impulsividad, disregulación afectiva, intentos de suicidios) y los riesgos en la relación con sus hijos, tales como inversión de roles y/o desincentivo de la autonomía de estos, resulta recomendable siempre que estos pacientes asistan a talleres de habilidades parentales.

Otro resultado que arroja el trabajo es la conveniencia de considerar las particularidades referidas a la alimentación y ambiente conflictivo a los que pueden estar expuestos los hijos de pacientes con trastorno alimentario.

De todas formas es importante señalar que muchos pacientes con patología psiquiátrica diagnosticada cumplen un rol parental satisfactorio.

El tratamiento psiquiátrico contribuye a la promoción y prevención a través de la planificación del embarazo lo que puede incidir en la salud mental de las futuras generaciones.

Una medida que puede ser beneficiosa es detectar la presencia de alguna figura significativa dentro de la familia (el otro progenitor, algún miembro de la familia extendida) que pueda suplir el rol parental cuando el paciente pase por períodos de descompensación.

En conclusión, es necesario orientar a los padres respecto de la mayor probabilidad que presentan sus hijos de desarrollar una patología psiquiátrica, para que reciban una evaluación y tratamiento precoz y oportuno, de manera que sea posible influir en el pronóstico de las patologías y sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. Sobre las teorías sexuales infantiles. Obras completas de S. Freud (1908). vol9. Buenos Aires: Amorrortu; 1989, 183-203.
2. Winnicott D. Aprendizaje Infantil. El hogar, nuestro punto de partida Ensayos de un psicoanalista. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2009:164-172
3. Bolwby J. Maternal care and mental health, 1951 Geneva, World Health Organization.
4. Tizón, J. Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores, formación médica continua en atención primaria, 2005,12;70-85.
5. United Nations. Convention on the rights of the child. New York: United Nations, 1989.
6. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J et al. Guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011, 10:93-102
7. Sánchez P, Sanz L. Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicancias preventivas, de apoyo y terapéutica. Psicopatología salud mental. 2004,4:99-107.
8. Halper M, Esquizofrenia y descendencia.
9. Fritsh R, Montt M, Solís J, Pilowsky D, Rojas M. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicio de atención primaria? Revista Médica de Chile 2007, 135:602-612
10. Grameña G, Iora R, Ahumada P. Análisis de base de datos unidad de hospitalización de corta estadía. Psiquiatría. Hospital Sótero del Río. Revista chilena de Neuropsiquiatría 2006, 44;23-38.
11. Silva H, Uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia. Psicofarmacología clínica. Editorial Mediterraneo, Santiago, 2003:329-339 .
12. Rutter, M. Family discord and conduct disorder: cause, consequence or correlate? *Journal of Family Psychology*, 1994, 8:170-186.
13. Dunn B. Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatric*, 1993;63: 177-189
14. Anthony E. J, Chiland C, Koupernik C. *L'enfant à haut risque psychiatrique. L'enfant dans sa famille*, París, PUF1980.
15. Illanes E, Chapan E, Gonzales C, Quijada M, Retamal P, Salinas J. Guías clínicas. Tratamiento de personas con depresión. Minsal, Santiago, 2006:4-5.
16. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Revista médica de Chile, 2002,130: 527-536.

17. Carlson GA, Weintraub S. Childhood behavior problems and bipolar disorder: relationship or coincidence? *Journal of Affective Disorders*, 1993;28:143-53.
18. Neslihan F, Ozerdem A, Miklowitz D, Baykara A, Akay A. Mood and disruptive behavior disorders and symptoms in the offspring of patients with bipolar disorder. *World Psychiatry*, 2008,7:110-112.
19. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E et al. *Anxiety Disorders, Rutter's child and adolescent Psychiatry*. Backwell Publishing, 2008:637.
20. Macfie J. Development in Children and Adolescents Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder. *Child development perspectives*. 2009,3:66-71.
21. Feldman RB, Zelkowitz P, Weiss M, Vogel J, Heyman M, Paris J. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36:157-163.
22. Weiss M, Zelkowitz P, Feldman RB, Vogel J, Heyman M, Paris J. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1996;41:285-290.
23. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006;45:965-972.
24. Stewart D, Raskin J, Garonkel P, MacDonald O, Robinson G. Anorexia nervosa, bulimia and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1987;157: 1194-1198.
25. Lacey J. Smith, G. (1987). Bulimia nervosa: The impact on mother and baby. *British Journal of Psychiatry*, 1987;150: 777-781.
26. Woodside, D. and Shekter-Wolfson, L. F. (1990). Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1990;9:303-309.
27. Fahy T. Treasure, J. (1989). Children of mothers with bulimia nervosa (letter). *British Medical Journal*, 1989;299,1031.
28. Hodes M, Timimi S, Robinson P. Children of Mothers with Eating Disorders: A Preliminary Study. *European Eating Disorders Review* 1997, 5: 11-24.

Vitamina D en niños con Enfermedades Neurológicas en la Edad Pediátrica

The role of Vitamin D in neurological diseases in Children

Martina Meier S¹, Josemaría Richards Y¹, Catalina Le Roy O¹, Scarlet Witting²
Carlos Castillo-Durán¹

RESUMEN

La vitamina D (VD) y sus acciones en el ser humano son objeto de una activa investigación en años recientes, ligada a la descripción de nuevos roles metabólicos, además de su conocida participación en el metabolismo del calcio y del hueso. En niños, algunas enfermedades neurológicas crónicas, como la parálisis cerebral, presentan un riesgo aumentado de deficiencia de VD, explicándose por una ingesta deficiente de ella, una menor exposición solar, requerimiento asociado al proceso de crecimiento, enfermedades intercurrentes y al uso frecuente de drogas antiepilépticas. En esta revisión se analizan los factores asociados a la deficiencia de VD y se plantea la necesidad de evaluar sistemáticamente el estado nutricional de esta vitamina en pacientes con enfermedades neurológicas de riesgo, sus posibles efectos metabólicos, implicancias clínicas y la necesidad de usar alimentos fortificados o suplementación con VD.

Palabras claves: deficiencia de vitamina D, parálisis cerebral, drogas anticonvulsivantes.

ABSTRACT

Vitamin D (VD) has been object of an active research in the last years, especially in relation with the findings of its new roles, besides its well known participation in calcium and bone metabolism.

In children, some chronic neurologic diseases, like cerebral palsy, show an increased risk of VD deficiency, which could be explained by low intake, reduced sun exposure, requirements associated to growth process, intercurrent diseases and frequent use of antiepileptic drugs. In this review, factors associated to VD deficiency are analyzed, pointing to the need of a systematic assessment of the VD nutritional status in patients with neurological diseases associated to this deficiency, its possible metabolic effects, clinical implications and the need of fortified foods or VD supplementation.

Key words: vitamin D deficiency, cerebral palsy, antiepileptic drugs.

INTRODUCCIÓN

La vitamina D (VD) es un conjunto de componentes químicos que comparten la misma estructura básica de cuatro anillos de colesterol y que actúan como hormonas liposolubles sobre receptores nucleares. El receptor de VD (RVD), presente en la mayoría de las

células del organismo, juega un rol importante en la homeostasis del calcio, fósforo y el metabolismo óseo. En los últimos años se ha demostrado que el déficit de VD no solo se relaciona con raquitismo, osteopenia y riesgo de fracturas, sino que también se encontraría involucrado en desórdenes musculares, inmunitarios, neoplásicos, metabólicos, entre otros. Sin embargo, la magnitud del efecto que este déficit pudiera tener en estos trastornos está aún en estudio (1).

1. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Campus Centro, Universidad de Chile.

2. Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, Hospital San Borja Arriarán

En la población general de diversos países se ha observado una elevada prevalencia de concentraciones séricas subóptimas de VD (2). Según los estudios NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) 2000-2004 en USA, un 30% de la población mayor de 12 años estudiada presentaba concentraciones de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D o calcidiol) < 20 ng/mL (deficiencia) y hasta un 70% presentaba < 30 ng/mL (insuficiencia) (3). La magnitud del problema aumenta si consideramos que hay algunos grupos poblacionales que tienen aún mayor riesgo de presentar déficit de VD: mujeres, embarazadas y nodrizas que por motivos religiosos cubren su cuerpo y rostro, lactantes, adultos mayores, habitantes de latitudes extremas (mayor de 35° norte o sur), individuos de piel oscura, obesos, personas institucionalizadas, insuficientes renales, pacientes con malabsorción intestinal y usuarios de drogas que interfieren en el metabolismo de la VD, como por ejemplo las drogas antiepilépticas (DAEs) (1-3).

Los pacientes con parálisis cerebral (PC) constituyen un grupo con particular predisposición a la deficiencia de VD, ya que en muchos casos reúnen más de un factor de riesgo para dicha condición como son: baja exposición solar (debido a las limitaciones motoras, la postración y al mayor porcentaje de institucionalización), ingesta insuficiente de VD por alteraciones en la capacidad de alimentación y desnutrición. Además debe agregarse el uso de múltiples fármacos y sus posibles interacciones sobre el metabolismo de vitamina D, destacando las DAEs (4, 5, 6). Ver tabla 1. La importancia de esto radica en que el déficit de VD, a su vez, es una más de muchas otras condiciones que predisponen a presentar disminución de la densidad de masa ósea y raquitismo, con todas las complicaciones y consecuencias que esto supone como son las fracturas (7). En este grupo de niños la disminución de la densidad de la masa ósea va empeorando con la edad y se sabe que a los 10 años, más del 95% de los niños institucionalizados con PC severa la presentan (8). Considerando la gran cantidad de comorbilidades que presentan estos pacientes y los múltiples efectos negativos que pudiera generar el déficit de vitamina D, es importante tomar medidas de intervención

para prevenir y revertir estados carenciales.

FUENTES DE VD

El ser humano obtiene VD a través de dos mecanismos distintos. El primero corresponde a la acción de los rayos ultravioleta B sobre la piel, con lo cual ocurre la conversión del 7-dehidrocolesterol en provitamina D₃, que a su vez rápidamente se convierte en vitamina D₃ (colecalciferol) (9,10). La breve exposición casual a luz solar en cara y brazos equivale a la ingesta de 200 UI (11). Por otra parte es posible obtener VD (principalmente en forma de VD₂ o ergocalciferol y en menor medida como VD₃) a través de la dieta (9, 10). Sin embargo son muy pocos los alimentos ricos en VD, entre los que destacan los pescados grasos y el aceite de hígado de bacalao (1, 9, 10). Asociado al reducido número de alimentos ricos en este micronutriente, se ha visto que a nivel mundial existe déficit en la ingesta diaria de VD. Así ha surgido una tercera fuente posible de VD, compuesta por los suplementos dietarios y los alimentos fortificados como la leche, otros productos lácteos y cereales (9, 10). El lugar preponderante que puede ocupar cada una de estas fuentes dependerá entre otras cosas de la edad del individuo y la ubicación geográfica de su domicilio. Sin embargo, la deficiencia de VD en el mundo se debe fundamentalmente al desconocimiento de que una exposición solar moderada es la principal fuente de VD para la mayoría de los seres humanos y que el aporte de la dieta es más bien marginal (9).

METABOLISMO DE VD

La VD obtenida a través de absorción intestinal es incluida dentro de micelas para su transporte, mientras que la VD₃ sintetizada en forma endógena se une a proteínas transportadoras (DBP). Ambas formas sufren en hígado su primera hidroxilación, formando 25(OH)D o calcidiol, la cual tiene escasa actividad, siendo la utilizada en el estudio nutricional de VD por su vida media más larga. En las células del túbulo contorneado proximal del tejido renal, ocurre la segunda hidroxilación, dando lugar a la forma más activa, la 1,25-hidroxivitamina D (1,25(OH)₂D o calcitriol), 100 veces más potente que el calcidiol, ya que el RVD tiene una

afinidad 1.000 veces mayor para 1,25(OH)₂D que para 25(OH)D (10). En la Figura 1 se resumen los aspectos más importantes del metabolismo de VD.

ACCIONES DE VD

Es ampliamente conocido que la vitamina D se relaciona con la homeostasis del calcio y el fósforo, teniendo un importante rol en el metabolismo óseo (9, 10). Sin embargo, hoy en día se sabe que el gen del RVD se expresa en la gran mayoría de los tejidos del cuerpo humano, lo cual implica que son muchas las células que pueden actuar como células blanco y no sólo aquellas relacionadas con el metabolismo óseo y el sistema esquelético (12). Del conjunto de los distintos tejidos donde se expresa el gen del RVD hay algunos que han sido estudiados para intentar definir qué funciones desempeña la VD y cuáles serían los posibles efectos de un déficit de la misma. En la Figura 2 se exponen aquellos sistemas en los cuales la VD pudiera ejercer un efecto importante y cuyo déficit pudieran repercutir de manera significativa en nuestra salud (12-18).

ESTADOS DEFICITARIOS DE VD

En la actualidad el déficit de VD es la deficiencia nutricional más prevalente, lo cual se debe en gran parte a una subestimación de las necesidades diarias de VD y recomendaciones inadecuadas respecto a éstas (19).

Los niños con parálisis cerebral poseen varios factores de riesgo que conducen a estados deficitarios de VD y a una baja de densidad mineral ósea (DMO) (z score inferior a -2DS en densitometría ósea). Los principales factores son las limitaciones en la marcha y ambulaci3n, las dificultades en la alimentaci3n, el uso de DAEs y una baja masa grasa corporal (medida como pliegue tricípital) (7). A continuaci3n se analizarán estos factores:

a. Ubicaci3n geogr3fica y exposici3n solar

La literatura actual señala como la principal causa del estado deficitario de VD a la falta de exposici3n solar (5,9). Un estudio realizado en niños y adolescentes en EEUU evaluó

la cantidad de VD producida por éstos tomando en cuenta su ubicaci3n geogr3fica (latitud), la estaci3n del a3o y el hecho de si tomaron vacaciones en ambientes soleados o no, concluyendo que es posible que los niños norteamericanos no estén recibiendo la exposici3n solar adecuada para satisfacer sus necesidades de VD, excepto en el caso de algunos caucásicos que no utilizan protectores solares durante el verano (20).

Considerando que muchos niños sanos no reciben la exposici3n solar suficiente, se puede inferir, que aquellos con discapacidades físicas se exponen a la luz solar menos horas a la semana, incluso residiendo en zonas con elevados niveles de radiaci3n solar. Un estudio realizado en Sudáfrica (latitud 25° Sur) en niños institucionalizados con parálisis cerebral, identificó como factor de riesgo de fracturas a las discapacidades físicas que presentan y las dificultades que conlleva el cuidado de un grupo de pacientes de este tipo, siendo difícil asegurar una adecuada exposici3n solar a cada uno de ellos, siendo recomendable la suplementaci3n de VD a este tipo de pacientes, aún cuando residan en zonas geogr3ficas que reciban sol durante todo el a3o (21).

Por otro lado, resulta importante además definir cuál es la importancia relativa de la baja exposici3n solar en este tipo de pacientes, en comparaci3n con otros factores determinantes del estado nutricional de VD, como la alimentaci3n, el uso de suplementos y de DAEs. Un estudio realizado por Morijiri y Sato (5) intentó determinar los factores relacionados con el raquitismo en pacientes pediátricos institucionalizados y bajo tratamiento anticonvulsivante, muchos de ellos con parálisis cerebral. En dicho estudio, se comparó lo que sucedía con los niveles de 25(OH)D entre dichos pacientes luego de una intervenci3n que consistía en la administraci3n diaria de una dosis de VD y la exposici3n controlada a la luz solar durante 60 a 90 minutos en forma semanal. En el hospital A se realizaron estos “baños” solares durante todo el estudio, mientras que en el hospital B se suspendieron durante el invierno para usar a dicho grupo como control, con lo cual se observó que los pacientes del hospital B presentaron una importante disminuci3n de las

concentraciones de 25(OH)D a pesar de haber mantenido las dosis diarias de VD. Estos resultados los llevaron a concluir que la exposición a la luz solar es el factor más importante para la mantención de las concentraciones de 25(OH)D.

b. Aportes dietarios

La malnutrición es un problema prevalente en los pacientes pediátricos con PC. Los factores relacionados estudiados con este problema están las alteraciones del tubo digestivo, tales como disfunción motora oral, trastornos de la deglución con el inherente riesgo de aspiración, alteraciones en la motilidad esofágica y disfagia, reflujo gastroesofágico, retardo del vaciamiento gástrico, dismotilidad intestinal y constipación. Otros factores relacionados son las alteraciones motoras con limitación de la deambulaci3n, alto grado de dependencia a los cuidadores, alteraciones sensoriales y tiempos prolongados de alimentaci3n (6, 22).

Un estudio realizado en Noruega por Hillesund *et al.* (23) para determinar el estado nutricional de pacientes con parálisis cerebral, específicamente a nivel de micronutrientes, evidenci3 una alta prevalencia de ingesta insuficiente de VD, así como también de otros micronutrientes. El estudio incluía niños de 18 meses a 18 años de edad con diferentes formas de alimentaci3n: vía oral con alimentos modificados en su consistencia para facilitar la masticaci3n y degluci3n, ya sea por sí mismos o por terceros, ostomías y con o sin aporte de suplementos nutricionales. Los resultados mostraron que aquellos niños que no recibían suplementaci3n presentaban una baja ingesta de VD y de los que sí recibían algún tipo de suplemento, si bien tenían una mayor ingesta en general de micronutrientes aún así no alcanzaban una ingesta adecuada de vitamina D, folatos, hierro y magnesio.

Respecto a las repercusiones que puede tener el bajo consumo de vitamina D en la dieta, en el estudio realizado por Morijiri y Sato mencionado previamente (5), se determinaron las cantidades promedio de VD consumidas por pacientes pediátricos en hospitales de niños institucionalizados con parálisis cerebral y en hospitales generales como control y se rela-

cionaron con las concentraciones de 25(OH)D encontrados en estos pacientes, con lo que concluyeron que el aporte de vitamina D a través de la dieta no sería un factor importante como causa de raquitismo en estos niños.

c. Drogas Antiepilépticas

Existen revisiones que señalan que hasta un 35% de los pacientes con PC cuentan con historia de epilepsia y que hasta un 72% de estos recibe DAEs por esta comorbilidad (24).

Se ha logrado demostrar que existe una elevada prevalencia (75%) de déficit de VD en pacientes epilépticos bajo tratamiento con DAEs (25), sin embargo hay pocos estudios que analicen el impacto específico de estas drogas en pacientes con PC u otras enfermedades neurológicas que se asocian a convulsiones en comparaci3n con los otros factores enunciados.

Las DAEs se pueden dividir en dos grupos: aquellas que inducen la actividad del sistema del citocromo P450 y las no-inductoras. Dentro de las inductoras se encuentran la fenitoína, carbamazepina y fenobarbital. Se ha observado que éstas, al aumentar la actividad del sistema enzimático del citocromo P450, se relacionan con un aumento del metabolismo o clearance de VD, con la consiguiente disminuci3n de su forma activa, disminuci3n de la absorpci3n de calcio intestinal, hipocalcemia, hiperparatiroidismo, aumento en el recambio óseo y finalmente disminuci3n de la densidad de masa ósea (4).

El ácido valproico corresponde a una de las principales DAE no-inductoras y su uso también se ha relacionado con disminuci3n de la densidad de masa ósea y aumento del riesgo de fracturas. El mecanismo subyacente aun no está del todo dilucidado y al parecer estaría relacionado con un aumento en la excreci3n renal de calcio y f3sforo (4).

Un estudio sobre los efectos de las DAEs sobre el estado de VD y otros biomarcadores de metabolismo óseo en niños con epilepsia, realizado por Nettekoven *et al* (25), mostraba que más del 75% de los pacientes presentaba

concentraciones deficitarias de 25OHD (< 20 ng/mL) y el 21% presentaba concentraciones insuficientes (20-30 ng/mL). Por el contrario, 23% de los controles (sin DAEs) presentaba concentraciones deficitarias y 40% concentraciones óptimas de 25OHD. La media de las concentraciones de 25 OHD encontradas en los controles fue de 28.6 ± 10.2 ng/mL, mientras que en los pacientes fue de $14,4 \pm 7,5$ ng/mL. Dentro de los pacientes, el subgrupo bajo politerapia (usando más de una DAE) presentaba concentraciones significativamente más bajas que el subgrupo con monoterapia. Las DAEs utilizadas por los pacientes de este estudio eran valproato, carbamazepina, oxcarbamazepina, levetiracetam, lamotrigrina y topiramato, todos con tratamientos por tiempos mayores a 3 meses.

REQUERIMIENTOS DE VD

Se ha señalado que la exposición casual a la luz solar provee la VD necesaria para prevenir el raquitismo. Sin embargo, como ya ha sido mencionado, esto varía según la ubicación geográfica, la estación del año, el uso de bloqueadores solares, la pigmentación de la piel, entre otros factores (26). Así por ejemplo, individuos afroamericanos necesitan periodos 3 veces más largos que un lactante caucásico para cubrir sus necesidades (27).

Según un informe realizado el 2010 por el Institute of Medicine de USA basado en la revisión de más de mil estudios y reportes sobre el tema, los requerimientos dietarios diarios de VD para niños de 1 a 18 años y adultos hasta los 70 años es de 600 UI, considerando mínima exposición solar y 20ng/mL de 25(OH) D como punto de corte para definir estado deficitario (28). En aquellos individuos (niños y adultos) que poseen una inadecuada exposición solar es necesario un aporte de al menos 800 a 1000 UI de VD al día (9).

Cuando se habla de requerimientos y dosis de suplementación, además de considerar los factores descritos se debe tener en cuenta también los objetivos de dicho suplemento. En niños con DAEs, se recomienda el uso de 400-2000 UI diarias de vitamina D al iniciar un tratamiento prolongado con DAEs, con estas

dosis se ha comprobado mejoría en las concentraciones plasmáticas de 25OHD y un aumento significativo de la masa ósea (29,30). Estas dosis se deben subir a 2000-4000 UI diarias cuando existe osteopenia u osteoporosis y 5000-15000 UI/día por 3 a 4 semanas en el caso de osteomalacia (4). Debe asegurarse una ingesta adecuada de calcio, evaluando la necesidad de la suplementación de éste en cada niño.

Deficiencia de VD en otras enfermedades neuropsiquiátricas

En niños con distrofia muscular de Duchenne como en otras enfermedades neuromusculares, también se describen concentraciones plasmáticas de 25OHD menor que población sana, siendo factores en común para esta condición varias de las descritas para niños con PC y además un riesgo aumentado de presentar fracturas. Al realizar un tratamiento de suplementación de VD y adecuado aporte de calcio los valores de 25OHD mejoran como también su masa ósea (31).

Se ha propuesto que la depresión pudiera estar asociada a deficiencia de vitamina D, en especial en comunidades que viven en latitudes extremas. No se conocen estudios en niños, pero en adultos algunas evidencias han observado una asociación, en especial en edades más avanzadas (32).

En resumen, los pacientes con PC y otras enfermedades neurológicas son un grupo con particular riesgo de presentar deficiencia de VD. Al parecer el factor más determinante sería la baja exposición solar. Sin embargo, existen otras condiciones en estos pacientes que contribuyen a presentar estos estados deficitarios, como son las dificultades en la alimentación con baja ingesta de VD y el uso de DAEs.

El uso de alimentos fortificados con VD sería una herramienta de prevención de deficiencia, aunque muchas veces insuficiente por lo que debiera considerarse la suplementación de VD en dosis mayores diarias junto con una adecuada cantidad de calcio. Se sugiere estar atento a la salud ósea de estos niños con las

acciones descritas y estudiar las concentraciones de 25 OHD y eventualmente su masa ósea según los factores expuestos que se presenten en cada niño en particular.

REFERENCIAS

- Holick M. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. *Am J Clin Nutr* 2004; 79:362-371.
- Yetley EA. Assessing the vitamin D status of the US population. *Am J Clin Nutr* 2008; 88 (Suppl): 558S-564S.
- Mithal A, Wahl D, Bonjour JP, Burckhardt P, Dawson-Hughes B, Eisman J *et al.* Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D. *Osteoporosis Int* 2009; 20:1807-1820.
- Samaniego E, Sheth R. Bone consequences of epilepsy and antiepileptic medications. *Sem Pediatr Neurol* 2007; 14:196-200.
- Morijiri Y, Sato T. Factors causing rickets in institutionalized handicapped children on anticonvulsant therapy. *Arch Dis Child* 1981; 56, 446-449.
- Le Roy C, Rebolledo MJ, Moraga F, Díaz X, Castillo-Durán C. Nutrición del niño con enfermedades neurológicas prevalentes. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81: 103-113.
- Mergler S, Evenhuis H, Boot A, De Man S, Bindels-De Heus K, Huijbers W, *et al.* Epidemiology of low bone mineral density and fractures in children with severe cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2009; 51: 773-778.
- Hough J, Boyd R, Keating J. Systematic review of interventions for low bone mineral density in children with cerebral palsy. *Pediatrics* 2010; 125: e670-e678.
- Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *Am J Clin Nutr* 2008; 87 (Suppl): 1080S-1086S.
- Holick M F. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357:266-281.
- Haddad JG. Vitamin D--solar rays, the Milky Way, or both? *N Engl J Med* 1992; 326:1213-1215.
- Bikle D. Nonclassic actions of vitamin D. *J Clin Endocrinol Metab*, 2009, 94: 26-34
- Bartley J. Vitamin D: emerging roles in infection and immunity. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2010, 8:1359-1369.
- Glueck CJ, Budhani SB, Masineni SS, Abuchaibe C, Khan N, Wang P, *et al.* Vitamin D deficiency, myositis-myalgia, and reversible statin intolerance. *Curr Med Res Opin*. 2011, 27:1683-1690.
- Glueck CJ, Abuchaibe C, Wang P. Symptomatic myositis-myalgia in hypercholesterolemic statin-treated patients with concurrent vitamin D deficiency leading to statin intolerance may reflect a reversible interaction between vitamin D deficiency and statins on skeletal muscle. *Med Hypothesis*, 2011;77: 658-661.
- Khazai N, Judd SE, Tangpricha V. Calcium and vitamin D: Skeletal and extraskelatal health. *Curr Rheumatol Rep*. 2008, 10: 110-117.
- Bouillon R, Carmeliet G, Verlinden L, van Etten E, Verstuyf A, Luderer HF. Vitamin D and human health: lessons from vitamin D receptor null mice. *Endocr Rev* 2008; 29:726-776.
- Bouvard B, Annweiler C, Sallé A, Beauchet O, Chappard D, Audrana M, *et al.* Extraskelatal effects of vitamin D: Facts, uncertainties, and controversies. *Joint Bone Spine* 2011, 78:10-16.
- Holick MF. Vitamin D: extraskelatal health. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010, 39:381-400.
- Godar D, Pope S, Grant W, Holick M. Solar UV doses of young Americans and vitamin D3 production. *Environ Health Perspect*. ehponline.org. 1-24.
- F. Bischof, D. Basu, J.M. Pettifor. Pathological long-bone fractures in residents with cerebral palsy in a long-term care facility in South Africa. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44: 119-12.
- Sullivan PB. Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev Disabil Res Rev* 2008, 14:128-36.
- Hillesund E, Skranes J, Trygg K, Bøhmer T. Micronutrient status in children with cerebral palsy. *Acta Pædiatr* 2007; 96: 1195-1198.
- Sellier E, Uldall P, Calado E, Sigurdardottir S, Torrioli MG, Platt MJ. Epilepsy and ce-

- rebral palsy: Characteristics and trends in children born in 1976-1998. *Eur J Paediatr Neurol* 2011; 30: 1-8.
25. Nettekoven S, Ströhle A, Trunz B, Wolters M, Hoffmann S, Horn R, *et al*. Effects of antiepileptic drug therapy on vitamin D status and biochemical markers of bone turnover in children with epilepsy. *Eur J Pediatr* 2008; 167:1369-1377.
 26. Holick MF. McCollum Award Lecture, 1994: vitamin D-new horizons for the 21st century. *Am J Clin Nutr* 1994; 60:619-630.
 27. Clemens TL, Adams JS, Henderson SL, Holick MF. Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesize vitamin D3. *Lancet* 1982, 3:74-76.
 28. Ross C, Taylor C, Yaktine A, Del Valle H. DRI Dietary Reference Intakes of Calcium and Vitamin D 2010. Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium. IOM. 2011.
 29. Mikati M.A., Dib L., Yamout B., Sawaya R., Rachi A.C., Fuleihan Gel H. Two randomized vitamin D trials in ambulatory patients on anticonvulsants: impact on bone. *Neurology* 2006, 67:2005-14.
 30. Kilpinen-Loisa P. High dose vitamin D supplementation in children with cerebral palsy or neuromuscular disorders. *Neuropediatrics* 2007, 38: 167-172.
 31. Bianchi ML, Morandi L, Andreucci E, Vai S, Frasukiewicz J, Cottafava R. Low bone density and bone metabolism alterations in Duchenne muscular dystrophy: response to calcium and vitamin D treatment. *Osteoporos Int* 2011, 22:529-39.
 32. May HT, Bair TL, Lappé DL, Anderson JL, Home BD, Carlquist JF, *et al*. Association of vitamin D levels with incident depression among a cardiovascular population. *Am Heart J* 2010, 159: 1037-1043.

Correspondencia a:
Catalina Le Roy O.
Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Campus Centro, Universidad de Chile.
Correo electrónico: catalinaleroy@yahoo.es

TABLA 1
Factores determinantes de estados deficitarios de VD en pacientes pediátricos con parálisis cerebral.

<i>Factor</i>	<i>Situación en niños con PC</i>	<i>Efectos en VD</i>
Exposición solar	Tiempos insuficientes de exposición solar	Principal factor en mantención de concentraciones de 25(OH)D
Dieta e ingesta de VD.	Baja ingesta de micronutrientes (incluida VD) en pacientes con PC por alteraciones en la alimentación: motoras, de tubo digestivo, sensoriales, tiempos prolongados de alimentación.	Menor relevancia como determinante de concentraciones de 25(OH)D.
Drogas anticonvulsivantes	Alta frecuencia de epilepsia y de uso de DAEs.	Inductoras: Aumento del clearance de VD (disminución de su forma activa) No inductoras (ácido valproico): Mayor excreción renal de Ca-P (¿Deficiencia de VD?),disminución de la DMO.

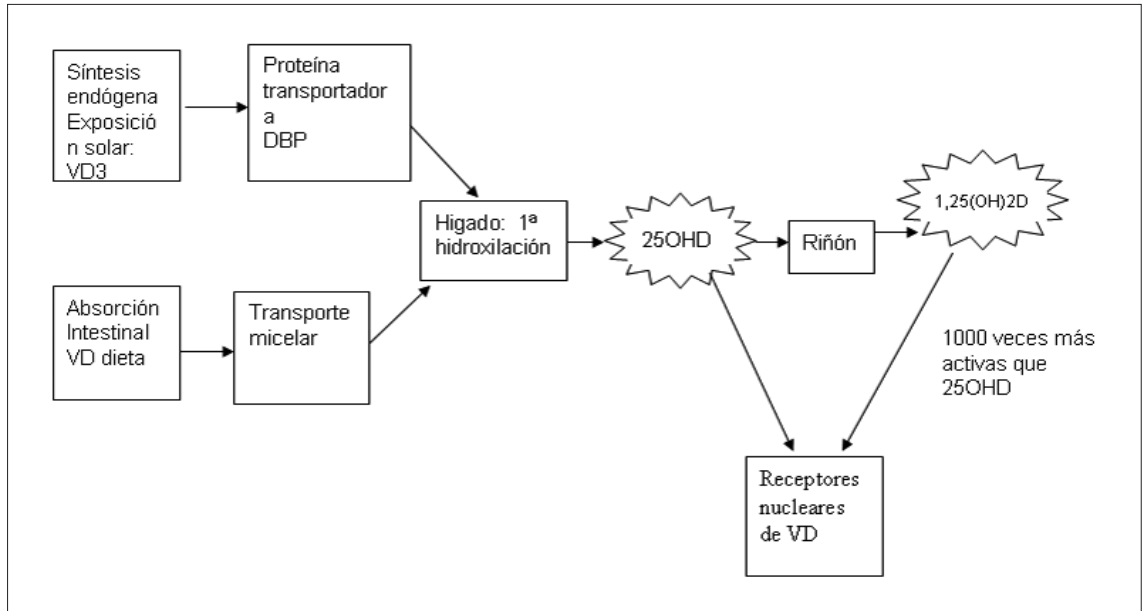


Figura 1: Metabolismo de la Vitamina D en seres humanos.

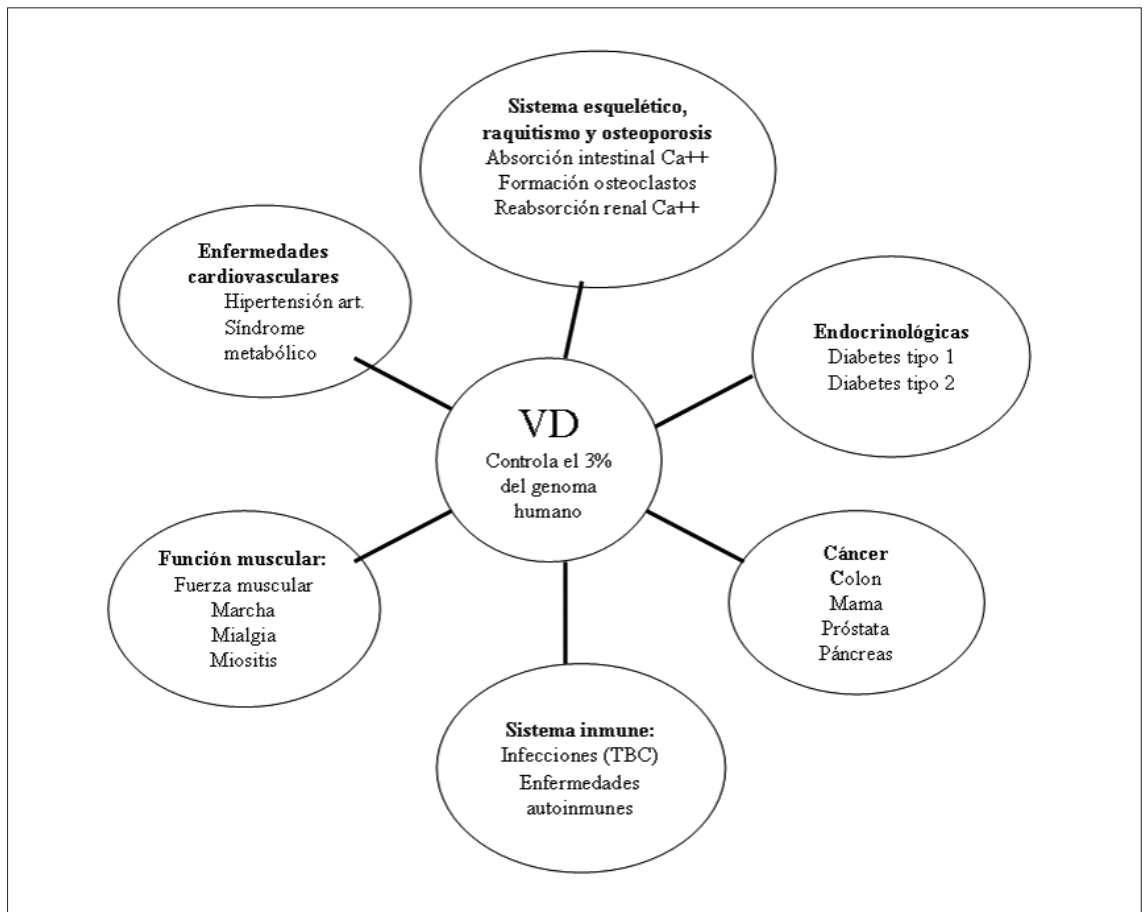


Figura 2: Principales efectos clínicos de la deficiencia de vitamina D en seres humanos.

Modelos de Intervención Terapéutica Educativa en Autismo: ABA y TEACCH

Educational Therapeutic Intervention Models in Autism: ABA Y TEACCH

Natacha Montalva¹, Valentina Quintanilla², Paulina Del Solar³

RESUMEN

El tratamiento de los niños que tienen Autismo de acuerdo a las evidencias actuales debe ser intensivo, integral y multidisciplinario. La evaluación diagnóstica y tratamiento de este trastorno comprenden aspectos médicos, farmacológicos, terapéuticos, de salud mental y educativa, que permitan el abordaje integral de todos los aspectos de la vida del individuo con Autismo.

Desde el punto de vista educativo terapéutico se analizaron los modelos de intervención: Análisis de la Conducta Aplicada (ABA) y el modelo de Enseñanza Estructurada (TEACCH). Estos enfoques, al igual que otros modelos de intervención educativa en Autismo tienen como objetivos facilitar el desarrollo y el aprendizaje tanto académico como no académico del individuo con Autismo, promover la socialización, reducir la aparición de conductas desajustadas y entregar apoyo y orientación a las sus familias.

El presente artículo describe los métodos de intervención educativa ABA y TEACCH en cuanto a las bases que los fundamentan, objetivos, planes y programas de trabajo que se realizan en los individuos con Autismo.

Palabras claves: Autismo, ABA y TEACCH

ABSTRACT

According to the present evidence, children with autism should be treated under an intensive, integral and multi-disciplinary treatment. The diagnosis and treatment of this disorder involves the following aspects: medical, pharmacological, therapeutic, mental health and educational; those aspects should tackle all the elements of the life of a person with autism.

Two models of intervention were analyzed: 1) Applied Behavior Analysis (ABA) and 2) Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children (TEACCH). Those perspectives – as well as other models of educational intervention in Autism – aim to facilitate the development and learning (academic and non-academic) in autistic patients, and also to stimulate socialization, reduce inadequate conducts and providing support and orientation to their families.

This article describes the grounds, objectives, plans and work programs of those models (ABA and TEACCH) applied to autistic patients.

Key words: Autismo, ABA, TEACCH

1 Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Diplomada en Neuropsicología Infantil y Evaluación Neuropsicológica Infantil PUC. Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Clínica Psiquiátrica Universitaria. Hospital Clínico Universidad de Chile. Contacto: natachamc@gmail.com

2 Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Contacto: vale.quinty@gmail.com

3 Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana, Universidad de Chile. Contacto: paulina.dis@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Autismo fue descrito por el psiquiatra Leo Kanner en el año 1943 como un trastorno de origen biológico, describiendo tres núcleos principales del trastorno a saber: trastorno cualitativo de la relación, alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y falta de flexibilidad mental y del comportamiento. En la actualidad a estas tres dimensiones se agregan la limitación de la imaginación y trastornos en el sentido de la actividad propia. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) en su manual de clasificación DSM-IV, en el apartado Trastornos Generalizados del Desarrollo define cinco cuadros: Trastorno Autista, que equivale al Autismo clásico de Kanner, donde los niños presentan severas alteraciones del lenguaje y un alto porcentaje de ellos presentan retraso mental; el Síndrome de Asperger, que a diferencia del primero las personas no presentan limitaciones o alteraciones formales del lenguaje, aunque sí alteraciones pragmáticas y de la prosodia y no presentan retraso mental; el Síndrome de Rett; el Trastorno Desintegrativo de la Niñez y los Trastornos Profundos del Desarrollo no especificado (TPD) que incluye el concepto ambiguo de "autismo atípico". Éste último se refiere a los niños que presentan de forma incompleta los síntomas de autismo, por lo tanto no cumplen con las categorías diagnósticas antes mencionadas.

Actualmente se utiliza el término de Trastorno del Espectro Autista (TEA), desarrollado por Lorna Wing (1995), que permite establecer una categorización más precisa, y sobre todo más explicativa de las personas que presentan a lo largo del desarrollo, síntomas o rasgos autistas. Para comprender este concepto se debe tener en consideración que: el autismo en el sentido estricto es un conjunto de síntomas, que se define por la conducta que las personas con TEA presentan; es una condición que se puede asociar a diferentes trastornos neurobiológicos y a variados niveles intelectuales; y que existen muchos retrasos y alteraciones del desarrollo que se acompañan de síntomas autistas, sin ser propiamente cuadros de autismo. Considerar el autismo como un continuo -más que una "categoría" bien definida- es útil, pues el trastorno se presenta en diversos

grados y en diferentes cuadros del desarrollo, de los cuales sólo una minoría reúne estrictamente las condiciones típicas que definen al Autismo clásico de Kanner. La noción del espectro Autista, clínicamente permite dar la mirada del proceso evolutivo de este cuadro u otros trastornos relacionados; por otro lado permite mostrar la necesidad de contar con los recursos profesionales especializados para la evaluación y tratamiento tanto clínicos como educacionales los que deben ser integrales y multidisciplinarios.

Los principales objetivos del tratamiento de los niños con Autismo son:

- Disminuir al máximo los síntomas característicos del cuadro que incluyen la falta de reciprocidad social, los déficits en la comunicación y el lenguaje; y el repertorio de conductas estereotipadas o repetitivas.
- Desarrollar al máximo la independencia del individuo en todas las áreas de su vida cotidiana (familiar, social, educacional, laboral) incluyendo juego y tiempo libre.
- Promover la socialización y reducir al máximo la aparición de conductas desajustadas.
- Psicoeducación y apoyo a la familia.

Para la intervención de los individuos con Autismo, encontramos varios enfoques y modelos de tratamiento, los que pueden ser clínicos o educativos. Los modelos educativos se caracterizan por realizar un análisis de conducta, y están enfocados a desarrollar habilidades mediante una enseñanza estructurada. Tienen como objetivo no solamente abordar los aspectos académicos, sino que también promueven la adquisición de habilidades para ayudar al individuo a ser independiente en todas las áreas de su vida cotidiana, promoviendo el desarrollo de conductas adaptativas y habilidades de comunicación que puedan ser generalizadas en el ambiente en el cual vive el individuo con Autismo.

MODELO DE ENSEÑANZA ESTRUCTURADA (TEACCH)

Este programa surge en el estado de Carolina del Norte en Estados Unidos creado por Eric Schopler para dar respuesta a las necesida-

des educativas de los niños con Autismo. Con su implementación y la obtención de buenos resultados se estableció como un programa estatal, cuya institución denominó División TEACCH, (Treatment and Education of Autistic related Communication Handicapped Children). Eric Schopler, co-fundador y primer director de la División TEACCH otorga una nueva comprensión del Autismo, definiéndolo como un trastorno del desarrollo, donde los padres, más que ser los causantes de esta condición son los principales apoyos para su hijo.

La prioridad de este programa es permitir a las personas con Autismo que se desenvuelvan de la forma más significativa, productiva e independiente posible en sus comunidades, mediante un trabajo tanto con el niño y con quienes lo rodean.

Para esto, la división TEACCH ha desarrollado su propia propuesta de trabajo, teniendo dos grandes objetivos:

1. Incrementar las habilidades y comprensión de la persona con Autismo.
2. Hacer el entorno más comprensible para las personas con Autismo.

Mantiene una política de rechazo cero, por lo que está al servicio de personas con Autismo de todas las edades y niveles de funcionalidad, concentrando su atención a niños menores de 7 años en un 80% de sus atenciones.

Tiene diferentes programas de intervención dependiendo de cada caso en particular:

- a) Programas escolares: donde se utiliza la estrategia de aprendizaje estructurado.
- b) Programas para Adolescentes y Adultos donde se incluyen hogares grupales, talleres protegidos y programas de día.

El objetivo principal que plantea el método TEACCH es prevenir la institucionalización innecesaria ayudando a las persona con Autismo a vivir y trabajar efectivamente en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Para esto realizan planes individualizados y de entrenamiento a los padres con el objetivo de darles una orientación y guía de cómo trabajar con sus

hijos, manejar problemas de comportamiento y mejorar habilidades sociales, de lenguaje y de aprendizaje.

Los objetivos de la intervención surgen posterior a una evaluación minuciosa de cada caso, que incluye: (1) Evaluación de las habilidades del sujeto con Autismo en su ambiente; (2) Entrevista a los padres donde se recogen las impresiones de ellos respecto de las habilidades del individuo; (3) Establecer prioridades y expresarlas en objetivos; (4) Realizar diseño individualizado para el entrenamiento.

Posterior a la evaluación de cada caso, la estrategia de trabajo que propone esta división se denomina Enseñanza Estructurada (EE) que consiste en una forma de adaptar la práctica educativa a las distintas formas de *entender, pensar y aprender* de las personas con Autismo. La EE está diseñada para abordar las principales diferencias neurológicas presentes en personas con autismo: las dificultades en el lenguaje receptivo, la comprensión limitada de instrucciones simples, las dificultades en la comunicación expresiva, la deficiencia en memoria (memoria de trabajo) y atención, la dificultad para relacionarse con otros (relacionado con alteración en la mentalización de emociones, comportamientos de los demás y las normas sociales), y la dificultad para modular la recepción de estímulos medioambientales.

La enseñanza estructurada (EE) facilita un sistema de organización del aula y hace que los procesos y estilos de enseñanza sean más “amigables” para la persona con autismo. Además, estructura los programas educativos considerando las habilidades, dificultades y también los intereses de cada persona en particular.

Los componentes de la EE son:

- **Estructura física del entorno** busca organizar el medio de modo que el niño entienda donde se realizan las distintas actividades y donde se guardan los materiales. Lo importante es establecer límites físicos y/o visuales claros, y minimizar las distracciones visuales y auditivos.
- Implementación de **Agendas/Horario indi-**

viduales gráficos: con el objetivo de ubicar al estudiante en el “qué, dónde y cuándo” (ejemplo: dónde voy a estar, en qué actividades, y en qué orden).

- Establecer un **sistema de trabajo** como una forma sistemática y visual para contestar las siguientes preguntas ¿Qué hago?, ¿Cuánto lo hago?, ¿Cómo sé cuando he terminado? y ¿Qué hago cuando termine?
- **Estructura e información visual:** cada tarea debe ser visualmente organizada y estructurada para minimizar la ansiedad e incrementar al máximo la claridad, interés y comprensión del estudiante.

Panerai S., Zingale, M., Trubia, G, en el año 2009, realizaron un estudio comparativo cuyo objetivo fue observar la implementación del programa TEACCH en un centro residencial con la aplicación de este programa en el Hogar y Escuela, y con un programa de Educación Inclusiva en Escuelas Regulares sin ningún enfoque en específico. La muestra estaba constituida por 34 niños con autismo y Discapacidad Intelectual Severa, que fue sometida a dos evaluaciones: el Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R) y la Escala de Vineland al comienzo del estudio. Transcurridos tres años, la muestra fue re-evaluada encontrándose grandes diferencias entre quienes habían recibido un programa de educación inclusiva y aquellos que habían recibido el programa TEACCH. Esta diferencia se debió principalmente a que los programa de educación inclusiva son estándar para todas las discapacidades, los profesores no están entrenados para el trabajo específico con niños con autismo por lo tanto no logran rescatar y potenciar las habilidades particulares de estos niños. Además estos programas cuentan con objetivos mas bien académicos que van en desmedro del desarrollo de habilidades sociales reflejándose en un escaso cambio en los ítems de la escala de Vineland. Por el contrario el Modelo TEACCH resalta la necesidad de identificar las necesidades de cada niño en particular, crear objetivos tanto académicos como funcionales, utilizar una apropiada organización del ambiente y un adecuado uso de las claves visuales. Implementar estas estrategias evidenció cambios significativos en distintos ítems de las evaluaciones del PEP-R

(Imitación, percepción, motricidad fina y gruesa, coordinación ojo-mano, rendimiento cognitivo) y Vineland (Comunicación, vida diaria, socialización, habilidades motoras y comportamientos adaptativos) que permiten afirmar la efectividad del programa TEACCH. Además se rescata de este estudio la diferencia que significa implementar del programa TEACCH en un centro residencial y la implementación en el Hogar natural y Escuela. Este último se torna más efectivo ya que el ambiente natural ofrece eventos cotidianos para poner en práctica las habilidades de comunicación, sociales y de vida diaria que son entrenadas en este programa.

Método Análisis de Comportamiento Aplicado (A.B.A)

Este método está basado en los principios del aprendizaje derivado desde la psicológica conductista experimental, donde los cambios y mejoramiento de la conducta observada sistemáticamente son producto de las intervenciones realizadas. Los fundamentos de la terapia ABA datan de principios del siglo XX, con los aportes de diferentes autores (4). Tiene como antecedentes la psicología conductista proveniente de Thorndike (EEUU, 1913); quien realizó estudios sobre aprendizaje por *causa y efecto* definiendo la ley del efecto, Iván Pavlov (Rusia, 1927); quien definió los principios del condicionamiento o fórmula Estímulo-Respuesta (E-R), John B. Watson; quien fue el fundador del Conductismo, y que aplicó técnicas de modificación de conductas; y los principios del condicionamiento para el aprendizaje en niños, y B. F. Skinner; (1954) quien expone los principios del condicionamiento operante y realizó valiosos aportes de investigaciones individuales sobre *Programas de Reforzamiento*. En los últimos años la modificación de conducta ha tenido una mayor aceptación y crecimiento, en parte al trabajo realizado por el Dr. Ivar Lovaas, quien actualmente es considerado padre de la terapia ABA, sus estudios datan de la década del '60 y se apoyan principalmente en los refuerzos positivos de conductas esperadas. Este autor afirma que ABA emplea métodos que se basan en principios científicos del comportamiento “los niños autistas no aprenden natu-

ral y espontáneamente en ambientes típicos, como lo hacen los demás niños. Entonces, se intenta construirles comportamientos socialmente útiles, trabajando también para reducir los problemáticos” (Lovaas, 2000).

El método ABA reside básicamente en la división de tareas –ya sea complejas y/o abstractas tales como el lenguaje comunicativo–, en una serie de pasos jerárquicos; cada uno de los cuales prepara el camino para el próximo. Enseñando a través de esfuerzos separados, terapeutas y padres trabajan en forma combinada para crear un medio ambiente estructurado, con actividades planificadas y una forma coherente de aprendizaje. El niño es premiado por la superación de cada pequeño paso. Gradualmente los niños descubren no sólo las porciones separadas de lo que les es enseñado, sino la integración (Maurice, 1996).

La terapia ABA realiza una evaluación comportamental y observación de los posibles refuerzos que hacen que dicha conducta problemática se repita. Posteriormente se realiza una Intervención Comportamental con el objetivo de disminuir la frecuencia en que se produce la conducta problema. No es un procedimiento sino un análisis de conductas, las que pueden ser manifiestas (observadas) y/o privadas (pensamientos). El análisis es altamente individualizado basado en principios científicos sobre el aprendizaje y la motivación.

La evaluación del repertorio conductual considera identificar los problemas por exceso o por déficit, y las habilidades y destrezas que están presentes en el niño. Además, a través de un análisis topográfico de la conducta se pretende caracterizar cada una de esas conductas en cuanto su frecuencia, intensidad y duración. Conjuntamente se realiza un análisis funcional de la conducta; el cual permitirá conocer la función que cumple una determinada conducta para el niño a partir de los antecedentes –por qué se origina la conducta– y las consecuencias –que desea conseguir a través de esta conducta–.(9)

El método ABA utiliza el *principio del reforzamiento*, referido a que un comportamiento que no es reforzado, no se mantiene en el tiempo.

Por lo tanto el comportamiento a reforzar debe ser claramente definido, los refuerzos en lo posible deben ser inmediatos y variados para evitar la pronta saciedad (bajo la premisa de que la privación de contacto con un reforzador lo hace más “potente”).

La evaluación conductual nos permite:

- Identificar las conductas problemas (repertorio conductual); esto se puede realizar por medio de cuestionarios, test específicos, entrevista a los padres y observación del niño.
- Seleccionar objetivos del tratamiento.
- Seleccionar las estrategias de intervención.

Una vez finalizada la evaluación conductual se inicia la planificación del tratamiento, la cual lo realiza el equipo en conjunto con los padres. El tratamiento está compuesto por “programas de trabajo”, que abarcan todos los aspectos necesarios para el desarrollo del niño. Estos programas son: Programas de Lenguaje, Programa de Imitación, Programa de Habilidades de Cuidado Personal, Programa de Habilidades Sociales, Programa de Habilidades Académicas y Programa de Juego. Si bien existen diversos estudios que demuestran la eficacia de tratamientos utilizando el método ABA, las ganancias más sólidas demostradas son cuando se proporciona de acuerdo con el modelo EIBI –Early Intensive Behavioral Intervention–; 30 a 40 horas por semana, intervención método ABA uno a uno, por dos o más años, desde antes de los 5 años de edad del niño (3).

Los programas mencionados incluyen la intervención comportamental que se basa en ensayos discretos. Los ensayos discretos son una metodología basada en la modificación de la conducta que divide una prueba funcional en pequeños ensayos que siguen un patrón definido:

Estímulo (E) → Respuesta (R) → Consecuencia (C)

Los (E) deben ser claros, permanecer idénticos y deben simplificarse topográficamente en etapas iniciales. La (R) se debe definir con anterioridad (que se va a considerar como correcto y que no); inicialmente se puede modelar y determinar la latencia máxima –tiempo

de espera en silencio de la (R)-; la cual se estima aproximadamente en 8 segundos (2). De acuerdo a la calidad de la (R) la (C) se considera la contingencia del reforzamiento positivo (+), contingencia de reforzamiento negativo (-) y contingencia de extinción. Las sesiones de los ensayos discretos deben ser realizar en un ambiente preparado y con intervención uno a uno, para posteriormente transferirlo a escenarios reales (Generalización).

Procedimientos utilizados en el método ABA (9):

- Los procedimientos para el incremento de conductas son el *Modelamiento* y el *Encadenamiento*, ambos utilizan el principio de reforzamiento. El procedimiento a través del modelamiento minimiza errores, pudiendo lograr objetivos complejos simplificándolos en pasos más simples y accesibles.
- Los procedimientos para la disminución de conductas se distinguen 2 tipos de acuerdo a la presencia o ausencia de castigo. La disminución de la conducta donde se utiliza el principio de *extinción* (sin castigo); en donde se ignora la (R), es decir, no es seguida por una consecuencia reforzante. Los procedimientos basados en castigo deben tener

cierta duración; aquí encontramos los castigos *positivos* (sobrecorrección) y los castigos *negativos* (tiempo fuera).

- Los procedimientos para facilitar la aparición de las respuestas esperadas. En donde por un lado se puede simplificar el (E), graduándose su complejidad en la medida que el aprendizaje nos lo permita, y por el otro se puede instigar las respuestas -proceso mediante el cual forzamos la respuesta que deseamos obtener- a partir la instigación verbal, física, por imitación, por claves visuales (aprendizaje sin error).

Actualmente se está aplicando el ABA- VB (Verbal Behavior) desarrollado por M. Sundberg y J. Partington (2). El ABA- VB se basa en los mismos principios que el ABA clásico, con énfasis en la comunicación efectiva con el niño. Esta metodología establece como prioridad el trabajo inicial de los programas orientados al área de habilidades de lenguaje -programa de mandos o pedidos- con el propósito que en etapas tempranas de la intervención el niño señale sus intereses y necesidades.

El siguiente cuadro muestra las diferencias entre el ABA clásico y el ABA-VB.

Ensayos Discretos

Conducta Verbal

Se presenta la instrucción, el niño la sigue y recibe una consecuencia (refuerzo extrínseco).

E- R- C (Utilización además de refuerzos intrínsecos.)

Programas se implementan en todas las áreas del desarrollo desde el inicio.

Establece como primer programa a trabajar el de habilidades de lenguaje (verbal o no verbal).

Recalca la importancia de la enseñanza a través de imitación.

Programa de mandos o pedidos → Que rápidamente el niño pueda expresar sus necesidades.

Centrado en el terapeuta

Centrado en el niño (motivación por el aprendizaje en su entorno natural. El niño señala sus intereses.)

EFFECTIVIDAD Y GRADOS DE EVIDENCIA

Se han realizado diversos estudios con el objetivo de demostrar la efectividad tanto del ABA como del TEACCH (5) (10). Algunos apo-

yan la eficacia y recomiendan la utilización del método ABA en niños y adolescentes donde las intervenciones están dirigidas al déficit de habilidades particulares y la recolección de datos a través de la conducta y la colabora-

ción entre psiquiatra y terapeuta ABA que da como resultado una mejor atención de los individuos con Autismo (3). Otros investigadores han concluido que no hay datos sólidos que demuestren que el método ABA sea mejor sobre otros métodos educativos. Existen estudios que muestran el rol del programa TEACCH donde se muestra la efectividad de este programa principalmente en la inserción social y comunitaria de los individuos con Autismo sean niños, jóvenes o adultos (6). Por último, hay estudios que comparan ambos métodos donde se han realizado encuestas de satisfacción a padres y profesores y cuyos resultados no muestran una clara preferencia por uno u otro modelo, sin embargo se reconoce una gran validez social de los componentes de ambos enfoques; profesores, padres y administradores ven favorable el uso de una combinación de ambas intervenciones.

CONCLUSIONES

Los métodos y programas de enseñanza educativos para los individuos con Autismo a través de programas estructurados permiten desarrollar y potenciar diferentes habilidades y apoyar a sus familias. Una educación eficaz debe promover el aprendizaje y lograr el bienestar de la persona con Autismo en los diferentes aspectos de su vida cotidiana y por ello los modelos de intervención educativa deben implementarse en un contexto natural que le permita al individuo con Autismo interactuar adecuadamente en su comunidad y entorno más cercano. La elección de un modelo de intervención debe estar inserto dentro de un modelo integral que incluya una evaluación que entregue información respecto de las dificultades, fortalezas y necesidades de los individuos con Autismo y por otro lado un tratamiento intensivo el cual debe estar en directa relación con las características y necesidades de cada individuo con Autismo y de sus familias. Los modelos ABA y TEACCH son uno de los diversos modelos terapéuticos educativos que se utilizan para trabajar con los individuos con Autismo. Se basan en una enseñanza estructurada e intensiva, dentro de un ambiente natural donde la participación de los padres es importante como agente rehabilitador de su hijo. Si bien estos modelos tienen diferen-

tes bases conceptuales, a saber el ABA desde el modelo conductista donde se privilegia la modificación de la conducta desajustada y la aparición de las conductas esperadas para el entorno; y el TEACCH centrado en el desarrollo de las habilidades y de favorecer la comprensión del ambiente para el individuo con Autismo, son modelos que han demostrado ser eficientes según diversos estudios empíricos. Sin embargo, aún carecen de estudios de validación, que demuestren científicamente la eficacia de estos modelos en particular y por sobre otros métodos de intervención en Autismo existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Callahan, K., Shukla-Mehta S., Magee, S. y Wie, M. (2010) ABA Versus TEACCH: The Case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol 40, 74-88.
2. Centro Educacional y Terapéutico "Horizonte". *Verbal Behavior; Escala Internacional ABLLS-R*. Curso Internacional Teórico y práctico, Terapia ABA para niños del espectro autismo Junio-Julio 2011 (módulo I), extraído de <http://www.autismochile.cl/index.html>.
3. Granpeesheh, D., Tarbox, J., y Dixon, D. (2009). Applied behavior analytic interventions for children with autism: A description and review of treatment research. *Annals of Clinical Psychiatry*, 21(3), 162-173.
4. Hunter-Watts, C. (2008). Modificación de conductas en niños con autismo, Método ABA. [PDF] *Escuela de Educación Especial "San Martín de Porres", Argentina*. Extraído de <http://www.eps-salud.com.ar/Claudio-Hunter.htm> en Mayo 2011.
5. Ministerio de Salud. Guía Clínica de Detección e Intervención Oportuna de los Trastornos del Espectro Autista. Santiago MINSAL, 2009
6. Odom, S., Boyd, B., Hall, L. y Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol 40, 425-436.
7. Panerai S., Zingale, M. y Trubia, G. (2009).

- Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the TEACCH Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol 39, 874-882.
8. The Lovaas Institute. Treatment for children diagnosed with autism or a related disorder (2005-2011). Programa extraído de <http://www.lovaas.com/> en Mayo de 2011.
 9. The University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine (2011) TEACCH Autism Program extraído de <http://teacch.com/> en Mayo de 2011.
 10. Trivisonno, C. (2007). Introducción al Enfoque ABA en Autismo y Retraso de Desarrollo. Un Manual para Padres y Educadores. Santa Fe, Argentina: "Alter" Ediciones.
 11. Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, vol 30, 387-399.
 12. El método TEACCH, extraído de www.educa.madrid.org/cms_tools/files/./resumenTEACCH.pdf en Mayo 2011.

Uso de programas de terapia cognitivo conductual computarizada para la prevención y tratamiento de depresión en adolescentes

Use of computerized cognitive behavioral therapy programs for the prevention and treatment of depression in adolescents

Mauro Medeiro¹, Andrés Ramírez¹, Vania Martínez², Graciela Rojas³

RESUMEN

La terapia cognitivo conductual computarizada (TCC-c) ha demostrado ser efectiva en depresión en adultos. En adolescentes la investigación en esta área es aún limitada. El objetivo de este trabajo es revisar la literatura sobre el uso de programas de TCC-c para la prevención y tratamiento de depresión en adolescentes. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, LILACS y SciELO. Diez estudios que corresponden a seis diferentes programas fueron analizados. Los programas varían en extensión y grado de contacto con los profesionales. En general, los estudios reportaron buena aceptabilidad y reducción de la sintomatología depresiva. Sin embargo, en su mayoría hubo una alta tasa de abandono. La evidencia preliminar sugiere que la TCC-c es una alternativa útil en la prevención y tratamiento de la depresión en adolescentes. Faltan estudios que apunten a mejorar la adherencia y eficacia de programas con TCC-c.

Palabras claves: computador, Internet, terapia cognitivo conductual, depresión, adolescentes

ABSTRACT

Computerized cognitive behavioral therapy (cCBT) is a demonstrated effective therapy for depression in the adult population. In the adolescent population, however, little research has been done. The objective of this study is to review the literature about the use of cCBT programs to prevent and treat depression in adolescents. A search was done in the databases PubMed, LILACS, and SciELO. In the end, ten studies, corresponding to six different programs, were analyzed. The programs varied in length and degree of contact with professionals. In general, the studies reported good acceptance and reduced depressive symptomatology; however, the majority of the studies had a high rate of dropouts. Preliminary evidence suggests that cCBT is a useful alternative in the prevention and treatment of depression in adolescents, but additional studies must be done to show improved cCBT program adherence and efficacy.

Keywords: computer, Internet, cognitive behavioral therapy, depression, adolescents

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el pe-

ríodo etario entre los 10 y 19 años, y es una etapa muy fuertemente determinada por factores sociales, culturales y ambientales¹. La depresión en este grupo etario conlleva un alto costo individual, familiar y social². En la adolescencia, esta enfermedad se asocia a abuso de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo, conductas violentas, otros trastornos psiquiátricos y a mayor riesgo de recurrencia de la depresión en la adultez³⁻⁶. Además es

1 Licenciado en Medicina. Interno de Medicina VII año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2 Doctora en Psicoterapia. Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

3 Doctora en Medicina. Médico Psiquiatra, Hospital Clínico Universidad de Chile

uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes^{7,8}.

La prevalencia de la depresión aumenta hacia la adolescencia, como se evidencia en estudios realizados en Estados Unidos, los que han observado una prevalencia del 0,3% en prescolares⁹, entre el 0,5% y el 2% en niños entre 9 y 11 años¹⁰ y entre 5,0% y 8,3% en adolescentes^{11,12}. La posibilidad de presentar un episodio depresivo a lo largo de la adolescencia se cifra en valores alrededor de un 20%¹³⁻¹⁵.

En un reciente estudio epidemiológico, realizado en Santiago de Chile, se encontró, que la prevalencia del último año de depresión mayor asociada a discapacidad social en adolescentes entre 12 y 18 años fue de 7,8%¹⁶.

Distintos meta-análisis han demostrado la eficacia en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)¹⁷⁻¹⁹. En el Reino Unido, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha recomendado la TCC para el tratamiento de depresión en este grupo etario. En los Estados Unidos, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente ha hecho recomendaciones similares para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes²⁰.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) ha considerado el tratamiento de los trastornos depresivos como una de las prioridades sanitarias y los ha incorporado en el plan de garantías explícitas en salud (GES), incluyendo a los usuarios a partir de los 15 años de edad²¹. Las Guías Clínicas del MINSAL recomiendan a la TCC y a la terapia interpersonal (TIP) para el tratamiento de la depresión en adolescentes²².

Los alentadores resultados de la TCC para el tratamiento de trastornos de la infancia se han traducido en una mayor demanda de esta forma de psicoterapia. Sin embargo, una reciente encuesta a especialistas de salud mental en el Reino Unido nos muestra que su uso puede ser limitado²³. De los encuestados (n = 540), sólo el 21,4% utiliza a la TCC como su enfoque terapéutico dominante. La TCC computariza-

da (TCC-c) podría ser una solución práctica a la falta de terapeutas formados en TCC²³.

TCC-c es un término genérico que se utiliza para referirse a ciertos métodos de entrega de la TCC a través de un computador que utiliza CD-ROM o Internet²⁴. Debido a que la TCC es muy estructurada, es fácil de adaptar a un formato computacional. De la misma forma, la capacidad para monitorear el progreso del usuario y los resultados también se hace más fácil a través de una recopilación de datos y retroalimentación en forma automática^{25,26}. Puede ser utilizada como la principal intervención terapéutica, con la mínima participación de un terapeuta, o como un complemento a la terapia cara a cara²⁷.

En adultos, una serie de estudios²⁸⁻³⁴, revisiones y meta-análisis³⁵⁻³⁸ han demostrado la eficacia de la TCC-c para los trastornos depresivos y ansiosos. En el Reino Unido, el NICE, la recomienda como tratamiento para la depresión en adultos³⁹.

Las ventajas de la TCC-c que han demostrado algunos trabajos incluyen una mayor disponibilidad⁴⁰, lo cual facilita el tratamiento a las personas en zonas alejadas de los grandes centros y puede significar que los pacientes tengan un acceso más precoz a intervenciones eficaces²⁴. Otros beneficios son la capacidad de ser utilizada en el propio domicilio del usuario⁴¹ y, por ende, estar disponible en cualquier momento. Se ha propuesto también, que un mecanismo computacional de autoayuda, elimina el estigma de ver a un terapeuta y disminuye el temor o vergüenza a compartir información personal⁴². Sus costos son menores y pueden ser más atractivos que otras intervenciones de autoayuda como libros y manuales^{43,44}. Eventualmente habría desventajas potenciales en el uso de TCC-c, tales como la falta de un contacto cara a cara y potenciales fallas de seguridad²⁷.

Existe una literatura relativamente limitada en TCC-c en adolescentes. Esto parece sorprendente dado que los adolescentes están más familiarizados y son más competentes en el uso de computadores que los adultos^{45,46}. El objetivo de este trabajo es revi-

sar la literatura sobre la disponibilidad, características y eficacia de programas de TCC-c en cuanto a prevención y tratamiento de la depresión en adolescentes.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda de artículos publicados sobre programas de TCC-c entre el año 1991 y el 2011, en las bases de datos PubMed, LILACS y ScieELO. Utilizando los siguientes términos de búsqueda: (“CBT” AND “Computerized” OR “Internet-based” OR “Chat”) AND “Depression” AND (“Adolescent” OR “Child” OR “Young”) acotando la búsqueda a “Trials”. La segunda etapa consistió en la revisión de los estudios, a través del título, resumen o la lectura del texto completo para determinar qué estudios cumplían con los criterios de inclusión: que parte de los participantes tuviera entre 10 y 19 años; que el objetivo primario de la intervención fuera tratar o prevenir los síntomas o incidencia de depresión en adolescentes; que el programa fuera basado en TCC y entregado a través de Internet o utilizando computador. Se revisaron también las referencias de esos estudios para identificar otros estudios relevantes. Se excluyeron los artículos que no reportaran resultados.

RESULTADOS

Se encontró diez trabajos científicos originales que cumplieron con los criterios de inclusión^{26,47-55}. Se encontró un estudio chileno⁵⁵. Estos estudios corresponden a seis programas computacionales diferentes, cuyas características serán resumidas a continuación:

CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioural and Interpersonal Training)

Es un programa de Estados Unidos, que se desarrolla en 14 módulos entregados a través de Internet. Está basado en la TCC, la activación conductual, la TIP y un concepto de resiliencia comunitaria. Está diseñado para prevenir la depresión en adolescentes y jóvenes entre 14 y 21 años con sintomatología subclínica. Se enseña a los adolescentes a reducir

los pensamientos y conductas que aumentan la vulnerabilidad a la depresión (ej. Evitación, rumiación, estilo de comunicación indirecto) y aumento de los pensamientos y las conductas que pueden proteger de la depresión (ej. Agenda de actividades, activación redes sociales, contrarrestar los pensamientos negativos). Cada uno de los módulos incluye objetivos de aprendizaje, explicación de conceptos, historias de adolescentes, ilustración de las lecciones, ejercicios de desarrollo de habilidades, un resumen, retroalimentación de la experiencia y un refuerzo entregada vía Internet. Los autores recomiendan realizar dos módulos por semana, cada uno de 15 a 20 minutos de duración. Los padres de adolescentes menores de 18 años reciben un cuaderno de trabajo, enfocado en apoyar el desarrollo de la resiliencia del adolescente, entender la relación entre el ánimo depresivo del adolescente y los otros miembros de la familia y construir una resiliencia familiar. La aplicación del programa vía Internet puede ser precedida por un Asesoramiento Breve (AB) o una Entrevista Motivacional (EM). Estas intervenciones preparatorias son realizadas por médicos de atención primaria entrenados. El AB dura uno a dos minutos, y se informa a los adolescentes de su situación y se les indica cómo acceder a Internet para continuar la intervención, se realiza una visita de seguimiento y una entrevista en cuatro a seis semanas. La EM, dura aproximadamente cinco a quince minutos y el médico ayuda al adolescente a identificar un motivo personal para completar el programa de Internet. Además el adolescente recibe tres llamadas telefónicas de un asistente social entrenado. En el sitio de Internet <http://catchit.bsd.uchicago.edu> se puede revisar más información del programa.

Hay tres artículos que reportan los resultados de este programa⁴⁷⁻⁴⁹ (Tabla 1). Estos tres artículos corresponden a los resultados de una sola investigación.

Master your mood online (en holandés: Grip op je dip online)

Es un programa holandés, que se desarrolla en ocho sesiones a través del chat. Es una intervención para adolescentes y jóvenes de 16 a

25 años con depresión subclínica o leve. Consiste en una terapia de grupo basada en TCC entregada a través de una sala de chat online por un profesional de salud mental especializada en prevención y TCC. Cada sesión dura 90 minutos y tienen una frecuencia semanal. Este programa funciona a través de una ventana que se divide en dos partes. El panel de la izquierda es el chat, donde un máximo de seis participantes y el profesional escriben sus comentarios y sentimientos; y en el panel de la derecha, los participantes pueden leer el capítulo del material del curso de la semana para aplicarlo en la discusión, este material tenía como fin explicar las relaciones entre los pensamientos, sentimientos y conductas, facilitar la detección de patrones de pensamientos negativos y modificarlos, así como también estimular a los participantes a llevar a cabo las actividades placenteras. En el sitio de Internet <http://www.gripopjedip.nl/nl/Home/> se puede revisar más información del programa.

Este programa ha sido evaluado en un estudio⁵⁰ (Tabla 1).

MoodGYM

Es un programa australiano que fue primero testeado en personas de 18 a 52 años. Luego se ha estudiado con adolescentes de 12 a 17 años como prevención universal en colegios. Consiste en una intervención basada en TCC de cinco sesiones entregada en forma online. Cada sesión dura entre 30 y 60 minutos. Los usuarios pueden proceder a través del programa a su propio ritmo. Sin embargo, en los estudios en adolescentes se entregó como un plan de estudios dentro de la clase de desarrollo personal durante seis semanas con cada módulo abierto durante dos semanas. En la primera sesión participa uno de los investigadores, de manera de resolver dudas. Permite a los adolescentes identificar los síntomas de la depresión, superarlos, y desarrollar buenas habilidades para afrontarlos. Contiene información, demostraciones, cuestionarios y ejercicios de habilidades (relajación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, asertividad, formación de autoestima, y hacer frente a las complicaciones). En el sitio de Internet <http://www.moodgym.anu.edu.au/welcome>

se puede revisar más información del programa.

Este programa ha sido evaluado en tres estudios⁵¹⁻⁵³ (Tabla 1).

Stressbusters

Es un programa del Reino Unido y aplicado a adolescentes entre 12 y 16 años con un diagnóstico primario de depresión leve o moderada. Su característica central es ser auto-dirigido. Está compuesto de ocho sesiones en CD-ROM de 45 minutos cada una. Está basado en la TCC. Cada sesión es un sistema multimedia interactivo, con narración de audio sincronizado con videos, animaciones, gráficos e impresiones que no requieren la participación de un terapeuta. Los videos son de tres actores que desempeñan el papel de adolescentes depresivos, con guiones creados especialmente para el programa. Los participantes pueden ver y oír a los actores hablar de su vida en una combinación de secuencias de videos cortos, personas que hablan y voces en off. A medida que el narrador habla, los conceptos clave e ilustraciones simples aparecen en la pantalla. El participante introduce la información que se solicita, ésta se almacena y se utiliza en todo el programa.

Este programa ha sido evaluado en un estudio²⁶ (Tabla 1).

Think, Feel, Do

Es un programa del Reino Unido que ha sido aplicado en adolescentes de 11 a 16 años con trastorno de ansiedad o depresión leve o moderada. Se componen de seis sesiones de 30-45 minutos de duración que se desarrollan en un CD-ROM. El programa requiere de un profesional con poco entrenamiento en TCC que actúa como facilitador. Se enseña sobre reconocimiento de emociones, conexión entre pensamientos y emociones, aprendizaje sobre cómo cambiar pensamientos negativos a positivos, controlar emociones desagradables y resolución de problemas. Para lograr esto el programa es interactivo, con respuestas a las pruebas y ejercicios que se introducen directamente en el programa. Es multimedia con

sonidos, fotos, dibujos animados y música; y utiliza narradores para guiar al usuario a través de las sesiones. Las respuestas se guardan para que el trabajo previo se pueda revisar. Al final de cada sesión, los participantes reciben una breve tarea para realizar.

Un estudio piloto ha evaluado este programa⁵⁴ (Tabla 1).

Yo Pienso, Siento, Actúo (YPSA)

Es un programa chileno que ha sido aplicado en adolescentes de 1° Medio (9° grado). Se compone de 11 sesiones de 90 minutos cada una, de frecuencia semanal. En su aplicación piloto cada taller fue liderado por dos profesionales entrenados durante 36 horas y super-

visados semanalmente. Se utilizan técnicas de la TCC, principalmente: (1) reconocimiento y desafío de pensamientos automáticos y de estilo atribucional disfuncional, (2) regulación emocional y (3) resolución de problemas. El programa se desarrolla a partir de un multimedia en CD-ROM que se expone a toda la sala de clases e incluye trozos de películas chilenas, cortos de un programa humorístico de la televisión y videos especialmente creados para el programa. Además hay trabajos grupales e individuales que refuerzan lo que se presenta en el multimedia. Cuenta con un manual para los monitores y otro para los participantes.

Se ha publicado los resultados de la aplicación piloto de este programa ⁵⁵ (Tabla 1).

TABLA 1

Características de estudios de TCC-c en prevención y tratamiento de depresión en adolescentes

<i>Programa</i>	<i>Estudio</i>	<i>Muestra</i>	<i>Diseño</i>	<i>Adherencia</i>	<i>Principales hallazgos</i>
CATCH-IT TCC, TIP y activación conductual 14 módulos Contacto con profesional no especialis- ta antes del programa y en el segui- miento vía te- léfono	Van Voorhees et al. (2008)	14-21 años Depresión subclínica n=84	Ensayo ran- domizado controlado Dos grupos: AB+TCC-c y EM+TCC-c	Grupo AB+ TCC-c com- pletó un 67% de los módulos Grupo EM+ TCC-c com- pletó 61% de los módulos	Para los 2 grupos, sig- nificativa re- ducción pos- tratamiento de los síntomas depresivos uti- lizando CES-D
	Van Voorhees et al. (2009)		Resultados de 12 semanas de muestras del estudio Van Voorhees (2008)		Depresión clí- nicamente significativa se redujo de 52% y 50% a 12% y 15% utilizando CES-D

<i>Programa</i>	<i>Estudio</i>	<i>Muestra</i>	<i>Diseño</i>	<i>Adherencia</i>	<i>Principales hallazgos</i>
	Hoek et al. (2011)		Resultados a 6 meses del estudio Van Voorhees (2008)		Menos episodios de depresión y menos desesperanza en el grupo EM vs. El grupo AB.
Master your mood on line Chat online grupal con un ognitveal de salud mental 8 sesiones de 90 min.	Gerrits et al. (2007)	16-25 años Depresión subclínica o leve n=140	Comparación pre y post Sin grupo control	35,7% completó las 8 sesiones.	Los que completaron las 8 sesiones mostraron reducción significativa en depresión según escala CES-D. Altos niveles de satisfacción, 79,3% lo recomendaría. Se aprecia el anonimato.
MoodGYM 5 sesiones de 30-60 min Supervisada por profesor durante horario escolar.	O'Kearney et al. (2006)	15-16 años Universal, en un colegio Sólo hombres N=78 (40 con TCC-c, 38 controles)	Ensayo controlado Participantes no fueron asignados al azar a la intervención o control	40% completó 3 sesiones o más	Sin diferencias significativas en depresión utilizando CES-D comparadas con control. Efectos en depresión, estilo atribucional y autoestima tras 3 sesiones.
	O'Kearney et al. (2009)	15-16 años Universal, en un colegio Sólo mujeres N=157 (67 TCC-c, 90 controles)	Ensayo controlado Participantes no fueron asignados al azar a la intervención o control	30% completó 3 sesiones o más	Reducción en los síntomas depresivos utilizando CES-D, a lo largo del tiempo. Reducción significativa en depresión en el grupo TCC-c comparado con control tras 20 semanas de seguimiento.

<i>Programa</i>	<i>Estudio</i>	<i>Muestra</i>	<i>Diseño</i>	<i>Adherencia</i>	<i>Principales hallazgos</i>
					A mayor severidad de depresión al comienzo mayor mejoría
	Calear et al. (2009)	12-17 años Universal, en 30 colegios N=1477 (563 TCC-c, 914 controles)	Ensayo controlado randomizado por clusters	62% completó 3 sesiones o más	Reducción significativa de síntomas depresivos mediante CES-D en hombres al término de la intervención y a los 6 meses de seguimiento comparado con controles. En mujeres sin diferencias significativas versus controles.
Stressbusters 8 sesiones de 30-45 min Sin supervisión	Abeles et al (2009)	12-16 años Diagnóstico primario de depresión n=23	Comparación pre y post Sin grupo control	69,5% completaron las 8 sesiones	Al terminar 78% sin depresión utilizando K-SADS. A 3 meses 93% sin depresión
Think, Feel, Do 6 sesiones 30-45 min Supervisada completamente por profesional no especialista	Stallard et al. (2011)	11-16 años Diagnóstico primario de depresión leve o moderada (o trastorno de ansiedad) n=20	Ensayo randomizado controlado	85% completó las 6 sesiones	Reducción significativa de depresión versus grupo control utilizando escala AWS. Moderada a alta satisfacción.
YPSA 11 sesiones, 90 min Monitores profesionales entrenados 36 horas y supervisados semanalmente	Martínez et al. (2011)	14,5 años en promedio Universal, en 3 colegios. Estudiantes de 1º medio (9º grado) n=277	Ensayo randomizado controlado 4 grupos focales en el grupo activo	79,1% asistieron a 8 ó más sesiones	Sin diferencias en la reducción de sintomatología depresiva entre ambos grupos usando BDI-II a 3 y 6 meses como variable conti-

Programa	Estudio	Muestra	Diseño	Adherencia	Principales hallazgos
					nua. Intervención actuó como factor protector para depresión a los 6 meses (OR=0,39; IC95%=0,19-0,79) usando punto de corte de BDI-II. Alta satisfacción con el taller en evaluación cualitativa.

AB: asesoramiento breve, AWS: Adolescent Well Being Scale, BDI-II: Beck Depression Inventory, segunda versión, CATCH-IT: Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioral and Interpersonal Training, CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale, EM: entrevista motivacional, K-SADS: Kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children, OR: odds ratio, TCC: terapia cognitiva conductual, TCC-c: terapia cognitiva conductual computarizada, TIP: terapia interpersonal, YPSA: Yo Pienso, Siento, Actúo.

Comparación entre los programas

La mayoría de los programas son interactivos y multimedia, e incluyen elementos tales como la cognición, los ejercicios y pruebas, las asignaciones de tareas, viñetas, gráficos, narraciones, dibujos animados y videos. La excepción es Master your mood on line, intervención que como grupo de chat es interactivo, pero no multimedia⁵⁰. CATCH-IT agrega un libro de trabajo para los padres, lo que no se reporta si agrega mayor eficacia⁴⁷⁻⁴⁹.

Los programas varían en cuanto a su extensión, grado de contacto con profesionales y población a la que están dirigidos.

En cuanto a su extensión, el número de sesiones oscila entre cinco (MoodGYM⁵¹⁻⁵³) y 14 (CATCH-IT⁴⁷⁻⁴⁹). La duración de las sesiones varía entre 15-20 minutos (CATCH-IT⁴⁷⁻⁴⁹) a 90 minutos (Master your mood on line⁵⁰ e YPSA⁵⁵).

En relación a la naturaleza y contacto con profesionales, el programa Stressbusters es autodirigido, sin la participación de un profesional²⁶. Los participantes de CATCH-IT no reciben apoyo profesional regular, aunque tienen un contacto breve con profesionales no especialistas para favorecer su participación en el programa y llamadas telefónicas para verificar el cumplimiento. También tiene recordatorios por correo electrónico y mensajes de texto⁴⁷⁻⁴⁹. La supervisión en el programa MoodGYM fue proporcionada por un profesor durante la jornada escolar y contó con la presencia de uno de los investigadores durante la primera sesión⁵¹⁻⁵³. En Think, Feel, Do la supervisión podía ser dada por un técnico en psicología, profesor o enfermera con mínima formación en TCC⁵⁴. En estos casos la labor del supervisor o facilitador es orientar a los participantes durante el curso y aclarar dudas. Master your mood on line es dirigida por un profesional de salud mental online⁵⁰.

En cuanto a las características de los participantes a los que están dirigidos los programas,

las edades de los participantes variaron de 11⁵⁴ a 25⁵⁰ años. Uno de los programas primero fue probado en adultos⁵¹⁻⁵³ y hay otros que incluyen a adolescentes y jóvenes⁴⁷⁻⁵⁰. No se reporta si hay adaptación de estos programas para diferentes grupos etarios. Entre los participantes había diferentes niveles de gravedad de los síntomas. Stressbusters²⁶ y Think, Feel, Do⁵⁴ está dirigido a adolescentes con un diagnóstico primario de depresión y en el caso de Think, Feel, Do, también con el diagnóstico de ansiedad⁵⁴. Master your mood on line⁵⁰ y CATCH-IT⁴⁷⁻⁴⁹ son para adolescentes con depresión subclínica. MoodGYM es un programa preventivo y los estudios se han realizado en escuelas a clases enteras de adolescentes como una intervención universal⁵¹⁻⁵³.

La metodología de los estudios también tiene amplia variabilidad. Los tamaños de muestra en los estudios variaron entre 20⁵⁴ y 1477⁵³. En algunos estudios hay ausencia de grupo control⁵⁰, en otros se comparan dos modalidades de entrega del programa⁴⁷⁻⁴⁹ y en otros la asignación al grupo control no es aleatoria^{51,52}. La adherencia a los programas también es variable. En uno de los programas se encontró que el agregar una entrevista motivacional previo al comienzo, no mejoró la adherencia⁴⁷⁻⁴⁹.

En cuanto a la eficacia, debido a las dificultades metodológicas ya mencionadas no hay datos concluyentes. En general, los resultados preliminares son promisorios. El estudio de Caelear (2009) es el que tiene un mejor diseño metodológico por su tamaño muestral, presencia de grupo control y su randomización por clusters (evitando la contaminación dentro de un mismo colegio). Este estudio reportó diferencias de género en cuanto a eficacia, por lo que sería importante considerar esto en el diseño e implementación de nuevos programas⁵³. Los participantes reportan buena satisfacción con el programa cuando ésta se ha evaluado^{54,55}.

DISCUSIÓN

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia, de curso recurrente, con elevada comorbilidad psiquiátrica y que se asocia a graves consecuencias²⁻⁸. Es en la adolescencia

cuando esta enfermedad comienza a aparecer con mayor frecuencia¹¹⁻¹⁶. Existe una gran brecha entre la población infantil y adolescente que tiene algún trastorno de salud mental y quienes finalmente reciben atención asistencial⁵⁶. Los adolescentes tienden a consultar poco en los servicios de atención en salud por causas de morbilidad general y consultan aún menos por problemas de salud mental. Por otro lado, los adolescentes que tienen depresión, una vez que consultan, muchas veces no reciben el diagnóstico y/o el tratamiento adecuado. Esto ocurre a pesar de que existen tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos con eficacia demostrada para la depresión en la adolescencia y que en Chile para las personas de 15 y más años existe el acceso garantizado por ley a recibirlo²¹. Hay que considerar que los tratamientos en adolescentes no han estado exentos de controversias, principalmente en lo que se refiere al uso de medicamentos antidepresivos⁵⁷. En cuanto a las terapias psicológicas, la TCC es una de las que ha demostrado mayor eficacia para la depresión en adolescentes, sin embargo, hay una falta de disponibilidad de terapeutas que la utilicen^{22,23}. Una posibilidad de entrega de esta terapia es mediante el uso del computador, ya sea a través de un CD-ROM con la presencia de un facilitador o por Internet con o sin apoyo de monitores en línea. La TCC-c ha demostrado ser efectiva en depresión y ansiedad en adultos²⁸⁻³⁹. En adolescentes la investigación en esta área es aún limitada⁴⁶. En esta revisión se identificó diez artículos que correspondieron a seis programas que utilizan TCC-c, ya sea para prevenir o para tratar la depresión en adolescentes^{26,47-55}. El primer estudio fue publicado el año 2006⁵¹, lo que sugiere que es un área emergente en investigación. La mayoría de los programas provienen de países desarrollados: Australia⁵¹⁻⁵³, Estados Unidos⁴⁷⁻⁴⁹, Holanda⁵⁰ y Reino Unido^{26,54}. Sólo se encontró un programa latinoamericano y disponible en español⁵⁵. Aunque la evidencia preliminar sugiere que la TCC-c es una alternativa útil en la prevención y tratamiento de la depresión en adolescentes, los problemas metodológicos de la mayoría de las investigaciones hace que no se pueda aún recomendar su uso masivo. Una de las principales limitaciones encontradas en estos estudios es la alta tasa de de-

serción en este tipo de programas. Se deberían invertir esfuerzos en investigación en: (1) desarrollar programas adaptados a nuestra cultura, (2) evaluar la necesidad de intervenir de manera diferencial de acuerdo a la edad y al género, (3) determinar los componentes activos que hacen que un programa sea efectivo, (4) evaluar la costo-efectividad de estos programas, (5) desarrollar metodologías que favorezcan la adherencia y la mantención de resultados positivos a largo plazo.

REFERENCIAS

1. WHO. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization, 2005.
2. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(11): 1427-39
3. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson. 1992.
4. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RD, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999; 281(18): 1707-13
5. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(3): 225-31
6. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolesc Health*. 2007; 41(3): 256-62
7. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000; 70: 271-85
8. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. 2001; 932: 106-28
9. Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. *Integr Psychiatry*. 1988; 6: 1-8
10. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 837-44
11. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001; 49(12): 1002-14
12. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(12): 1263-71
13. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998; 18(7): 765-94
14. Cheung A, Dewa CS. Canadian community health survey: major depressive disorder and suicidality in adolescents. *Healthc Policy*. 2006; 2(2): 76-89
15. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorder a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47(5):487-96
16. Vicente B, De la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillán R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/427457h4u584j606/fulltext.pdf> [Consultado el 17 de Abril de 2012]
17. Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(11): 1403-13
18. Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37(1): 26-34
19. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006; 132(1): 132-49.

20. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline No. 28. London: NICE, 2005
21. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Segundo régimen de Garantías Explícitas en Salud. Enero 2006. Disponible en: www.minsal.cl [Consultado el 17 de Abril de 2012]
22. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión. Santiago: MINSAL, 2009. Disponible en: www.minsal.cl [Consultado el 17 de Abril de 2012]
23. Stallard P, Udwin O, Goddard M, Hibbert S. The availability of cognitive therapy within specialist child and adolescent mental health services (CAMHS): A national survey. *Behav Cogn Psychother*. 2007; 35(4): 501–5
24. Marks IM, Shaw S, Parkin R. Computer-aided treatments of mental health problems. *Clin Psychol: Sci Prac*. 1998; 5: 151–70
25. Khanna M, Aschenbrand SG, Kendall PC. New frontiers: computer technology in the treatment of anxious youth. *Behav Therapist*. 2007; 30(1): 22–5
26. Abeles P, Verduyn C, Robinson A, Smith P, Yule W. Computerized CBT for adolescent depression (“Stressbusters”) and its initial evaluation through an extended case series. *Behav Cogn Psychother*. 2009; 37: 151–65
27. Kaltenthaler E, Cavanagh K. Computerised cognitive behavioural therapy and its uses. *Progress in Neurology and Psychiatry*. 2010; 14(3): 22–9
28. Bergstrom J, Andersson G, Karlsson A, Andreevitch S, Ruck C, Carlbring P, et al. An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nord J Psychiatry*. 2008; 63(1): 44–50
29. Craske MG, Rose RD, Lang A, Welch SS, Campbell-Sills L, Sullivan G, et al. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings. *Depress Anxiety*. 2009; 26: 235–42
30. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: A cognitive controlled trial. *Lancet*. 2009; 374(9690): 628–34
31. Learmonth D, Trosh J, Rai S, Sewell J, Cavanagh K. The role of computer-aided psychotherapy within an NHS CBT specialist service. *Couns Psychother Res*. 2008; 8(2): 117–23
32. Titov N, Andrews G, Schwencke G. Shyness 2: Treating social phobia online: Replication and extension. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008; 42(7): 595–605
33. Warmerdam L, van Straten A, Jongma J, Twisk J, Cuijpers P. Online cognitive behavioral therapy and problem solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010; 41: 64–70.
34. Whitfield G, Hinshelwood R, Pashely A, Campsie L, Williams W. The impact of a novel computerized CBT CD Rom (Overcoming Depression) offered to patients referred to clinical psychology. *Behav Cogn Psychother*. 2006; 34: 1–11.
35. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*. 2008; 26(2/4): 109–60.
36. Cuijpers P, Marks IM, Van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*. 2009; 38(2): 66–82
37. Reger MA, Gahm GA. A Meta-Analysis of the effects of internet and computer-based cognitive behavioural treatments for anxiety. *J Clin Psychol*. 2009; 65(1): 53–75.
38. Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychol Med*. 2007; 37(3): 319–28
39. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). CG90. NICE 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=12329> [Consultado el 17 de Abril de 2012].

40. Griffiths KM, Christensen H. Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Aust J Rural Health*. 2007; 15(2): 81-7
41. Beattie A, Shaw A, Kaur S, Kessler D. Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *Health Expect*. 2009; 12(1): 45-59
42. MacGregor AD, Hayward L, Peck DF, Wilkes P. Empirically grounded clinical interventions: Clients and referrers' perceptions of computer-guided CBT (FearFighter). *Behav Cogn Psychother*. 2009; 37(1): 1-9
43. Klein B, Richards JC, Austin DW. Efficacy of internet therapy for panic disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006; 37(3): 213-38
44. Cunningham M, Rapee R, Lyneham H. The Cool Teens CD-ROM: a multimedia self-help program for adolescents with anxiety. *Youth Stud Aust*. 2006; 25(1): 50-6
45. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G. Internet administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *J Behav Med*. 2008; 31(2): 169-77
46. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 275-90
47. Van Voorhees BW, Vanderplough-Booth K, Fogel J, Gladstone T, Bell C, Stuart S, et al. Integrative Internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(4): 184-96
48. Van Voorhees BW, Fogel J, Reinecke MA, Gladstone T, Stuart S, Gollan J, et al. Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12 week outcomes. *J Dev Behav Pediatr*. 2009; 30(1): 23-37
49. Hoek W, Marko M, Fogel J, Schuurmans J, Gladstone T, Bradford N, et al. Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. *Transl Res*. 2011;158(6): 315-25
50. Gerrits RS, van der Zanden RAP, Visscher RFM, Conijn BP. Master your mood online: A preventative chat group intervention for adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2007; 6(3): 1-11
51. O'Kearney R, Gibson M, Christensen H, Griffiths KM. Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2006; 35(1):43-54
52. O'Kearney R, Kang K, Christensen H, Griffiths K. A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety*. 2009; 26(1): 65-72
53. Calear AL, Christensen H, Mackinnon A, Griffiths KM, O'Kearney R. The Youth-Mood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioural program with adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(6): 1021-32
54. Stallard P, Richardson T, Velleman S, Attwood M. Computerized CBT (Think, Feel, Do) for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: Outcomes and Feedback from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Cogn Psychother*. 2011; 39(3): 273-84
55. Martínez V, Fritsch R, Guajardo V, Vöhringer P, Barroilhet S, Sepúlveda R, et al. ¿Se puede prevenir la depresión en los adolescentes?: un estudio piloto. *Rev Psiq Clín*. 2011; 49(1): 9-17
56. Vicente B, Valdivia S, Rioseco P, de la Barra F, Melipillán R. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantojuvenil en Chile, Fondecyt 1070519. Presentación oral en el XXVII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2009.
57. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrill D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*. 2004; 363(9418): 1341-5.

Reuniones y Congresos

CONGRESOS NACIONALES E INTERNACIONALES

• **LIX Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (AACAP)**

Fecha: 23 al 28 de octubre 2012 San Francisco EE.UU.

Lugar: Hotel Hilton

Informaciones: AACAP, 3615 Wisconsin Avenue, N.W., Washington, D.C. 20016-3007, USA.

E-mail: meetings@aacap.org

Tel.:+ (202) 966.7300

Fax: + (202) 966.2891

• **52° Congreso Chileno de Pediatría**

Fecha: 26 al 30 de noviembre de 2012

Lugar: Punta Arenas

Informaciones: Sociedad Chilena de Pediatría.

Fonos: 237 1598 – 237 9757, Fax: (56-2) 238 0046.

e-mail: congresopediatría@sochipe.cl

• **XXX Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia “Transiciones”.**

Lugar: Hotel Cumbres Patagónicas, Puerto Varas- Región de los Lagos.

Fecha: 03 al 06 de octubre de 2012

Informaciones: Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia.

Fono/Fax: 632 08 84E-mail: sopnia@tie.cl

Fecha límite entrega trabajos libres 31 de Julio de 2012.

• **LXVII Congreso Chileno Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía**

Fecha: 1 al 4 de diciembre de 2012

Lugar: Valdivia, Chile.

Informaciones: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

Fonos: 234 24 60 / 232 93 47 / 335 44 37

• **XXVII Congreso APAL. Buenos Aires, Argentina.**

Fecha: 16 al 19 Noviembre

Lugar: Hotel Sheraton Libertador de la Ciudad de Buenos Aires y en sedes anexas. 2012

• **XX Congreso Mundial de la Asociación Internacional para la Psiquiatría del Niño y del Adolescente y Profesiones aliadas (IACAPAP)**

Fecha: 21 al 25 de julio

Lugar: Paris, Francia 2012

• **XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría ALAPE**

Fecha: 14 al 18 de Noviembre, 2012

Lugar: Cartagena de Indias, Colombia.

• **Curso de Psicofarmacología Clínica en Niños y Adolescentes 2012**

Organizado por la Unidad Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, a realizarse en dos módulos el **25-26 de Mayo (primer módulo) y 22-23 de Junio (segundo**

módulo) de 2012, en el Auditorio Ignacio Matte-Blanco de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile (Av. La Paz N°1003, Recoleta, Santiago). Fono inscripción: 978 86 05.

- **Curso Violencia y Comportamiento Disocial en Adolescentes**, organizado por la Unidad Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, a realizarse el 24-25 de agosto 2012. Fono inscripción: 978 86 05.

Grupos de Estudios

- **GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO**
Se reúnen el último Sábado de cada mes a las 09.00 hrs., en el Auditorio de la Liga Chilena contra la Epilepsia, Erasmo Escala 2220 (entre Cumming y Maturana) Metro República.
Dra. Daniela Zalaquett
- **GRUPO DE ESTUDIO TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PEDIATRIA**
Se reúnen el primer Miércoles del mes, en las oficinas de MGM ubicadas en Avda. Los Leones 1366, de 12:30 a 13.30 hrs.
Coordinador Dr. Tomas Mesa
- **GRUPO DE ESTUDIO ADOLESCENCIA Y ADICCIONES**
Se reunirán durante el año 2012 de acuerdo a programa que se enviará en el mes de Marzo Coordinador Dr. Alejandro Maturana.
- **GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES Y TRASTORNOS MOTORES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
Se reúnen los últimos miércoles de cada mes a las 13.45 hrs.
Coordinador Ricardo Erazo

Noticias

- SOPNIA cuenta con dos e-mails, el oficial que se ha cambiado por sopnia@tie.cl y el alternativo sopniasoc@gmail.com
 - El XXX Congreso Anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, se realizará entre los días 03 al 06 de octubre de 2012, en el hotel Cumbres Patagónicas, Puerto Varas, Región de los Lagos. La Presidenta del Congreso es la Dra. Pamela Aedo Errázuriz, los Coordinadores de los Comités de Neurología y Psiquiatría son la Dra. Patricia González y la Dra. Mónica Troncoso respectivamente.
Recepción de trabajos libres: plazo hasta el 31 de julio 2012.
 - Guía de Práctica Clínica de Detección y Diagnóstico oportuno de los Trastornos del espectro Autista (TEA) publicado por el Ministerio de Salud y elaborado por: Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de salud pública, Ministerio de Salud de Chile.
- Sociedad Chilena de Salud Mental: www.schilesaludmental.cl
 - Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente: www.aacap.org
 - Academia Americana de Neurología (sección Pediátrica): <http://www.aan.com/go/about/sections/child>
 - Sociedad Europea de Psiquiatría del Niño y del Adolescente: www.escap-net.org
 - Sociedad Europea de Neurología Pediátrica: www.epns.info
 - Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: www.postgradomedicina.uchile.cl

Revistas

Sitios de Interés a través de páginas web:

Sociedades

- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia: www.sopnia.com
- Sociedad Chilena de Pediatría: www.sochipe.cl
- Sociedad Chilena de Psicología Clínica: www.sociedadchilenadepsicologiaclinica.cl
- Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología: www.sonepsyn.cl
- Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia: www.sopnia.com/boletin.php
- Revista Chilena de Neuropsiquiatría: www.sonepsyn.cl/index.php?id=365
www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-9227-&script=sci_serial
- Revista Pediatría Electrónica: www.revistapediatria.cl
- Child and Adolescent Psychiatry (inglés): www.jaacap.com
- Child and Adolescent Clinics of North America (inglés): www.childpsych.theclinics.com
- European Child & Adolescent Psychiatry (inglés):

www.springerlink.com/content/101490/

- Development and Psychopathology (inglés):
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP>
- Seminars in Pediatric Neurology (inglés):
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/10719091>
- Pediatric Neurology (inglés):
www.elsevier.com/locate/pedneu
- Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com
- Revista Europea de Epilepsia (inglés):
www.seizure-journal.com

Sitios recomendados en Psiquiatría

- Parámetros prácticos www.aacap.org/page/ww?section=Practice+Parameters&name=Practice+Parameters
- Conflictos de interés (inglés):
www.aacap.org/cs/root/physicians_and_allied_professionals/guidelines_on_conflict_of_interest_for_child_and_adolescent_psy-chiatrists
- Autismo (inglés):
www.autismresearchcentre.com
- Suicidalidad (inglés): www.afsp.org
- Déficit atencional:
www.tdahlatinoamerica.org
(inglés) www.chadd.org

Sitios recomendados en Neurología

- Neurología Infantil Hospital Roberto del Río:
www.neuropedhrrio.org

Otros sitios recomendados para residentes

Temas y clases de neurología:

- <http://sites.google.com/a/neuropedhrrio.org/docencia-pregrado-medicina/>
- Artículos seleccionados del BMJ:
www.bmj.com/cgi/collection/child_and_adolescent_psychiatry

Sitios recomendados para pacientes

- Recursos generales (inglés):
www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia www.aacap.org/cs/resource.centers
- Trastorno afectivo bipolar (inglés):
<http://www.bpkids.org/learn/resources>

Salud Mental

- Programa Habilidades para la Vida: http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html
- Chile Crece Contigo: www.crececontigo.cl
- CONACE: www.conace.cl
- Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008:
<http://www.conace.cl/portal/index.php?option=comcontent&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-deconsumo-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile-2008-&catid=74:noticias&Itemid=559>

OMS

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

Instrucciones a los Autores

(Actualizado en Octubre 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados.

Se enviará el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl – sopniasoc@gmail.com. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico.

El trabajo se enviará, a doble espacio, con letra Arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

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

ESTILO

Los trabajos deben escribirse en castellano correcto, sin usar modismos locales o térmi-

nos en otros idiomas a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo, o al pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos.

El texto se redactará siguiendo la estructura usual sugerida para artículos científicos, denominada "MIRAD" (Introducción, método, resultados y discusión). En artículos de otros tipos, como casos clínicos, revisiones, editoriales y contribuciones podrán utilizarse otros formatos.

1. Página de título

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

2. Resumen

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

3. Palabras claves

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos princi-

pales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Contarán con la siguiente estructura

a. Introducción

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

b. Método

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

Selección y descripción de participantes

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

Información técnica

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

c. Estadísticas

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

Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

d. Resultados

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

e. Discusión

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

f. Referencias bibliográficas

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

Estilo y formato de referencias

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

Artículo de revista científica

Enumerar hasta los primeros seis autores seguidos por et al., título del artículo en su idioma original, el nombre de la revista, usando las abreviaturas del index medicus abreviations, separados por comas, el año separado por coma, volumen poner dos puntos: y las páginas comprendidas separadas por guión: Ejemplo: Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 1998;36:28-34.

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en un clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(2):25-32.

Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, mencione los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los editores, el país, el año de publicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del Sínd-

drome de Déficit Atencional (SDA). Síndrome de Déficit Atencional: López I, Troncoso L, Förster J, Mesa T. Editores. Editorial Universitaria; Santiago, Chile, 1998:96-106.

Para otro tipo de publicaciones, atégase a los ejemplos dados en los “Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revistas Biomédicas”.

g. Tablas

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

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

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

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografiadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127x173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

i. Abreviaciones y símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se explici-

tará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

5. Revisión de Temas

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

6. Casos Clínicos

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

7. Contribuciones

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

8. Cartas al Director

Espacio abierto, en que los socios puedan plantear inquietudes, opiniones e ideas.

9. Archivos electrónicos

Se aceptan archivos electrónicos en Microsoft

Word. En archivos electrónicos deben anexarse los archivos de las figuras, como un mapa de bits, archivos TIF, JPEG, o algún otro formato de uso común. Cada figura debe tener su pie correspondiente.

10. Publicaciones duplicadas

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

Aprobación de los editores de ambas revistas.

En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.

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

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