



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

ISSN-0718-3798  
Versión impresa

Indexada en Lilacs y Latindex

Publicación Oficial de la  
SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA  
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Volumen 25 – N°1 – Abril 2014

# DIRECTORIO

---

## **Presidenta**

Dra. Viviana Venegas Silva

## **Vicepresidenta**

Dra. Patricia González Mons

## **Tesorera**

Dra. Verónica Burón Klose

## **Secretaria General**

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

## **Past - Presidentet**

Dra. Alicia Espinoza Abarzúa

## **Directores**

Dra. Carola Álvarez Quiñones

Dr. Elias Arab López

Dra. Andrea Schlatter Vieira

Dr. Paola Santander Vidal

## **GRUPOS DE ESTUDIO**

### **Grupo de Estudio Trastornos del Desarrollo GTD**

Presidenta

Ps. Andrea Moyano

### **Grupo de Estudio Adolescencia y Adicciones**

Presidente

Dr. Alejandro Maturana

### **Grupo de Estudio Trastornos del Sueño en Pediatría**

Presidente

Dr. Tomás Mesa

### **Grupo de Estudio Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia**

Presidente

Dr. Ricardo Erazo

### **Grupo de Estudios Enfermedades Desmielinizantes**

Presidenta

Dra. Andrea Schlatter

## COMITÉ EDITORIAL REVISTA

Dr. Ricardo García S.  
Editor General  
Universidad de Chile/Clinica las Condes

Dra. Muriel Halpern G.  
Editora Asociada de Psiquiatría / Universidad de Chile

Dra. Isabel López S.  
Editora Asociada de Neurología / Clínica las Condes

Dra. Freya Fernández K.  
Past-Editor/Consulta privada

Dra. Marcela Matamala  
Asistente Editora de Psiquiatría

Dr. Ximena Varela / Dr. Juan Francisco Cabello A.  
Asistentes Editores de Neurología

Dra. María de los Ángeles Avaria B.  
Asesora Resúmenes en Inglés / Hospital Roberto del Río

Dra. Viviana Herskovic M.  
Asesora Resúmenes en Inglés / Clínica las Condes

## COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Dr. Carlos Almonte V.       | Universidad de Chile, Santiago               |
| Dra. Marcela Larraguibel Q. | Clinica Psiquiátrica Universitaria, Santiago |
| Dr. Tomás Mesa L.           | Universidad Católica de Chile, Santiago      |
| Dr. Fernando Novoa S.       | Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso        |
| Ps. Gabriela Sepúlveda R.   | Universidad de Chile / Santiago              |
| Dr. Mario Valdivia P.       | Hospital Regional de Concepción              |
| Dr. Hernán Montenegro A.    | Universidad de Santiago, USACH               |
| Dra. Mónica Troncoso Sch.   | Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago   |
| Dra. Karin Kleinsteuber S.  | Universidad de Chile, Clínica Las Condes     |
| Dra. Flora de la Barra M.   | Universidad de Chile, Santiago               |

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

### Neurología

Dr. Jaime Campos  
Dra. Patricia Campos  
Dra. Lilian Czornyj  
Dr. Philip Evrard  
Dr. Agustín Legido  
Dr. Jorge Malagón  
Dr. Joaquín Peña

Hosp. Clínic. de San Carlos, Madrid, España  
Universidad de Cayetano Heredia, Perú  
Hospital de Niños, Garrahan, Argentina  
Clinique Saint-Joseph, Francia  
Universidad de Philadelphia, U.S.A.  
Academia Mexicana de Neurología, México  
Hospital Clínico la Trinidad, Venezuela

### Psiquiatría

Dra. Susana Bradley  
Dr. Pablo Davanzo  
Dr. Gonzalo Morandé  
Dr. Francisco de la Peña  
Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto, Canadá.  
Univ. de California UCLA, U.S.A.  
Hospital Niño Jesús, España  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Universidad de Columbia, U.S.A.

### **Origen y Gestión**

La revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia, SOPNIA, es el órgano oficial de expresión científica, 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 la 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 en Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Latindex (Sistema Regional de Información en línea para revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal) <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](http://www.sopnia.com)

### **Abreviatura**

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

### **Diseño**

Juan Silva: [jusilva2@gmail.com](mailto:jusilva2@gmail.com) / Cel.: 9779 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, 2º piso, interior, fono/fax: 2632.0884, email: [sopnatie.cl](mailto:sopnatie.cl), sitio Web: [www.sopnia.com](http://www.sopnia.com) Santiago, Chile.

# INDICE

---

## **Editorial**

Situación actual y perspectivas futuras de nuestra Revista

Current situation and future perspectives of our Journal

*Dr. Ricardo García S.*

*Profesor Asociado Psiquiatría, Universidad de Chile*

7

## **Trabajos Originales**

Caracterización de la parentalidad desde la cultura del mundo rural del sur de Chile:  
"Una experiencia de bordemar"

The characterization of parenthood from the rural culture of southern Chile: a sea  
edge experience

*Dra. Fabiola Jaramillo, Dr. Matias Irrarrázaval, Sr. Alex Oyarzo,*

*Sr. Esteban Figueroa, Sr. Jaime Ibacache*

9

## **Revisiones de Temas**

- Genes y Encefalopatías Epilépticas Infantiles de Inicio Precoz

Genes and Early Infantile Epileptic Encephalopathies

*Dra. Ximena Varela*

17

- Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil en Chile: Reflexión en torno su  
implementación, diagnóstico del estado actual y proyecciones futura

Psychiatric hospitalization of children and adolescents in Chile: thinking  
about its application, diagnosis of its current state and future projections.

*Dra. Caterina Pesce*

27

- Efectos de la exposición en pantallas en niños y adolescents

Effects of media exposure in children and adolescents

*Dr. Tomás Serón, Dr. Albert Pastén, Dra. Emilia Monsalve*

37

## **Contribuciones**

Paternidad y maternidad en el mundo de hoy

Fatherhood and motherhood on today's world

*Dr. Luis Dueñas, Ps. Lucio Chávez, Dra. Carolina Garcés,*

*Dr. Mauricio Briceño, Dra. Constanza Morales*

42

## **Reuniones y Congresos**

52

## **Grupos de Estudios**

54

## **Noticias**

55

## **Instrucciones a los Autores**

57

## **Ilustración de la Portada**

61

## Situación actual y perspectivas futuras de nuestra Revista.

### Current situation and future perspectives of our Journal.

**Dr. Ricardo García S.**

*Profesor Asociado Psiquiatría, Universidad de Chile*

Nuestra Revista surgió de la iniciativa de algunos socios en las reuniones que se realizaban alternadamente en los Hospitales que contaban con Servicios de neuropsiquiatría infantil de la época; inicialmente como un Boletín y luego como una Revista, han pasado 25 años de ininterrumpidas publicaciones anuales, gracias al esfuerzo de distintos grupos de socios que se encargaron de esta tarea.

Han pasado 3 años y medio en que el último Comité Editorial que me ha tocado dirigir se hizo cargo de nuestra Revista; la propuesta fue continuar con la línea establecida anteriormente por la Dra. Freya Fernández incansable trabajadora de esta publicación que nos transmitió su espíritu y compromiso por esta publicación de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de Niños y Adolescentes, SOPNIA. Esta línea consistió en continuar siendo el espacio de comunicación y difusión de los trabajos científicos de nuestros socios, siendo además un instrumento para comunicar el estado del conocimiento a través de revisiones de temas, casos clínicos y contribuciones que fueran útiles para el trabajo clínico y que finalmente aportara al mejoramiento de la salud de nuestros pacientes. Al mismo tiempo nos propusimos dirigir nuestros esfuerzos en alinear nuestra revista para ser indexada en nuevos registros de publicaciones de mayor difusión y prestigio como es el registro SCIELO, el cual es ampliamente reconocido desde hace 25 años, siendo considerado por MINEDUC para recursos institucionales y es un indicador de publicaciones científicas de las Universidades y de Chile. Los requisitos para esta indexación internacional son rigurosos y de alta complejidad; nos abocamos en una primera etapa a la periodicidad de la Revista a 3 números anuales y 1 suplemento (publicación de resúmenes presentados al Congreso Anual de la Sociedad), a la conformación del nuevo Comité Editorial de acuerdo a los exigentes requerimientos de los nuevos Registros de publicaciones y elevar las exigencias de nuestras publicaciones.

Los artículos publicados han sido de muy buen nivel científico en sus artículos originales, revisiones de temas, casos clínicos y contribuciones. Han publicado socios jóvenes y socios de gran experiencia y en un interesante trabajo conjunto en muchos artículos. Hemos tenido suplementos relativos a epilepsia, sueño, trastornos del espectro autista que han generado mucho interés por su aporte a la práctica clínica. Notables han sido las contribuciones de profesionales jóvenes que nos han enviado desde el extranjero y de grupos universitarios sobre temáticas de salud mental.

En las editoriales han participado profesores extranjeros, miembros del comité internacional, y destacados neurólogos y psiquiatras del país abordando temas contingentes y de acuerdo a la línea editorial de la Revista.

La Revista tiene un nuevo diseño, una atractiva portada con la reproducción de un mural-realizada por una residente de psiquiatría, tiene una versión digitalizada en la Página Web

## Editorial

de nuestra Sociedad y la tradicional versión en papel que se distribuye a los socios e instituciones relacionadas.

El Comité ha hecho esfuerzos de canalizar las excelentes presentaciones de los trabajos de los Congresos de Sopnia, que reflejan el trabajo anual de nuestros socios, para que se plasmen en artículos, pero los resultados de este trabajo han sido exigüos; es posible que la presentación en posters o plataforma y la publicación en el suplemento del Congreso, satisfaga los objetivos de los autores, sin embargo, al no formular esos trabajos en un artículo para publicación, se pierden recursos para la institución donde se han desarrollado, no significan puntaje para postular a proyectos de investigación y lo más importante no se difunde el conocimiento a nivel nacional e internacional.

Actualmente los centros de formación de especialistas en Neurología Pediátrica, Psiquiatría del Niño y del Adolescente y los Magísteres de Psicología exigen a estos excelentes alumnos de post grado una investigación o tesis durante su formación de post-grado; generalmente este producto valiosísimo queda en los archivos y/o bibliotecas de estos centros o en registros de buscadores de tesis, los cuales tienen difusión restringida. Incentivar o establecer que estos trabajos se acompañen de artículos de publicación para nuestra Revista es un gran desafío y un enriquecimiento de nuestra comunicación científica.

El desarrollo formativo y práctica clínica en las profesiones que reúne nuestra Sociedad son de muy buen nivel académico, estamos en una etapa que requerimos consolidar este desarrollo y proyectarnos en forma colaborativa en el área de la investigación y en la comunicación de estos trabajos. Esta es principalmente el alma mater de nuestra Sociedad Científica, que asegura el desarrollo y progreso del conocimiento, mejora nuestro quehacer profesional y asegurará la contribución a la práctica clínica de nuestros pacientes, sus familias y el desarrollo de nuestra sociedad.

Para estos fines de mayor exigencia, requerimos tener una sólida gestión administrativa que facilite proyectos para captar la producción científica, reunir los antecedentes para los distintos buscadores que posibilitan subir de nivel en el registro de publicaciones, agilizar la edición que implica la edición de la revista y su distribución. Hemos contado con la colaboración permanente de la industria farmacéutica -Laboratorio Recalcine- en la impresión y distribución, a quien agradecemos en su gestión y apoyo a nuestra Sociedad. Sin esta ayuda habría sido difícil mantener la publicación todos estos años.

Estamos en nuevos tiempos, el trabajo desarrollado en 25 años nos permite proyectarnos y augurar un buen futuro, tenemos el tremendo capital humano de excelentes profesionales, académicos, que además de su trabajo diario clínico, se esfuerzan y producen trabajos científicos valiosos que debemos captar en nuestra publicación.

Un nuevo Comité Editorial asume la Dirección de esta Revista, solicitamos para ellos todo el apoyo para que nuestra Revista continúe siendo la expresión de nuestra Sociedad, y contribuya al conocimiento científico, a un mejor mundo para nuestros pacientes y a un mejor nivel de salud mental.



## Caracterización de la parentalidad desde la cultura del mundo rural del sur de Chile: “Una experiencia de bordemar”.

The characterization of parenthood from the rural culture of southern Chile: a sea edge experience.

**Fabiola Jaramillo Castell<sup>1</sup>, Matías Irrázaval Domínguez<sup>2</sup>, Alex Oyarzo Cuevas<sup>3</sup>, Esteban Figueroa Oliva<sup>4</sup>, Jaime Ibacache Burgos<sup>5</sup>**

**Abstract.** Cultural worlds collides, merges, and struggles to maintain a sense of their own identity, which has made increasingly difficult to have a sense of certainty about the “right” way to raise children. Culture as a dimension of parenting can help answer some outstanding questions on how to do promotion and prevention based on culturally relevant local strategies. A qualitative study was conducted during 2004-2009 in Chiloé (Chile) to characterize the construct of parenting from structural conceptualizations of enculturation, parenting styles, mythology, and the role of grandparents among others. The concept of extended family is an important sociocultural construct of the area, which includes values such as respect and the ability to make a face-to-face dialogue with nature, and the usage of the environment to regulate children’s behavior and development. It is highlighted the importance of incorporating culture as a preventive health strategy.

**Mesh terms:** parenting, culture, rural, cultural anthropology, ethnography.

**Resumen:** Los mundos culturales chocan, se fusionan, y luchan para mantener un sentido de su propia identidad, que se está haciendo cada vez más difícil mantener un sentido de certeza sobre el “derecho” de la manera de criar a sus hijos. La cultura como una dimensión de la crianza de los hijos, puede ayudar a responder algunas preguntas pendientes de cómo hacer promoción y prevención con pertinencia cultural basada en estrategias locales. Se realizó una investigación cualitativa en Chiloé (Chile), durante 2004-2009, para caracterizar el constructo de parentalidad desde las conceptualizaciones estructurales de endoculturación, estilos de crianza, mitología, rol de la familia, abuelidad entre otros. El concepto de familia extendida es un constructo sociocultural relevante de la zona, que incluye valores como el respeto y la capacidad de realizar un diálogo presencial con la naturaleza, y el uso del medio

- 1) Psiquiatra, Referente técnico unidad de Salud Mental del Servicio de Salud el Reloncaví, Coordinadora Técnica del COSAM Reloncaví. Profesora Adjunto Cátedra Psiquiatría, Escuela de Psicología Universidad Austral de Chile, sede Puerto Montt
- 2) Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Profesor Adjunto Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile-Clinica Psiquiátrica Universitaria
- 3) Kinesiólogo, CESFAM San Pablo Mirasol. Profesor Adjunto Cátedra Salud Pública y Bioética Escuela Tecnología Médica y Fonoaudiología. Profesor adjunto Cátedra Neurociencias Escuela de Psicología Universidad Austral de Chile, sede Puerto Montt.
- 4) Antropólogo. Profesor adjunto Facultad de Enfermería y Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad San Sebastián, sede Puerto Montt.
- 5) Medicina Socio Cultural Investigación y Desarrollo, Unidad de Epidemiología Sociocultural Servicio de Salud Chiloé.

Contacto: Fabiola Jaramillo

Dirección: Todos Los Santos 147 Pichi Pelluco sur. Puerto Montt, Chile.

Teléfono: 065 222 6873, Correo: fabiolaj77@gmail.com

## Trabajos Originales

ambiente para la regulación del comportamiento y desarrollo de los niños. Se destaca la importancia de la incorporación de la cultura como estrategia preventiva en salud validada desde la pertinencia local. Palabras claves: parentalidad, cultura, ruralidad, estilos de crianza, antropología cultural.

Durante el generalato de zona en la comuna de Cochamó (sector carretera Austral) y mediante el trabajo investigativo encomendado por el Servicio de Salud Llanquihue durante el año 2008, fue posible realizar una experiencia de diagnósticos participativos en salud en zonas rurales como Llanquihue, Chiloé y Palena. Las observaciones desde la construcción de la epidemiología sociocultural permitieron conocer la realidad sanitaria rural y las variables implicadas desde los determinantes sociales en salud.

Este trabajo tiene como objetivo realizar una caracterización de las concepciones del enfermar, de la procreación, de la crianza y de la socialización en una población y etnografía específica como es la de Chile insular. En su desarrollo se describen la parentalidad y los estilos de crianza en zonas rurales, y su asociación con mitos locales.

### **La influencia de la cultura en el desarrollo individual y en el contexto de la familia.**

La conducta del ser humano es producto de la cultura existente en la sociedad a la que pertenece; por tanto, ésta última determina en gran medida la forma en la que cada persona piensa, cree y actúa.

Los primeros años de la vida de un niño, son considerados como un período único del desarrollo humano, donde los padres, asumen una importancia especial, conduciendo a sus hijos desde una dependencia total hasta las primeras etapas de autonomía, sus estilos de crianza pueden tener tanto efectos inmediatos como duraderos en el funcionamiento social de los niños en áreas que van desde el desarrollo moral, juegos entre pares, hasta el desempeño académico <sup>1</sup>.

Garantizar los mejores resultados posibles

en el desarrollo de los niños requiere que los padres enfrenten el desafío de equilibrar por un lado sus demandas de madurez y de disciplina, que hacen con el fin de facilitar la integración de los niños a la familia y al sistema social, con el mantener una atmósfera de afecto, receptividad y protección.

Las investigaciones realizadas sobre estilos y formas efectivas de educar pueden orientar a los padres hacia un equilibrio apropiado entre la sensibilidad y el control. Como explican De Loache y Gottlieb <sup>2</sup>, los padres en las diversas culturas reciben diferentes tipos de orientación sobre cómo educar a los niños adecuadamente, ya sea en forma de libros de consejos o, simplemente, en el entrenamiento con el ejemplo. Desde hace muy poco tiempo, estos consejos han sido ampliamente aceptados como verdad fundamental dentro de su propio contexto cultural <sup>2</sup>.

Los estudios etnográficos clásicos internacionales característicamente incluyen capítulos sobre la cultura y la crianza de los hijos, interesados, tanto desde lo formal de los eventos del desarrollo como desde el comportamiento informal de los padres en situaciones cotidianas, haciendo hincapié en los patrones culturales sobre las diferencias individuales o subgrupos, incorporándolos a los análisis <sup>2</sup>. Las investigaciones parten de la pregunta ¿Cómo la cultura influye en el desarrollo individual y en el contexto de la familia? Esta preocupación, desarrolló la cultura en la escuela de la personalidad, dando lugar a un florecimiento de la investigación sobre la cultura y los estilos de crianza de los hijos.

En los patrones de la cultura, la clásica afirmación del enfoque configuracionista de Benedicto XVI, expone claramente su punto de vista de la socialización de la infancia y el desarrollo como un proceso de

asimilación cultural: la historia de vida del individuo es, ante todo, una adaptación a los patrones y normas tradicionalmente dictada en su comunidad. Desde el momento de su nacimiento, las costumbres en el que ha nacido dan forma a su experiencia y el comportamiento <sup>2</sup>.

La transmisión de la cultura de generación en generación, en opinión de Margaret Mead, es un proceso de comunicación en el que muchos aspectos del entorno cultural del individuo en crecimiento transmiten los mismos mensajes a él, mensajes que reflejan las configuraciones dominantes de su cultura <sup>2</sup>. En el trabajo de Mead, nos encontramos con las primeras descripciones sostenidas de los niños y la vida familiar en otras culturas. Mead desarrolló esencialmente un nuevo tipo de etnografía, una que trata de entender la cultura a través de su impacto en los individuos en desarrollo. Los mundos culturales chocan, se fusionan, y luchan para mantener un sentido de su propia identidad, que se está haciendo cada vez más difícil mantener un sentido de certeza sobre el "derecho" de la manera de criar a sus hijos. En este contexto, prestando atención a la cultura como una dimensión de la crianza de los hijos, puede ayudar a responder algunas preguntas pendientes de cómo hacer promoción y prevención con pertinencia cultural basada en estrategias locales.

### **Cambios en la organización familiar y culturales de la población chilena.**

Durante los últimos 20 años en Chile, han habido importantes cambios en la organización familiar de la población. La tendencia familiar de la sociedad chilena es evolucionar hacia una estructura de familias nucleares, de tamaño pequeño y con menores niveles de formalización legal. De esta forma, el número promedio de personas por familia ha descendido desde 4 personas por hogar en el año 1992, a 3,5 en el año 2002 <sup>3</sup>. Parcialmente responsable de esta disminución es que en un contexto de amplio predominio de familias nucleares (las que constituyen el 57% de los

hogares), aumentan levemente las familias unipersonales (que pasan de 3,2% en 1992, a 4,3% en el año 2002), disminuyendo en casi la misma proporción las familias extensas (las que pasan de ser un 23,4% de las familias en el año 1992, a 21,9% en el 2002). El menor grado de formalización de estas uniones familiares se refleja en que las familias fundadas en lazos de matrimonio formal pasan de 51,8% en el año 1992, al 46,2% en el 2002, y las uniones basadas sólo en la convivencia aumentan desde el 5,7% al 8,9% entre el año 1992 y el año 2002 <sup>4</sup>.

No sólo a nivel de crecimiento y estructura demográfica, económico, político y social, sino también en el campo cultural, en los últimos 20 años se han producido importantes transformaciones a nivel del país, en diversos ámbitos. En relación al tema del matrimonio, destacan la nueva Ley de Matrimonio Civil, que por primera vez en la historia permite la disolución del vínculo matrimonial. Igualmente, en Chile se ha eliminado la discriminación legal que pesaba sobre los hijos de filiación no matrimonial, igualándose los derechos de todos los hijos, sin distinciones entre "legítimos" e "ilegítimos", y eliminándose el estigma de hijo "natural" históricamente estampado en el certificado de nacimiento de miles de chilenos <sup>4</sup>.

Todos los cambios anteriormente expuestos reflejan estadísticas nacionales, que no distinguen la realidad urbana de la rural, en este sentido es importante destacar que hay escasas publicaciones sobre parentalidad y estilos de crianza en zonas rurales en el mundo; evidencia inexistente en Chile.

### **Encuentro con los sincretismos culturales**

Es vital señalar la importancia de los sincretismos culturales en los que se navega en la zona, determinado por la fuerte corriente migratoria Chilota a las zonas del seno del Reloncaví (comúnmente llamado Chiloé continental). Esta cultura, llena de mitología e identidad chilota, convive con

## Trabajos Originales

otra corriente migratoria importante de origen alemán que llegan a vivir a la zona de Frutillar y Los Muermos migrando posteriormente hacia distintos puntos de la región. La influencia cultural argentina en las zonas cordilleranas de Palena y Reloncaví es significativa, que se comprueba al ver cómo en plena cordillera o en islas del archipiélago de Chiloé o de las desiertos, los habitantes comparten mate amargo (de origen patagónico) en un fogón o una cocina a leña con milcaos (tortilla frita de papa, de origen chilote) y strudel de manzana (de origen alemán).

### **Enfermarse como una experiencia de identidad.**

El concepto de enfermedad de la gente de las tierras del sur es vivido como una pérdida de sentido de continuidad. “Una pérdida del espíritu”.

Se entiende desde el sincretismo cultural en el que navegan, relacionándose con el desequilibrio entre el espíritu y el cuerpo, actuando como instrumento mediador, la mente, como agente influenciado por la mitología y la cultura chilota donde la naturaleza es el sostén de esta estructura. En este contexto se hacen protagonistas los llamados síndromes culturales (sobrepeso, mal, susto, corriente de aire), donde la definición más inclusiva es la que aporta el médico y antropólogo mexicano Roberto Campos “aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que solo tiene explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura”<sup>25</sup>, donde están fuertemente arraigada como factor causal las concepciones de brujería; entre los factores asociados a ella encontramos la concepción religiosa animista, que atribuye un espíritu a animales, plantas, piedras, personas muertas, objetos, entre otros, se encontraban también presentes en los pueblos originarios de Chiloé y se habría mantenido en el tiempo, explicando la

frecuencia con que en la actualidad se atribuyen características, dones o propiedades a diversos elementos de la naturaleza. El otro componente importante lo constituyen las prácticas chamánicas que tienen como función social relacionada con la entrega de respuestas inmediatas a situaciones límites, como las enfermedades, sequías, mortandad ofreciendo “una vivencia anímica que libera a la colectividad de un peso que la oprime” de ahí su importancia ya que permite regular procesos y buscar respuestas a fenómenos que no son fácilmente controlados por las personas.<sup>6</sup> El diálogo con la naturaleza cosmovivenciada permite en algunas familias generar conocimiento a partir del uso de partes de seres mitológicos que existen en espacios naturales y “cuidan” el equilibrio ecológico. Por ejemplo el uso de la raspadura del cacho de camahueto para hacer fricciones en las piernas de lactantes menores de un año para que su caminar futuro sea fuerte y hábil.

Es precisamente desde esta matriz socio-cultural que debemos entender desde donde se enferman los niños y sus familias y cuales son los itinerarios de sanación validados. La concepción de embarazo, parto y de apego tienen también sus particularidades desde la cosmovisión sincrética, donde el apoyo desde la experiencia de las abuela y parteras son relevantes.

Es así como desde la ascendencia chilota williche entienden que cuando la gente se enferma es porque han “perdido el espíritu”, y que en el itinerario de sanación se tiene que re-establecer el equilibrio salud enfermedad individual, familiar y comunitario y que el proceso de sanación es una ceremonia colectiva.

### **Familia y territorio**

La familia en esta zona del país tiene algunas características importantes de destacar. Son familias que funcionan como familias extendidas ya que comparten el campo o terreno heredado, donde cada hijo construye su casa, en tanto las labores de cuida-

do del campo son compartidas en familia, sin embargo cada familia tiene su territorio demarcado y protegido desde el hacer cotidiano (las huertas, invernaderos, crianza de animales, y otros).

El número promedio de personas por familia ha disminuido a expensas de la menor cantidad de hijos, promedio 2 ó 3 hijos por familia, esto se debe al control de la natalidad por acceso masivo de métodos anticonceptivos, migración campo-ciudad de mujeres en edad reproductiva que buscan mejores oportunidades laborales, los hombres continúan haciéndose cargo del campo lo que hace que encontremos zonas donde los índices de masculinidad son muy superiores a los de la población chilena en general.

La existencia de conocimiento a nivel familiar para poder detectar desequilibrios como el Susto, en miembros de su familia, sobre todo en niños o niñas, es una relación interesante con la naturaleza y el territorio (endocultural) de concebir el aporte de animales menores, no sólo como alimento sino que también como forma de búsqueda del equilibrio emocional y espiritual. (El ejemplo de la “gallino-espirometría” para el diagnóstico de Susto, observada en islas del interior de Chiloé y sobre todo por personas de ascendencia chona, es un ejemplo de ello.)

La cultura Chona sigue existiendo en esta forma de concebir el espacio territorial y cultural, allí las pautas de crianza son distintas a las de poblaciones mas williche y obviamente mas diferentes aun de las mezclas española-chilenas.

En esa “canoas-casa” de los chonos viajan adultos mayores sabios, junto a adultos mas jóvenes que se sumergen en el “martierra”, que provee el sustento, mientras niños semidesnudos revolotean junto al fogón de esa “canoas-casa”, mientras animales menores se crían en contacto recíproco entre especies muchas veces distintas. Es un espacio dinámico donde las pautas de crianza se mantienen ancestralmente con

los desafíos que estas realidades implican.

En las familias williches las pautas de crianza han sido desarrolladas mas hacia la salida del hogar, hacia pensar que el éxito está fuera de ese territorio, donde los valores de desarrollo son distintos y donde la figura masculina adquiere mayor importancia. Son familias que van disminuyendo sus integrantes, sus hijos e hijas migran tras ese reconocimiento impregnado desde pequeños, y los ancianos ya no son considerados tan sabios, comienzan a saber menos que sus hijos y se van quedando solos, en espacios territoriales estáticos que comienzan a morir junto con ellos al no existir quién los trabaje).

Entre estas forma de crianza y de relación con la naturaleza, están aquellas familias desperdigadas por islas y zonas rurales donde la matriz sincrética entre los judeo-cristiano y lo originario, les plantea formas de entender la crianza y el mundo basados en un forma de hibridez que es compleja de entender.

### **Desde mucho antes de la concepción**

La crianza de los hijos es fundamental en la adquisición de carácter cultural, pero es sólo la primera de muchas experiencias formativas, se refuerzan entre sí en la comunicación de las configuraciones culturales de la persona<sup>1</sup>.

El cuidado prenatal y postnatal inmediato es también una relación endocultural con la existencia de seres que habitan los espacios y la naturaleza que se expresa en sus elementos.

En la historia oral están las mujeres sanadoras, parteras navegantes y otras sumidas en el anonimato de la tierra como tales, siguen hoy modelando pautas de crianza desde los periodos intrauterinos, a través del uso del entorno como forma de un “canal del parto” que se prolonga en el puerperio. Mensajes que las cuidan de todo aquello que pueda interferir con un crecimiento adecuado y pertinente de este

## Trabajos Originales

nuevo integrante de la comunidad.

Existen mujeres por todos lados en la cultura de bordemar. Donde la fertilidad baila como Pincoya anunciando abundancia o escasez. Donde el Pincoy pasa desapercibido, quizás porque nunca existió antes de la llegada de la dualidad a esas playas. En islas navegantes chonas, donde las “canoas-casa” surcan el “mar-tierra” parece ser lo masculino lo que va modelando la crianza, independiente del sexo (madre-padre, abuela-abuelo). Aquí los ngen, dueños o dueñas de espacios no domesticados, sustentan los valores de crianzas dinámicas. El Chauko, un ngen cuidador de aguas genera bienestar o malestar si no es respetado. Ese Chauko que nadie sabe como ni donde tuvo que trasculturizarse a Trauco para poder asumir nuevos roles en la crianza y protección de las jóvenes, mientras que la Fiura, transculturización de la Shumpall, cuidadora originaria de los ríos; hoy vaga culpable de jóvenes desaparecidos en aguas profundas.

Es así como los niños adquieren su “carácter cultural” por la internalización de la sustancia de estos mensajes coherentes. El primer conjunto de mensajes es transmitido por sus padres en la infancia y la niñez temprana, gran parte de esta comunicación es no verbal e implícita. Se establece una base para la posterior transmisión de los mismos mensajes subyacentes de mil maneras, algunos de ellos explícitos, siendo el niño cada vez más participe en los diversos aspectos de la cultura adulta. (2)

### Enseñanzas según el rol de género

A las niñas se las cría para criar, con un fuerte énfasis en las labores domésticas, de cuidado y maternaje, en agricultura, en la cría de animales de granja y la manufactura derivada de éstas (con recetas traspasadas transgeneracionalmente). Los niños en cambio son criados para proveer desde el régimen autárquico, habitualmente, se los instruye en la recolección de leña, labores de explotación forestal, crianza de animales mayores y cultivo de la tierra. Industria

de salmón, las labores de cocina son habitualmente femeninas excepto los asados que los hacen los hombres generalmente; los curantos y los derreitimientos (faena de un cerdo), son generalmente actividades colectivas y en comunidad.

### Al colegio

En cuanto a la educación formal, los padres saben que la escolaridad comienza a partir de primero básico (no existiendo espacios de socialización preescolar) y la expectativa cerca de casa llega hasta octavo básico, posteriormente, deben dejar sus hogares para continuar estudios de enseñanza media con modalidad de internado. Es por esta razón, que la crianza se basa en preparar a los hijos para una independencia más precoz que en el mundo urbano (a partir de los 12 – 13 años).

### Abuelidad, como estrategia de cuidado. ¿Opción u obligación endoculturizada?

La participación de las abuelas en la crianza de los niños ha sido siempre muy importante desde el lugar que tienen en la cultura las mujeres mayores, vistas con respeto y sabiduría, generalmente con conocimientos ancestrales y gran experiencia en medicina casera (muchas veces son consultadas como los referentes de salud de la zona, antes incluso que a los representantes de la salud alópata en las Postas de Salud Rural, durante muchos años muchas de estas abuelas se desempeñaron como las parteras oficiales, lo que les asignaba inmediatamente la categoría de abuelas o “mardrecitas” de los niños que traían al mundo). Esto convive con una importante red de relaciones y solidaridad entre los miembros de la comunidad como principio básico. Precisamente, la actividad cuidadora de las abuelas, es una manifestación de la supervivencia de esos lazos de solidaridad en la familia, en la comunidad en el sistema. Por otro lado, la inestabilidad de las parejas puede debilitar las relaciones entre padres, madres e hijos/as y, en contrapartida, aumentar la importancia de las relaciones entre abuelos/as y nietos/as. Estas relacio-



nes entre la primera y la tercera generación están reforzadas por el valor simbólico de la supervivencia de los/as antepasados/as y por la relevancia de la genealogía o historia familiar como marco de referencia de la existencia individual<sup>7</sup>. Es entonces, que como parte del cuidado de las abuelas aparecen los cuidados relacionados con la adquisición de algunas habilidades de artesanos, como los cuidados en salud y los consejos de crianza (endoculturación consciente) y los abuelos son los encargados del traspaso de la historia oral del lugar y la percepción desde el aislamiento de la realidad nacional, aislamiento que en muchas oportunidades ellos valoran como protector de los estilos de vida locales (endoculturación inconsciente). El traspaso de la cultura popular y de la mitología que la caracteriza es transversal y trasciende al rol de género de los cuidadores.

En zonas rurales más cercanas a la urbanidad, las mujeres están comenzando a trabajar fuera del hogar para complementar los ingresos familiares. Es aquí donde la posibilidad de cuidado de los abuelos a los nietos es también un nicho interesante de abordar. El tipo de cuidado a cambio o complementario al de los padres, que se estima más frecuente en esta realidad es el cuidado diario, altruista, es decir, sin compensación económica.

La investigación confirma el predominio de la línea materna en la función de abuela cuidadora. Un predominio que se puede explicar por la mayor inclinación de las mujeres a pedir ayuda, por la identificación de la necesidad de ayuda con el hecho de que la madre es la que no puede atender a los niños y niñas como consecuencia de su actividad profesional o porque es más probable que las hijas compartan con sus madres culturas familiares y de crianza; además se sugiere que la norma de la distancia opera especialmente hacia las nueras. No obstante, es una regla general con bastantes excepciones, en la medida en que unas cuatro de cada diez abuelas cuidan también a la descendencia de alguno de sus hijos varones. Estos resultados nos llevan a

pensar de que el rol de abuela cuidadora se ha extendido e intensificado hasta tal punto que ha saltado las barreras de la renuncia de los hijos varones a solicitar la ayuda de sus madres y la barrera de las relaciones políticas y de la norma de la distancia.

### Discusión y conclusiones

Las diferencias genéticas entre grupos humanos parecen tener menos relevancia que las diferencias culturales en la conducta de la parentalidad. La educación (formal e informal) recibida influye directamente en la integración a la sociedad concreta de la que cada individuo forma parte.

Los estudios de parentalidad y cultura en Chile son escasos y se hacen necesario investigar desde el reconocimiento de la complejidad que aporta esta diada a los procesos de construcción de salud-enfermedad, para desde esta base poder realizar estrategias de promoción y prevención con pertinencia local.

El concepto de la familia extendida es un constructo sociocultural de la zona austral de Chile, ya que son varios grupos familiares que habitan un territorio, muchos como campos heredados, y que funcionan como una sola gran familia en término de cuidado y explotación de la tierra, con sistemas de mingas que recuerdan las antiguas estrategias de reciprocidad.

Como ejemplo de endoculturación emerge el respeto y la capacidad de realizar un dialogo presencial con la naturaleza, desde donde se aprende que el tiempo es una medida comparativa que en el campo se rige por la altura del sol, la aparición o la ausencia de brotes en las plantas, los calendarios lunares, etc. Estos tiempos modulan e influyen los ritmos biológicos propios, en el equilibrio de la concepción del proceso salud-enfermedad.

En las zonas rurales australes de Chile los padres se valen del medio ambiente para ayudar a regular el comportamiento y desarrollo de los niños. Lo usan para pro-

## Trabajos Originales

veer el sustento, la estimulación y apoyo emocional a los niños. También utilizan el medio ambiente para ayudar a estructurar las experiencias del niño y vigilar tanto el niño y el medio ambiente para garantizar un ajuste óptimo entre lo que el entorno ofrece al niño y lo que necesita el niño. Desafortunadamente, muy poco se sabe acerca de cómo el entorno se utiliza realmente para llevar a cabo estas funciones reguladoras básicas y está poco estudiado el cómo se puede utilizar el medio ambiente para ayudar a facilitar el desarrollo de los niños<sup>8</sup>

El cuidado prenatal y postnatal inmediato es también una relación endocultural con la existencia de seres míticos que habitan los espacios y la naturaleza que se expresa en sus elementos, haciendo protagonistas a las mujeres sanadoras (parteras). Este cuidado se fundamenta en la ritualidad familiar, donde se aprende a participar desde pequeños reconociendo plantas medicinales, alimentos pertinentes y ambientes en equilibrio (sanos).

Se identificaron otros focos que son interesantes de ser estudiados. La parentalidad está creada para estudiar el cuidado del niño, sin embargo queda fuera (como el sujeto no visto). Es importante abordar los estudios considerando que la parentalidad es una co-construcción de un espacio relacional. Por otra parte, el rol de las abuelas en la crianza y cuidado de los niños es un interesante nicho investigativo a desarrollar a nivel local ya que los estudios existentes hoy son de realidades latinoamericanas e hispanas que podrían extrapolarse en sus generalidades pero no cuentan con la pertinencia cultural. Otro foco a investigar es el maltrato como herramienta de crianza validado culturalmente (ej. Crianza basados en dinámicas premio, castigo, chantaje).

Finalmente el rol de la cultura y la importancia de su incorporación como estrategia preventiva nos hace reflexionar sobre como cada construcción socio-territorial,

tiene su respectiva cultura, sus valores morales, sus creencias religiosas, su noción del éxito, sus tabúes, su propia forma de criar a los hijos, su propia forma de enfermar, de sanar y mantenerse sano, sus hábitos y sus vicios. Y cada comunidad, vista por un observador perteneciente a otra construcción social, parece ajena e irracional. Incluso la nuestra. Quizá especialmente la nuestra.

### Referencias bibliográficas

1. Bornstein M, Bohr Y. Immigration, Acculturation and Parenting. In: Richard E. Tremblay MB, Ray DeV. Peters, ed. Encyclopedia on Early Childhood Development. Canada: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011.
2. Gottlieb A DJ. A world of babies: Imagined childcare guides for seven societies. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
3. INE. La familia Chilena en el Tiempo. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, 2010.
4. INJUV. Tendencias generales. Cambios en la organización familiar de la población chilena. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud, 2006.
5. Campos R. Las medicinas indígenas de México al final del milenio. La Antropología Sociocultural en el México del Milenio. México: Fondo de Cultura Económica; 2002: 162-201.
6. Unidad de Salud Colectiva. Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobrepardo, Mal, Susto y Corriente de Aire. Chiloé: Servicio de Salud Chiloé, MINSAL, 2010.
7. Pérez L. Las mujeres como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la mujer, Rosa M. Peris., 2000.
8. Miller PC, Shim JE, Holden GW. Immediate contextual influences on maternal behavior: Environmental affordances and demands. Journal of Environmental Psychology 1998; 18: 387-98.



# Genes y Encefalopatías Epilépticas Infantiles de Inicio Precoz.

## Genes and Early Infantile Epileptic Encephalopathies.

**Dra. Ximena Varela<sup>1</sup>**

**Abstract.** Advances in genetic testing have allowed the identification of multiple genes involved in early-onset epileptic encephalopathies (EOEE). Providing a diagnosis in cases of unknown etiology, allows the restriction of additional studies, a better knowledge of prognosis, and genetic counseling. The current classification of EOEE is reviewed, including the affected gene, the protein involved, mode of transmission and recurrence. The understanding of the possible pathophysiological mechanisms involved in epileptogenesis has further implications in the prevention and treatment of these pathologies.

**Key words:** epileptic encephalopathies, genetic classification, pathophysiology.

**Resumen.** Los avances en pruebas genéticas han permitido identificar múltiples genes involucrados en las encefalopatías epilépticas de inicio precoz (EEIP). Proporcionar un diagnóstico a estos pacientes, permite limitar procedimientos adicionales, orientar el pronóstico y realizar un consejo genético adecuado. Se revisa la clasificación genética actualmente disponible de las EEIP, que incluye el gen afectado, la consiguiente proteína involucrada, su modo de transmisión y recurrencia. La comprensión de los posibles mecanismos fisiopatológicos relacionados con la epileptogénesis tiene futuras implicancias en la prevención y tratamiento de estas patologías.

**Palabras clave:** encefalopatías epilépticas, clasificación genética, fisiopatología.

### INTRODUCCIÓN

Las encefalopatías epilépticas (EE) son condiciones caracterizadas por un deterioro de las funciones cognitivas, sensoriales y/o motoras que se deben a la actividad epiléptica. Esta actividad tiene un impacto deletéreo en el desarrollo y maduración cerebral, interfiriendo con las funciones cognitivas en las diferentes etapas de la vida (1). Las EE tienen múltiples causas, como malformaciones o menos frecuentemente errores innatos del metabolismo, sin embargo existe un porcentaje en que no se logra identificar el origen de la epilepsia, pese a exámenes exhaustivos biológicos y

de neuroimagen; en estos casos el estudio genético es fundamental.

La gran mayoría de los pacientes con EE se presentan como casos esporádicos por mutaciones de un solo gen (monogénicas). Se sospechan 3 modos de herencia: autosómico dominante (principalmente mutaciones de novo), autosómico recesivo y ligados al cromosoma X (1).

Las proteínas relacionadas con las mutaciones genéticas están asociadas a canales iónicos y a factores o reguladores de funciones neuronales o interneuronales expresados en el prosencéfalo o tronco cerebral. (2).

1. Neuróloga Pediátrica, Neurofisióloga, Instructor, Departamento de Pediatría, Campus Norte Hospital, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Hospital Roberto del Río. Unidad de Neurología de Niños y Adolescentes, Centro Avanzado de Epilepsias, Clínica Las Condes. Correspondencia a: ximenapazvarela@gmail.com

## Revisiones de Temas

Existe una clasificación genética de las encefalopatías epilépticas de inicio precoz (EEIP) (3) (Tabla 1) que difiere de su clasificación sindromática (Tabla 2), orientada principalmente a conocer los diferentes genes implicados, su modo de transmisión, su amplio espectro fenotípico y la probabilidad de recurrencia.

El número pequeño de mutaciones identificadas en cada gen se asocia a un amplio espectro fenotípico, por lo que es difícil establecer una correlación genotipo-fenotipo, por lo que lograr establecer una relación entre éstos (Tabla 3) es un desafío de las futuras investigaciones.

Los efectos neurofisiológicos de las mutaciones de genes identificados permite comprender y estudiar los procesos básicos de la epileptogénesis, orientando así a nuevos estudios de terapias dirigidas a intervenir o prevenir el desarrollo de ésta.

### **Aristaless-Related-homeobox**

#### **Gene (ARX):**

ARX es un gen homeobox que contiene 5 exones y codifica para la proteína "Aristaless-related homeobox protein" compuesta por 4 extensiones de polialanina entre otros componentes. Este gen actúa como un activador y represor transcripcional en una cascada bioquímica incompleta y modula el desarrollo cerebral y la regulación de la diferenciación, proliferación y migración tangencial de los precursores neuronales e interneuronas corticales (4). Cuarenta y cuatro diferentes mutaciones patogénicas han sido asociadas con dos grupos de síndromes que presentan gran variabilidad fenotípica:

1. Síndromes con malformación cerebral (5): incluye aquellos pacientes con lisencefalia o hidranencefalia ligada al cromosoma X con genitales anormales, y el síndrome de Proud (microcefalia y agenesia del cuerpo calloso).
2. Síndromes sin malformación cerebral: en este grupo están incluidos el Síndrome de Otahara (SO), Síndrome de West (SW) ligado al X, síndrome de crisis mioclónicas ligadas al X con espastici-

dad y discapacidad intelectual, encefalopatía epiléptica-disquinética infantil idiopática, discapacidad intelectual no sindromática ligada al X y síndrome de Partington (discapacidad intelectual, movimientos distónicos, ataxia y crisis).

Es interesante mencionar que hay cierta correlación genotipo-fenotipo: los síndromes no malformativos incluyendo las EE, se deben a una expansión de las extensiones de polialanina mientras que los síndromes con malformaciones cerebrales se asocian a mutaciones con terminaciones prematuras de codón (4). La expansión de las extensiones de polialanina son las mutaciones patológicas mejor estudiadas en el gen ARX.

Nasrallah y cols., demostraron que el plegamiento inapropiado de la proteína mutada produce inclusiones intranucleares resultando en un aumento de la muerte neuronal (5). El mecanismo patogénico del gen ARX en las EE se debe principalmente a la subsecuente pérdida de función de las interneuronas corticales gabaérgicas, resultando en un aumento de la excitabilidad neuronal (6).

Kato y colaboradores sugieren la posibilidad de una relación entre la longitud de la expansión de los tractos de polialanina en el SO y su inicio precoz, con un fenotipo más severo que en el síndrome de West (7).

### **Cyclin-Dependent Kinase-Like 5 (CDKL5):**

Codifica para una proteína fosforilada (STK9) con una actividad kinasa, que forma parte de la familia serine-treonine-protein-kinasa. Un estudio reciente apoya la hipótesis que la proteína CDKL5 puede estar involucrada en el mismo mecanismo molecular que el gen de la methyl-cytosine phosphate guanine-binding protein 2 (MECP2) (8).

No se observa correlación entre el sitio de la mutación y la severidad de las manifestaciones clínicas (9).

**Tabla 1.** Clasificación genética de las Encefalopatías Epilépticas de Inicio Precoz (adaptado de 3).

| Condición | gen       | Locus     | Proteína  | Función   | Modo de transmisión | Presentación Clínica  |
|-----------|-----------|-----------|---|---|---------------------|---|
| EIEE1     | ARX       | Xp22.13   | Proteína relacionada a homeobox <i>Aristaless</i>                           | Activador y represor transcripcional            | Ligado al X         | Lisencefalia, El- DI- epilepsia mioclónica                                      |
| EIEE2     | CDKL5     | Xp22      | Quinasa dependiente de ciclina  | Regulador de otros genes , <i>MECP2</i>         | Ligado al X         | Rett atípico-El- epilepsia tónica o mioclónica                                  |
| EIEE3     | SLC25A22  | 11p15.5   | Transportador mitocondrial de glutamato                                     | Transportador de glutamato                      | AR                  | Epilepsia mioclónica neonatal severa-hipotonía                                  |
| EIEE4     | STXBP1    | 9q34.1    | Proteína ligante de sintaxina 1   | Modulador de liberación de vesículas sinápticas | AD                  | El, DI no sindrómica sin epilepsia  |
| EIEE5     | SPTAN1    | 9q33-q34  | Espectrina alfa no eritrocítica 1   | proteína del citoesqueleto                      | AD                  | El, hipomielinización central, DI   |
| EIEE6     | SCN1A     | 2q 24.3   | Canal de sodio  | Canal de sodio voltaje dependiente              | AD                  | SD -GEFS  |
| EIEE7     | KCNQ2     | 20 q 13.3 | Canal de Potasio  | Canal de potasio voltaje dependiente            | AD                  | BFNE o crisis precoces, hipotonía, distonía, hiperintensidad de GB y talámicas. |
| EIEE8     | ARHGEF9   | Xq11.1    | Factor de intercambio nucleótido guanina en el ciclo de división celular 42 | Señal celular y citoesqueleto                   | Ligado al X         | ER, hiperekplexia, DI, Trast. del sueño, alteraciones en RM cerebral.           |
| EIEE9     | PDCH19    | Xq22      | Protocaderina   | Señal celular y adhesión                        | Ligado al X         | SD, Epilepsia y DI limitados a las mujeres, FIES                                |
| EIEE10    | PNKP      | 19q13.33  | 3 fosfatasa polinucleótido kinasa   | Reparación de DNA                               | AR                  | Microcefalia, ER de inicio precoz, RDSM, alteraciones del comportamiento,       |
| EIEE11    | SCN2A     | 2q24      | Canal de sodio  | Canal de sodio                                  | AD                  | SD, crisis neonatales infantiles familiar benigna, GEFS                         |
| EIEE12    | PLCbeta 1 | 20p12.3   | Fosfolipasa   | enzima involucrada en las señales celulares     | AR                  | Crisis tónicas , El   |

AD= autosómico dominante, AR=autosómico recesivo, El=espasmos infantiles, DI=deficiencia intelectual, GEFS= epilepsia genética con crisis febriles plus, SD=Síndrome de Dravet, BFNE=epilepsia neonatal familiar benigna, GB=ganglios basales, ER= epilepsia refractaria.

Los pacientes con mutaciones de este gen presentan una grave EE caracterizada por espasmos infantiles resistentes a tratamiento, deficiencia cognitiva y fenotipo similar al síndrome de Rett.

Bahi-Buisson y colaboradores (10) definieron 3 etapas clínicas en 13 pacientes

con EE y mutaciones en el gen *CDKL5*: 1) una primera etapa caracterizada por crisis convulsivas recurrentes, severa hipotonía y EEG interictales normales. 2) un segundo estado en que se hace evidente una EE con espasmos infantiles e hipsarritmia y 3) una tercera etapa donde se observa una epilepsia con crisis tónicas o mioclónicas

## Revisiones de Temas

refractarias. Los autores observaron que las mutaciones del dominio catalítico de la proteína mostraron un inicio precoz y espasmos masivos refractarios con una evolución hacia una epilepsia mioclónica y multifocal más severa que en aquellos paciente con mutaciones encontradas más abajo del dominio catalítico.

Estos mismos autores describieron una serie de 20 pacientes de sexo femenino que se presentaron con crisis de inicio precoz, severa hipotonía, pobre contacto visual, asociadas a síntomas similares a síndrome de Rett con desaceleración del perímetro cefálico, severa discapacidad motora, trastornos del sueño, apraxia de las manos y estereotipias. La RM muestra atrofia cerebral asociada a hiperintensidad de la sustancia blanca de los lóbulos temporales, como un posible marcador diagnóstico pero sin significado pronóstico. Los autores especulan que la variabilidad de la presentación clínica en esta encefalopatía asociada a la mutación del gen *CDKL5* se debe a un efecto transcripcional o translacional de la mutación de la proteína (11).

Por otro lado, el inicio precoz de las crisis asociado a electroencefalogramas normales (estadio 1) y la hipotonía severa, serían claves para el diagnóstico de pacientes con esta mutación.

**Solute Carrier Family 25 , member 22 (SLC25A22):** Contiene nueve exones y codifica para un transportador de glutamato que transporta una variedad de metabolitos a través de la membrana interna de la mitocondria(12). *SLC25A22* (también denominado transportador de glutamato 1 GC1) forma parte de uno de los dos transportadores de glutamato a nivel mitocondrial. Molinari y cols. (13) identificaron mutaciones homocigóticas en cuatro niños árabes consanguíneos que tenían una encefalopatía epiléptica mioclónica precoz con crisis neonatales intratables asociados a un patrón electroencefalográfico de estallido supresión y a hipotonía. Una atrofia cerebral fue detectada posteriormente a los 3 años. Estos mismos autores demostraron

la expresión de esta proteína en las regiones cerebrales involucradas en la patogénesis de las crisis mioclónicas (núcleos rojos, sustancia negra y conexiones olivocerebelosas). Además especularon que un fenotipo epiléptico en pacientes portadores de la mutación era atribuible a una síntesis anormal de glutamato que circula dentro del citoplasma de los astrocitos y neuronas, con una disfunción secundaria de la cadena respiratoria mitocondrial y del manejo del oxígeno a nivel neuronal (13).

Otra mutación homocigota fue encontrada en un varón, de padres algerianos consanguíneos, que se presentó como encefalopatía mioclónica precoz en el período de recién nacido, estallido supresión (E-S) en EEG, hipotonía, microcefalia y electroretinograma anormal.

**Syntaxin Binding Protein 1 gene (STXBP1):** Codifica para la proteína STXBP1 (también llamado *MUNC18-1*), es un proteína expresada en neuronas que actúa como regulador de la liberación de vesículas sinápticas y juega un importante rol en la liberación de neurotransmisores calcio dependiente. Esto lo realiza a través de interacciones específicas con la syntaxina A y con el receptor de proteína soluble de unión NSF (N-ethyl-maleimide-Sensitive Factor) o SNARE. Saitsu y cols., reportaron microdeleciones de novo y cuatro mutaciones heterocigotas, con el gen de *STXP1* en cinco pacientes con SO. Fueron los primeros en describir la mutación de este gen en cinco casos no emparentados en 13 pacientes con SO en que las principales causas de SO fueron descartadas (14). Hamdan y cols. (15), describieron dos mutaciones en dos pacientes no emparentados con crisis precoces, déficit cognitivo, hipotonía, marcha anormal y temblor. Todos los pacientes reportados presentan espasmos tónicos o crisis tónico-clónicas antes de los tres meses de edad, déficit intelectual, hipotonía, patrón de E-S en el EEG e hipomielinización en la RM cerebral (14, 15). Más recientemente Deprez y cols., identificaron cuatro nuevas mutaciones y dos microdeleciones que anulan la

función del gen STXBP1 en 6 de 106 pacientes. Ninguno tuvo fenotipo de SO (uno tuvo SW, en tanto que los otros no tuvieron un síndrome epiléptico específico) observándose en cinco pacientes retraso mental profundo, ataxia y movimientos anormales (16).

**Nonerythrocytic alfa -spectrin-1 gene (SPTAN1):** Codifica para la proteína no eritrocítica alfa espectralina, que pertenece a la familia de proteínas filamentosas del citoesqueleto que regula la estabilidad de la estructura axonal (9). Adicionalmente esta proteína juega un rol importante en la mielinización de la médula espinal y los nervios motores (3). Saitsu y cols., describieron una mutación heterocigota de novo de este gen en tres pacientes no emparentados, que presentaban crisis fármaco-resistentes, hipsarritmia, déficit cognitivo, tetraparesia espástica y microcefalia progresiva. La RM cerebral mostró hipomielinización y atrofia cerebral difusa (14).

**Sodium Channel Neuronal Type 1 alfa subunit gene (SCNA1) (Gen de Canal de Sodio neuronal tipo subunidad 1 alfa):** El gen codifica para canal de sodio neuronal tipo 1 subunidad alfa (voltaje dependiente). Varias mutaciones han sido descritas, donde se han reportado un incremento de función con mayor susceptibilidad a presentar crisis epilépticas, o pérdida de función con la consiguiente disminución de la actividad de las interneuronas gabaérgicas (17).

Los principales síndromes epilépticos que están relacionados a mutaciones del gen SCNA1 son:

1. Epilepsia genética con crisis febriles plus (GEFS): se hereda de forma autosómica dominante y se caracteriza por crisis febriles plus (que ocurren fuera de las edades habituales de las crisis febriles), asociadas a crisis afebriles, de predominio generalizadas (tónicas, tónico-clónicas, mioclónicas, atónicas y ausencias atípicas) pero también se describen en individuos con crisis focales, sobre todo el lóbulo temporal (18). La mutación del

gen SCNA1 ocurre en un 10% de los pacientes con GEFS. En general responden bien al tratamiento y presentan un desarrollo psicomotor (DSM) normal (19). Otros genes involucrados son SCN2A, SCN1B, GABRD y GABRG2 (20).

2. Síndrome de Dravet (SD) o epilepsia mioclónica severa de la infancia: es una EEIP que se inicia antes del primer año de vida, con manifestaciones clínicas polimorfas que incluyen crisis generalizadas prolongadas o crisis clónicas unilaterales, precipitadas por fiebre, fotoestimulación y agua caliente. Luego evolucionan a crisis mioclónicas, ausencias atípicas y crisis focales. El DSM es normal el primer año de vida, pero luego evolucionan a discapacidad intelectual, ataxia y espasticidad (21).

El 85% de los pacientes con SD tienen mutaciones de novo, siendo las mutaciones truncadas las que se asocian con mayor encefalopatía.

Pero también puede verse SD debido a mutaciones en genes moduladores diferentes a SCNA1 (llamados modificadores genéticos) (22) como el canal de sodio subunidad 8 alfa (SCN8A) (23), canal de calcio voltaje dependiente beta 4 (CACNB4) (24) y canal de sodio neuronal 9 alfa (SCN9A) (25).

Se describe el SD borderland (26), muy similar a SD pero los pacientes no presentan crisis mioclónicas ni espigas ondas generalizadas en el EEG.

Raras mutaciones en el GABRG2 han sido descritas en casos de SD.

**Gen KCNQ2:** Codifica para canales de potasio voltaje dependiente y se hereda en forma autosómica dominante. La mutación de este gen se ha encontrado en pacientes con crisis neonatales familiares benignas, pero también se describen casos con encefalopatía epiléptica de inicio precoz. Se describe un paciente que presentaba una mutación missense que debutó con crisis refractarias en el 3° día de vida, EEG con

## Revisiones de Temas

**Tabla 2.** Del síndrome epiléptico al gen.

|                 | SO   | SW  | SLG  |
|-----------------|--|---|--|
| Descripción     | 1976 por Ohtahara  | 1841 por West   | 1950 por Gastaut   |
| Epidemiología   | Prevalencia de 0,2 a 4 % de las epilepsias de la infancia. (4)     | Incidencia 2.9-4.5 por 10.000 recién nacidos vivos. (8)                                 | Prevalencia de 1 a 4 % de las epilepsias de la infancia (12)   |
| EDAD DE INICIO  | Primeros 3 meses de vida   | 4 a 8 ° mes de vida   | 2-7 años   |
| Tipo de crisis  | Espasmos tónicos<br>Crisis focales                                 | Espasmos masivos<br>Crisis focales (25 % de los casos)                                  | Crisis tónicas (1)<br>Ausencias atípicas (2)<br>Crisis atónicas (3)  |
| Interictal EEG  | Estallido- supresión   | Hipsarritmia  | Complejos de espiga onda lenta   |
| Ictal EEG       | E-S o electrodecremento  | Electrodecremento   | (1) actividad rápida de bajo voltaje de frecuencia y amplitud creciente<br>(2) Complejos de espiga onda lenta<br>(3) polipuntas ondas o punta onda generalizadas |
| Genes asociados | <i>ARX-CDKL5-<br/>SLC25A22 -<br/>STXBP1- KCNQ2-<br/>PLCB1-PNPO</i> | <i>A R X - C D K L 5 -<br/>SLC25A22 -<br/>STXBP1-SPTAN1<br/>PLCB1, MAGI2 y<br/>PNKP</i> | <i>ARX</i>   |
| Pronóstico      | Desfavorable   | Desfavorable  | Desfavorable   |

SO: Síndrome de Ohtahara; SW: Síndrome de West; Síndrome de Lennox-Gastaut.

patrón de E-S, evolucionando con retraso del DSM, hipotonía y distonías. Su madre también tuvo la misma mutación y presentó crisis neonatales pero con desarrollo e inteligencia normal. Otros casos se ha descrito en la literatura con crisis intratables en la primera semana de vida y patrón de E-S en el EEG (3).

**Gen ARHGEF9:** Codifica para para collybistin, un factor de intercambio específico del nucleótido guanina en el ciclo de división celular 42. Esta molécula está relacionada, entre otras, con los receptores postsinápticos inhibitorios de GABA. El primer paciente reportado fue un varón con discapacidad intelectual severa, hiperkplexia y epilepsia refractaria iniciada después del año de edad. Otras alteraciones moleculares en este gen fueron causadas por

disrupciones asociadas a rearrreglos cromosómicos, presentes en dos mujeres con alteraciones del ciclo sueño-vigilia, epilepsia de inicio tardío, comportamientos agresivos y discapacidad intelectual (3).

**PCDH 19 gene:** Codifica para la protocaderina, una proteína transmembrana perteneciente a la subclase de la protocaderina delta 2, de la superfamilia de las caderinas, las que son altamente expresada en tejidos neuronales. La función precisa de esta proteína es desconocida. Se sospecha que la protocaderina delta estaría involucrada en la adhesión celular calcio dependiente e intervendría en la modulación de las conexiones neuronales durante el desarrollo cerebral (27).

Presenta una inusual herencia ligada al X,



donde el desorden es expresado en mujeres heterocigotas mientras que los varones hemocigotos son portadores asintomáticos (28).

Las mutaciones de este gen fueron inicialmente asociadas a epilepsia y retardo mental limitados a las mujeres. Se presenta en paciente entre 6 y 36 meses, con crisis febriles y afebriles, asociadas a varios grados de discapacidad intelectual. Marini y colaboradores, reportaron 13 mujeres con mutaciones de PDHC19, de las cuales siete tuvieron diagnóstico de SD y cinco de epilepsia focal (29).

El espectro clínico de estas mutación se ha expandido, con familias que tienen epilepsia pero sin deficiencia cognitiva. Este gen ha sido relacionado con una infección febril asociada a epilepsia (FIRES) (30).

**Polynucleotide kinase 3 prima-phosphatasa (PNKP):** Codifica para una enzima que está involucrada en el mecanismo de reparación del DNA. Shen y cols. asociaron mutaciones de este gen con un síndrome autosómico recesivo compuesto por crisis resistente a tratamiento de inicio precoz, microcefalia, retraso del desarrollo y trastorno del comportamiento (31).

**Sodium Channel Neuronal Type 2 alfa subunit gene (SCNA2) (Gen de Canal de Sodio neuronal tipo subunidad 2 alfa):** Hay cuatro genes que codifican para las cuatro subunidades alfa de los canales de sodio (SCN1A, SCN2A, SCN3A y SCN8A), que son responsables de regular las corrientes de sodio en el sistema nervioso central. Las mutaciones SN2A han sido asociadas con una variedad de fenotipos epilépticos.

Las mutaciones de este gen se han asociado a SD y epilepsia mioclónica severa de la infancia. Se han identificado dos mutaciones de novo en pacientes con espasmos infantiles esporádicos y en un paciente con EE neonatal (3).

Este gen también se ha visto involucrado

en crisis neonatales-infantiles familiares benignas y a GEFS.

**Phospholipasa CB1 (PLCB1) gene:** Codifica para enzimas involucradas en la señal celular a través de la producción de inositol 1,4,5 trifosfato y diacilglicerol, desde fosfatidil-inositol 4,5 bifosfato (4). Kurian y cols. describieron una delección homocigota de pérdida de función del promotor y exón 1, 2 y 3 de PLCB1 en un niño varón que desarrolló crisis tónicas y luego espasmos infantiles (32).

Otros genes que se presentan como EE de inicio precoz (no incluidos en la clasificación genética):

**Membrane-associated guanylate Kinase Inverted-2 gene (MAGI2):** Codifica para una enzima de andamiaje que interactúa con diferentes receptores pre y postsinápticos (incluyendo el receptor ácido NMDA) (4). Marshall y cols. describieron una delección hemocigota en 15 de 16 pacientes con espasmos infantiles (33).

**Piridoxamine-5-prime-phosphate oxidase (PNPO):** produce piridoxal 5-prime phosphate en el vía de la activación de la piridoxina (importante cofactor en la síntesis de neurotransmisores) (4). Mills describió mutaciones en cinco niños pretérminos de tres familias con consanguinidad parental, apgar bajo, distress respiratorio perinatal, crisis no respondedoras a piridoxina y patrón de E-S en el EEG. Todos menos uno, murieron en período neonatal. El único sobreviviente fue tratado con 5-prime-fosfato evolucionando con microcefalia severa adquirida, retraso del DSM global severo, hipotonía central, espasmos distónicos dolorosos, y crisis persistentes a la edad de dos años (34).

### DISCUSION

Las encefalopatías epilépticas son en su gran mayoría esporádicas, lo cual dificulta el estudio genético por ser enfermedades con una penetrancia incompleta (presencia del alelo que predispone a la enferme-

## Revisiones de Temas

dad pero sin manifestación clínica), que presentan heterogeneidad genética (mutaciones en diferentes genes que dan un mismo fenotipo), con un modo de herencia poligénica (la enfermedad necesita de la mutación en múltiples genes) y multifactorial (factores genéticos y ambientales que influyen en la enfermedad).

Los avances documentados en los diferentes genes y proteínas implicados son fundamentales para establecer diagnóstico, pronóstico y en algunos casos tratamiento (como es el caso del Síndrome de Dravet o la mutación del gen *KCNQ2*).

El mecanismo fisiopatológico subyacente de las diferentes proteínas implicadas permite expandir el estudio hacia la posible prevención y futuras terapias de estas patologías, pudiendo mejorar el pronóstico. Por último, es necesario tener presente y conocer los diferentes genes para evitar procedimientos adicionales, poder realizar consejo genético adecuado y proporcionar grupos de apoyo a las familias de los pacientes afectados.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depienne C, Gourfinkel-An I, Baulac S, LeGuern E. Genes in infantile epileptic encephalopathies. In: Noebels JL, Avoli M, Rogawski MA, Olsen RW, Delgado-Escueta AV, editors. *Jasper's Basic Mechanisms of the Epilepsies* [Internet]. 4th edition. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US); 2012. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98182/>
2. Pavone P, Spalice A, Polizzi A, Parisi P, Ruggieri M. Ohtahara syndrome with emphasis on recent genetic discovery. *Brain Dev.* 2012 Jun;34(6):459-68.
3. Tavyev Asher YJ, Scaglia F. Molecular bases and clinical spectrum of early infantile epileptic encephalopathies. *Eur J Med Genet.* 2012 May;55(5):299-306.
4. Mastrangelo M, Leuzzi V. Genes of early-onset epileptic encephalopathies: from genotype to phenotype. *Pediatr Neurol.* 2012 Jan;46(1):24-31.
5. Nasrallah IM, Minarcik JC, Golden JA. A polyalanine tract expansion in *Arx* forms intranuclear inclusions and results in increased cell death. *J Cell Biol.* 2004 Nov 8;167(3):411-6.
6. Friocourt G, Parnavelas JG. Mutations in *ARX* Result in Several Defects Involving GABAergic Neurons. *Front Cell Neurosci.* 2010 Mar 11;4:4.
7. Kato M, Saitoh S, Kamei A, Shiraishi H, Ueda Y, Akasaka M, Tohyama J, Akasaka N, Hayasaka K. A longer polyalanine expansion mutation in the *ARX* gene causes early infantile epileptic encephalopathy with suppression-burst pattern (Ohtahara syndrome). *Am J Hum Genet.* 2007 Aug;81(2):361-6.
8. Mari F, Azimonti S, Bertani I, Bolognese F, Colombo E, Caselli R, Scala E, Longo I, Grosso S, Pescucci C, Ariani F, Hayek G, Balestri P, Bergo A, Badaracco G, Zappella M, Broccoli V, Renieri A, Kilstrup-Nielsen C, Landsberger N. *CDKL5* belongs to the same molecular pathway of *MeCP2* and it is responsible for the early-onset seizure variant of Rett syndrome. *Hum Mol Genet.* 2005 Jul 15;14(14):1935-46.
9. Mastrangelo M, Leuzzi V. Genes of early-onset epileptic encephalopathies: from genotype to phenotype. *Pediatr Neurol.* 2012 Jan; 46(1):24-31.
10. Bahi-Buisson N, Kaminska A, Boddaert N, Rio M, Afenjar A, Gérard M, Giuliano F, Motte J, Héron D, Morel MA, Plouin P, Richelme C, des Portes V, Dulac O, Philippe C, Chiron C, Nabbout R, Bienvenu T. The three stages of epilepsy in patients with *CDKL5* mutations. *Epilepsia.* 2008 Jun;49(6):1027-37.
11. Bahi-Buisson N, Nectoux J, Rosas-Vargas H, Milh M, Boddaert N, Girard B, Cances C, Ville D, Afenjar A, Rio M, Héron D, N'guyen Morel MA, Arzimanoglou A, Philippe C, Jonveaux P, Chelly J, Bienvenu T. Key clinical features to identify girls with *CDKL5* mutations. *Brain.* 2008 Oct;131(Pt 10):2647-61.



12. Palmieri F. The mitochondrial transporter family (SLC25): physiological and pathological implications. *Pflugers Arch.* 2004 Feb;447(5):689-709
13. Molinari F, Raas-Rothschil A, Rio M, Fiermonte G, Encha-Razavi F, Palmieri L, Palmieri F, Ben-Neriah Z, Kadhom N, Vekemans M, Attie-Bitach T, Munnich A, Rustin P, Colleaux L. Impaired mitochondrial glutamate transport in autosomal recessive neonatal myoclonic epilepsy. *Am J Hum Genet.* 2005 Feb;76(2):334-9.
14. Saitsu H, Kato M, Mizuguchi T, Hamada K, Osaka H, Tohyama J, Uruno K, Kumada S, Nishiyama K, Nishimura A, Okada I, Yoshimura Y, Hirai S, Kumada T, Hayasaka, Fukuda A, Ogata K, Matsumoto N. De novo mutations in the gene encoding STXBP1 (MUNC18-1) cause early infantile epileptic encephalopathy. *Nat Genet.* 2008 Jun;40(6):782-8.
15. Hamdan FF, Piton A, Gauthier J, Lortie A, Dubeau F, Dobrzyniecka S, Spiegelman D, Noreau A, Pellerin S, Côté M, Henrion E, Fombonne E, Mottron L, Marineau C, Drapeau P, Lafrenière RG, Lacaille JC, Rouleau GA, Michaud JL. De novo STXBP1 mutations in mental retardation and nonsyndromic epilepsy. *Ann Neurol.* 2009 Jun;65(6):748-53.
16. Deprez L, Weckhuysen S, Holmgren P, Suls A, Van Dyck T, Goossens D, DelFavero J, Jansen A, Verhaert K, Lagae L, Jordanova A, Van Coster R, Yendle S, Berkovic SF, Scheffer I, Ceulemans B, De Jonghe P. Clinical spectrum of early-onset epileptic encephalopathies associated with STXBP1 mutations. *Neurology.* 2010 Sep 28;75(13):1159-65.
17. Escayg A, Goldin AL. Sodium channel SCN1A and epilepsy: mutations and mechanisms. *Epilepsia.* 2010 Sep; 51(9):1650-8
18. Scheffer IE, Harkin LA, Grinton BE, Dibbens LM, Turner SJ, Zielinski MA, Xu R, Jackson G, Adams J, Connellan M, Petrou S, Wellard RM, Briellmann RS, Wallace RH, Mulley JC, Berkovic SF. Temporal lobe epilepsy and GEFS+ phenotypes associated with SCN1B mutations.
19. Ottman R, Hirose S, Jain S, Lerche H, Lopes-Cendes I, Noebels JL, Serratosa J, Zara F, Scheffer IE. Genetic testing in the epilepsies--report of the ILAE Genetics Commission. *Epilepsia.* 2010 Apr;51(4):655-70.
20. Pandolfo M. Pediatric epilepsy genetics. *Curr Opin Neurol.* 2013 Apr;26(2):137-45.
21. Arzimanoglou A. Dravet syndrome: from electroclinical characteristics to molecular biology. *Epilepsia.* 2009 Sep;50 Suppl 8:3-9.
22. Kassai B, Chiron C, Augier S, Cucherat M, Rey E, Gueyffier F, Guerrini R, Vincent J, Dulac O, Pons G. Severe myoclonic epilepsy in infancy: a systematic review and a meta-analysis of individual patient data. *Epilepsia.* 2008 Feb;49(2):343-8.
23. Martin MS, Tang B, Papale LA, Yu FH, Catterall WA, Escayg A. The voltage-gated sodium channel Scn8a is a genetic modifier of severe myoclonic epilepsy of infancy. *Hum Mol Genet.* 2007 Dec 1;16(23):2892-9. Epub 2007 Sep 19.
24. Ohmori I, Ouchida M, Miki T, Mimaki N, Kiyonaka S, Nishiki T, Tomizawa K, Mori Y, Matsui H. A CACNB4 mutation shows that altered Ca(v)2.1 function may be a genetic modifier of severe myoclonic epilepsy in infancy. *Neurobiol Dis.* 2008 Dec;32(3):349-54.
25. Singh NA, Pappas C, Dahle EJ, Claes LR, Pruess TH, De Jonghe P, Thompson J, Dixon M, Gurnett C, Peiffer A, White HS, Filloux F, Leppert MF. A role of SCN9A in human epilepsies, as a cause of febrile seizures and as a potential modifier of Dravet syndrome. *PLoS Genet.* 2009 Sep;5(9):e1000649.
26. Ohmori I, Ohtsuka Y, Ouchida M, Ogino T, Maniwa W, Shimizu K, et al. Is phenotype difference in severe myoclonic epilepsy in infancy related to SCN1A mutations? *Brain Dev* 2003; 25: 488-93.
27. Redies C, Vanhalst K, Roy Fv. delta-

## Revisiones de Temas

- Protocadherins: unique structures and functions. *Cell Mol Life Sci.* 2005 Dec;62(23):2840-52.
28. Dibbens LM, Tarpey PS, Hynes K,. X-linked protocadherin 19 mutations cause female-limited epilepsy and cognitive impairment. *Nat Genet.*2008 Jun;40(6):776-81.
  29. Marini C, Mei D, Parmeggiani L, Norci V, Calado E, Ferrari A, Moreira A, Pisano T, Specchio N, Vigevano F, Battaglia D, Guerrini R. Protocadherin 19 mutations in girls with infantile-onset epilepsy. *Neurology.* 2010 Aug 17;75(7):646-53.
  30. Kramer U, Chi CS, Lin KL, Specchio N, Sahin M, Olson H, Kluger G, van Baalen A. Febrile infection-related epilepsy syndrome (FIRES): does duration of anesthesia affect outcome? *Epilepsia.* 2011 Oct;52 Suppl 8:28-30.
  31. Shen J,Gilmore EC, Marshall CA, Haddadin M, Reynolds JJ, Eyaid W, Bodell A, Barry B, Gleason D, Allen K, Ganesh VS, Chang BS, Grix A, Hill RS, Topcu M, Caldecott KW, Barkovich AJ, Walsh CA. Mutations in PNKP cause microcephaly, seizures and defects in DNA repair . *Nat Genet.* 2010 Mar;42(3):245-9.
  32. Kurian MA, Meyer E, Vassallo G, Morgan NV, Prakash N, Pasha S, Hai NA, Shuib S, Rahman F, Wassmer E, Cross JH, O'Callaghan FJ, Osborne JP, Scheffer IE, Gissen P, Maher ER. Phospholipase C beta 1 deficiency is associated with early-onset epileptic encephalopathy. *Brain.* 2010 Oct;133(10):2964-70.
  33. Marshall CR, Young EJ, Pani AM, Freckmann ML, Lacassie Y, Howald C, Fitzgerald KK, Peippo M, Morris CA, Shane K, Priolo M, Morimoto M, Kondo I, Manguoglu E, Berker-Karauzum S, Edery P, Hobart HH, Mervis CB, Zuffardi O, Reymond A, Kaplan P, Tassabehji M, Gregg RG, Scherer SW, Osborne LR. Infantile spasms is associated with deletion of the MAGI2 gene on chromosome 7q11.23-q21.11. *Am J Hum Genet.*2008 Jul;83(1):106-11.
  34. Mills PB, Surtees RA, Champion MP, Beesley CE, Dalton N, Scambler PJ, Heales SJ, Briddon A, Scheimberg I, Hoffmann GF, Zschocke J, Clayton PT. Neonatal epileptic encephalopathy caused by mutations in the PNPO gene encoding pyridox(am)ine 5'-phosphate oxidase. *Hum Mol Genet.* 2005 Apr 15;14(8):1077-86.

## Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil en Chile: Reflexión en torno su implementación, diagnóstico del estado actual y proyecciones futuras.

Psychiatric hospitalization of children and adolescents in Chile: thinking about its application, diagnosis of its current state and future projections.

**Caterina Pesce Aron<sup>1</sup>**

**Abstract:** The supply of psychiatric child and adolescent inpatient treatment has experienced an explosive increase in Chile. During 2007 there were only 7 exclusive beds for children and adolescents in the country, compared to 124 in 2012. This change has been thrived by the Penal Responsibility Law for Adolescents, which establishes that a judge can order the admission of a young law infractor in a Psychiatric Unit, for desintoxication and diagnosis if necessary. These Units take care of youngsters that break the law and need treatment, as well as patients with regular psychiatric morbidity.

There is an important shortage of the bed supply along the country, with the 58% of the actual offer placed in the capital.

This paper discusses the health model behind the implementation of these Psychiatric Units, topics related to financial issues, professional team conformations, and future prospects in this area of the child and adolescent psychiatry.

**Keywords:** Child and adolescent psychiatric hospitalization, child and adolescent psychiatric inpatient treatment, child and adolescent psychiatric beds.

**Resumen:** La oferta de camas para hospitalización psiquiátrica infantojuvenil ha aumentado explosivamente en nuestro país en los últimos 7 años, pasando de contar con 7 camas exclusivas para niños y adolescentes en el 2007 a 124 en el 2012. Este cambio ha sido impulsado por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, que establece que el juez puede ordenar la internación de los jóvenes infractores en una unidad de psiquiatría para su desintoxicación y diagnóstico en caso que lo estime conveniente. En estas Unidades se atiende tanto a jóvenes infractores como a pacientes con morbilidad psiquiátrica general.

El 58% de las camas se encuentran en la región metropolitana, existiendo una brecha importante en cuanto a la necesidad de camas, en todo el país.

El presente documento pretende reflexionar en torno a aspectos relacionados con el modelo de atención, la formación de los equipos, el financiamiento y los desafíos futuros de esta área de la psiquiatría infanto-juvenil.

**Palabras Claves:** Hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil, atención psiquiátrica cerrada infanto-juvenil, camas psiquiátricas niños y adolescentes.

<sup>1</sup> Residente tercer año de psiquiatría del niño y adolescente, Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Correspondencia: catypesce@gmail.com

# Revisiones de Temas

## 1. Introducción

El presente documento pretende revisar la experiencia que hemos tenido hasta la fecha en Chile, en relación al funcionamiento de la atención psiquiátrica en la hospitalización a tiempo completo de niños y adolescentes usuarios del sistema público, contextualizándola con lo que ha ido ocurriendo en nuestro país, considerando cómo ha influido específicamente la implementación de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente en esta área. A la luz de este análisis, se espera aportar a la reflexión en torno a las proyecciones futuras de las prestaciones psiquiátricas infanto-juveniles en medios cerrados.

## 2. Contexto

Chile se encuentra dentro del 70% de los países del mundo que cuentan con un Plan de Salud Mental Nacional<sup>2</sup>, desarrollado el año 2000, vigente hasta el día de hoy. Dicho plan, establece entre otras cosas, una estrategia de Salud Mental territorial y comunitaria, en la que se espera que paulatinamente los recursos para la atención de Salud Mental dejen de estar centralizados en los Hospitales Psiquiátricos, pasando a fortalecer aquellos dispositivos insertos en la comunidad<sup>3</sup>. Esto ha significado la implementación de Servicios de Hospitalización de Psiquiatría al interior de los Hospitales Generales, y una red de atención ambulatoria de Salud Mental cerca de la comunidad, dada por los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Consultorios de Referencia en Salud (CRS), Centros de diagnóstico y Tratamiento (CDT), Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) y Hospitales de Día. Junto con esto, el Plan propone la integración de los Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria, fortaleciendo allí los equipos de Salud Mental y mejorando la coordinación con el nivel secundario y terciario.

Por otro lado, la Estrategia de Salud Mental 2011-2020 del MINSAL, desarrollada para poder avanzar más y mejor en las metas

propuestas por del Plan Nacional de Salud Mental, ubica cinco áreas prioritarias dentro de sus lineamientos dentro de los cuales se encuentra: Infancia y Adolescencia, Población con discapacidad, Trabajo saludable, Educación y Atención de Salud Mental digna, con estándares similares a la atención de Salud general<sup>4</sup>. Manifestando de este modo la relevancia que adquiere específicamente el trabajo con niños y adolescentes, en esta segunda década de trabajo desde la implementación del Plan de Salud Mental Nacional.

Aunque el Plan del 2000 ha significado un avance importante para el abordaje de los problemas de Salud Mental en nuestro país, Chile aún se encuentra dentro del 40% de los países que no cuentan con una Ley de Salud Mental y que tampoco tienen una política pública explícita para Salud Mental<sup>1</sup>, ambas fundamentales para velar por aquello que propone el Plan, sea efectivamente implementado. Esto parece particularmente preocupante considerando que la carga de enfermedad de Patología Mental en Chile se estima en alrededor del 30%, mientras que el presupuesto destinado a esta área, no alcanza al 3% del presupuesto total de salud.

## 3. Oferta y disponibilidad de camas para hospitalización psiquiátrica exclusivas para niños y adolescentes

Hasta el año 2007, el país contaba solamente con 7 camas exclusivas para hospitalización psiquiátrica Infanto-Juvenil, ubicadas en el Hospital Roberto del Río<sup>5</sup>.

El 8 de junio de 2007, entró en vigencia en Chile la ley 20.084 publicada el 7 de diciembre de 2005, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la Ley Penal<sup>6</sup>. Dicha ley determina que el juez está facultado para

2. Mental Health Atlas 2011. WHO

3. Plan Nacional de Salud Mental 2000. MINSAL

4. Estrategia Nacional de Salud Mental 2011-2020. Mayo 2011

5. MINSAL, Sub-secretaría de Redes

6. Diario Oficial, 7 Diciembre 2005

establecer como sanción accesoria a aquellas previstas en el artículo 6° de esta ley, la obligación de someterlo a tratamiento de rehabilitación por adicción a las drogas y al alcohol, siempre que esto sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente. Para cumplir con esta ley, se hizo imperativo contar con la disponibilidad de un número mayor de camas en unidades de atención psiquiátrica cerrada, destinadas a la población infanto-juvenil.

Con el objetivo de estar en condiciones de cumplir la ley, el Ministerio de Hacienda liberó rápidamente recursos para habilitar Unidades de Corta Estadía Infanto-Juvenil (UHCEIJ) ubicadas al interior de Hospita-

les Generales, lo que sucedió en un corto período de tiempo. Es así como entre Junio del 2007 y Julio del 2012, se pasó de 7 a 124 camas de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en el país. 72 de estas camas se ubican actualmente en la Región Metropolitana, lo que equivale al 58% del total de las plazas del país, dando cuenta de la importante centralización de recursos en la Región Metropolitana en el área de la psiquiatría infanto-juvenil, tal como ocurre con el resto de las especialidades y con los recursos en general en nuestro país.

La camas de las UHCEIJ se distribuyen de la siguiente manera:

**Cuadro: Camas de Corta Estadía Adolescentes**  
Fuera de la Región Metropolitana (Julio 2012)

| SERVICIO SALUD | N° Camas | Hospitales donde se ubican camas psiquiátricas de adolescentes |
|----------------|----------|--|
| IQUIQUE        | 14       | Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)                 |
| O'HIGGINS      | 4        | Hospital Regional de Rancagua                                  |
| CONCEPCION     | 12       | Hospital Guillermo Grant Benavente (Concepción)                |
| TALCAHUANO     | 6        | Hospital Penco - Lirquén                                       |
| ARAUCAN. SUR   | 10       | H. Nueva Imperial  |
| MAGALLANES     | 6        | Hospital Punta Arenas  |
| Total          | 52 (42%) |  |
| Total País     | 124      |  |

\* Fuente MINSAL Sub secretaría de Redes

**Cuadro: Camas de Corta Estadía Adolescentes**  
en la Región Metropolitana (Julio 2012)

| SERVICIO SALUD                    | N° Camas        | Hospitales donde se ubican camas psiquiátricas de adolescentes |
|-----------------------------------|-----------------|--|
|                                   |                 | Instituto Horwitz (32)   |
| M. NORTE                          | 49              | Hospital Roberto del Río (17)                                  |
| M. CENTRAL                        | -               |  |
| M. SUR                            | -               |  |
| M. ORIENTE                        | 8               | Hospital Calvo Mackenna  |
| M. OCCIDENTE                      | 3               | Hospital Metropolitano   |
| M. SUR ORIENTE                    | 12              | Hospital Sótero del Río  |
| <b>TOTAL Región Metropolitana</b> | <b>72 (58%)</b> |  |
| <b>Total NACIONAL</b>             | <b>124</b>      |  |

\* Fuente MINSAL Sub secretaría de Redes

Los servicios fuera de la Región Metropolitana que no cuentan con UHCEIJ son los siguientes: Arica, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Viña, Aconcagua, Maule, Ñuble, Arauco, Biobío, Araucanía Norte, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Aysén y Chiloé. Estos servicios deben derivar a los niños y adolescentes que requieren de hospitalización en servicios de psiquiatría, a los centros de referencia correspondien-

tes, o bien hospitalizarlos en otros servicios que no cuentan con la infraestructura y equipos necesarios para abordar los problemas de patología mental, como Servicios de Pediatría o de Neurología.

Utilizando la información oficial del MINSAL y las proyecciones del Censo del 2002 para el 2013 respecto a los habitantes del país, la tasa por 100.000 habitantes de ca-

## Revisiones de Temas

mas exclusivamente destinadas para hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en el país corresponde a 0,70.

Al hacer una división arbitraria de las zonas geográficas del país se observa a primera vista una distribución concentrada en la Región Central del País, con pocas camas en la Zona Norte, y algo más de camas en la Zona Sur y Zona Sur Austral. Sin embargo, relacionando el número de camas con el número de habitantes por Zona Geográfica, (ver cuadro 3) se evidencia que a pesar de que la gran mayoría de las camas se ubica en la zona central del país -principalmente en la región metropolitana-, la tasa de camas allí disponibles en relación al número de habitantes se ubica levemente por sobre el promedio nacional (0,72 camas por 100.000 habitantes v/s 0,70), dada la mayor densidad poblacional de esta zona.

Así mismo, se aprecia que la Zona Norte tiene una tasa bajo el promedio nacional (0,65 por 100.000 habitantes.); al igual que la Zona Sur (0,52) siendo esta última la más desfavorecida en cuanto a la disponibilidad de camas en el país. Finalmente, este análisis evidencia que en la Zona Sur-Austral de Chile, la disponibilidad de camas se encuentra sobrerrepresentada de forma importante (2,23 por 100.000 habitantes), probablemente dado por el criterio de aislamiento geográfico de dicho territorio.

Si bien la división del país por zonas geográficas permite tener una perspectiva rápida de lo que ocurre a lo largo de nuestra geografía, resulta cuestionable esta manera de dividir cada una de las Zonas, sobre todo porque el flujo de derivación específicamente en el área de psiquiatría infantil, sigue un orden diferente. Por ejemplo, algunas regiones del Norte como Atacama y Coquimbo administrativamente deben derivar a hospitales de la Región Metropolitana y no al Hospital de Iquique, que queda geográficamente más cerca. Junto con esto, se debe tener presente que algunas UHCEIJ de la Región Metropolitana como la del Hospital Sótero del Río, son Centros de Referencia Nacional, por lo que reciben

a pacientes de todo el país en caso que la gravedad del paciente, o la falta de disponibilidad de camas, así lo amerite.

La lógica de derivar a hospitales fuera de la Región en que vive el paciente, se aleja de lo que plantea el Plan de Salud Mental respecto a acercar los dispositivos de psiquiatría al territorio donde se encuentran los pacientes y su comunidad, sin embargo, esto tiene relación con la realidad de nuestro país, en la que existe una importante brecha entre las camas que se requieren y las que se disponen.

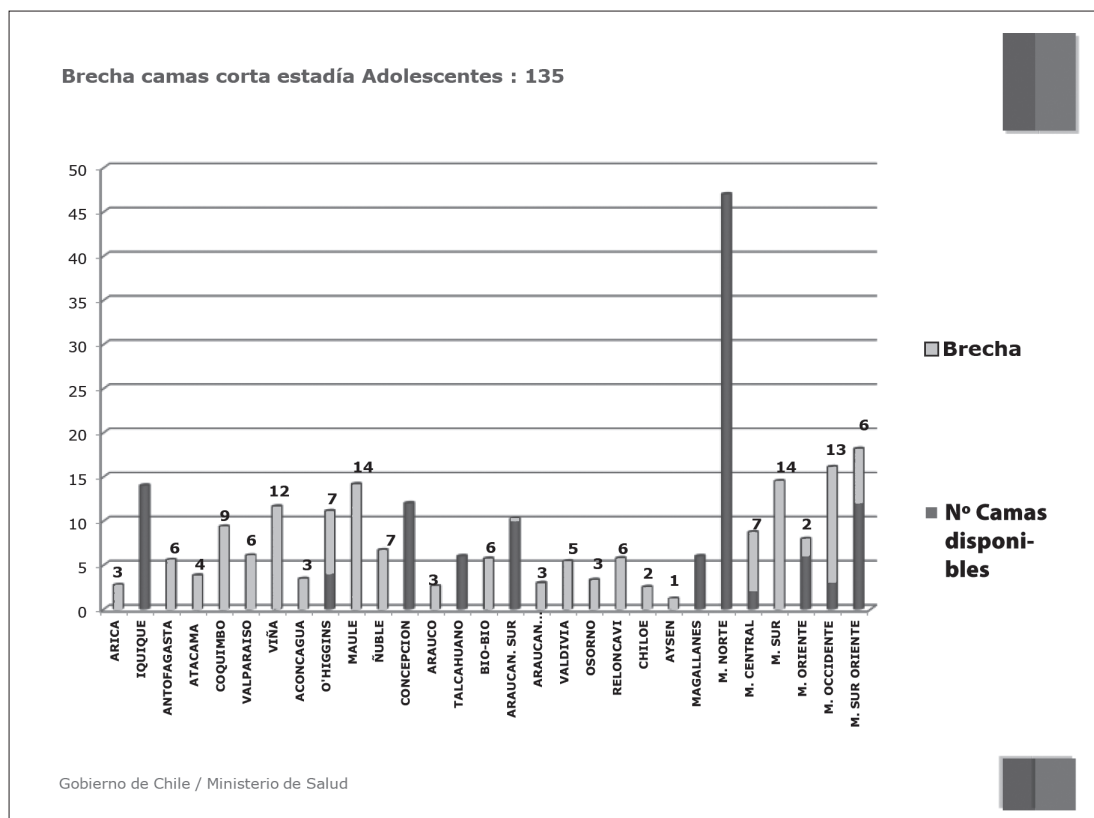
El Ministerio de Salud ha estimado de la siguiente manera la brecha respecto a camas de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil en Chile, marcando en azul las camas disponibles a Julio del 2012, y en rojo la brecha de camas que aún falta por implementar: (Ver Tabla en la página siguiente).

#### **4. El caso particular de los niños y adolescentes con patología psiquiátrica y compromiso biopsicosocial severo.**

Podría especularse que la premura de implementar un gran número de UHCEIJ en un corto lapso de tiempo, pudo haber significado el contar con un período extremadamente breve para capacitar y formar los equipos de dichas Unidades, dado que el criterio para empezar a funcionar estuvo probablemente dado en gran medida por la urgencia de la ley.

Las nuevas UHCEIJ implementadas a partir del 2007, destinaron inicialmente algunas de sus camas para dar respuesta a la ley 20.084 acogiendo a niños y adolescentes infractores del ley con problemas de adicción a drogas y alcohol; y las restantes para recibir a niños y adolescentes que requirieran hospitalización por problemas de psiquiatría general; coexistiendo de este modo en un mismo servicio clínico, niños y adolescentes con necesidades de atención muy diferentes, significando lo anterior un importante desafío para los equipos de las UHCEIJ.





La experiencia de alrededor de 6 años de implementación de las UHCEIJ en el país, ha revelado cuáles son estas necesidades especiales de atención a niños y adolescentes infractores de ley. Este grupo de jóvenes tiene características, que habitualmente requieren de un abordaje interdisciplinario especializado, que generalmente los equipos de salud dentro de los hospitales no son capaces de ofrecer, llevando en muchas ocasiones al consecuente desgaste de los profesionales y al fracaso en alcanzar los objetivos terapéuticos que este grupo de niños y adolescentes requiere.

Por un lado, el severo compromiso psicosocial, significa habitualmente contar con una escasa red de apoyo familiar, lo que dificulta el trabajo sistémico, fundamental en el trabajo de adicciones y de problemas psiquiátricos y la proyección del tratamiento ambulatorio luego del alta. Dicho trabajo sistémico, debe entonces realizarse con las instituciones de protección pertinentes, demandando una experiencia clínica en este particular trabajo en red intersectorial,

que va más allá de la mera derivación luego del alta.

Por otro lado, la experiencia de los niños y jóvenes de haber estado institucionalizados y/o de tener socialización callejera con problemas conductuales, a veces altamente disruptivos, hace difícil en algunos casos la adecuación al encuadre de la hospitalización de este grupo de pacientes y la inserción en las actividades grupales y la inserción en las actividades grupales y la inserción en las actividades grupales del encuadre hospitalario infanto-juvenil. Las duras experiencias de vida a las que han estado expuestos estos niños, muchas de ellas con severas vulneraciones de sus derechos básicos, determina que ellos demanden al equipo de salud mucho más que el habitual cuidado de enfermería y de atención médica que suele darse en las hospitalizaciones. Se requiere entonces que todos quienes conforman los equipos de salud, especialmente los técnicos y profesionales que tienen contacto cotidiano con los niños y jóvenes, comprendan en su cabal complejidad, cómo es que se han ido instalando

## Revisiones de Temas

los graves problemas de adicciones, de conducta y de personalidad en este grupo de niños; logrando visualizar la vulnerabilidad, al mismo tiempo que las conductas disruptivas y la necesidad de cuidado de este grupo. Para ello, es necesario que los equipos cuenten con espacios para trabajar lo que a ellos mismos les sucede al tener que contener y contactarse con las dramáticas experiencias de los niños y adolescentes infractores de ley, lo que no siempre es posible, considerando la carga asistencial y el diseño del modelo de atención hospitalario.

Finalmente, otras dificultades que supone el trabajo con niños y adolescentes infractores de ley, están dadas por la situación de obligación, tras el mandato judicial, del tratamiento psiquiátrico en una atención cerrada. Esto requiere de una infraestructura especial, que considere una arquitectura, implementación de vidrios e inmobiliarios especialmente diseñada para esta situación, asegurando la posibilidad de retener hospitalizados a estos pacientes, sin que por ello se comprometa su seguridad, la del resto de los pacientes ni la del equipo de salud.

Estas dificultades del trabajo con niños y adolescentes infractores de ley, en un encuadre diseñado para abordar problemas de salud, sin considerar la complejidad del compromiso psicosocial severo concomitante, ha determinado que con el tiempo, algunas de las UHCEIJ hicieran una re-distribución del total de camas disponibles en cada unidad, transformando algunas de las camas inicialmente destinadas a los niños infractores de ley, a camas para acoger a niños con patología de psiquiatría general, disminuyendo así los cupos para jóvenes infractores de ley. De este modo, se esperaba poder ofrecer una mejor atención a la diversidad de los pacientes ingresados, protegiendo además a los equipos de salud y el adecuado funcionamiento de dichos servicios.

### **5. Propuesta para Unidades Psiquiátricas Infanto-Juveniles Polivalentes y atención**

### **psiquiátrica para jóvenes en los Centros Cerrados de Servicio Nacional de Menores:**

Lo anteriormente expuesto, significa que todavía existe el desafío pendiente en cuanto a diseñar dispositivos para dar respuesta de forma adecuada a la ley 20.084, que busca dar tratamiento, proteger y reparar en parte, el daño que han sufrido los niños y adolescentes infractores de ley a lo largo de su vida. Se hace imperativo diseñar e implementar unidades de atención especializadas que consideren la participación, financiamiento y responsabilidades de distintos sectores –no sólo del sector salud-, especializando la atención otorgada a este grupo de pacientes, de manera de contar con estrategias de tratamiento que tengan una mayor probabilidad de éxito.

Dentro de las UHCEIJ, la con más experiencia en cuanto al número de camas y de tiempo de funcionamiento, en relación a la atención de niños y adolescentes infractores de ley, se cuenta aquella ubicada en el Hospital Horwitz, debido, entre otras cosas, a que cuenta con una infraestructura con las características previamente descritas y un equipo suficientemente preparado para dar respuesta a la demanda emocional y técnica que significa atender a este grupo de pacientes.

Un grupo de profesionales de la UCHEIJ del Hospital Horwitz, se encuentra actualmente desarrollando un plan piloto, avanzando en la implementación de una Unidad Psiquiátrica de Corta Estadía en uno de los Centros Cerrados del Servicio Nacional de Menores (SENAME), en la comuna de Til-Til, para dar atención a jóvenes que cumplen sanciones privativas de libertad, de acuerdo a la Ley de responsabilidad penal juvenil, permitiendo con este proyecto un trato digno y oportuno de sus necesidades de internación<sup>6</sup>.

Junto con lo anterior, el MINSAL ha propuesto la creación de Unidades Psiquiátricas Infanto-Juveniles Polivalentes, buscando dar una atención especializada a niños



y adolescentes que presentan además de necesidad de atención psiquiátrica cerrada, un compromiso psicosocial severo, como por ejemplo los jóvenes infractores de ley; niños y adolescentes con vulneración de derechos; chicos que presenten problemas de adicción a sustancias, diferenciando este tipo de atención con la otorgada a aquellos niños y adolescentes con patología de psiquiatría general<sup>7</sup>.

Dentro de las características de estos dispositivos destaca como requisito, la participación en el diseño, financiamiento y responsabilidad de la atención, de diferentes sectores: Ministerio del Interior (por medio de SENAME), Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia y Ministerio de Desarrollo Social. Se plantea que dichas unidades tengan dos áreas de atención: Una de a cargo principalmente del sector salud, destinado a abordar inicialmente el período de desintoxicación por abuso de sustancias, con características similares al encuadre de una hospitalización médica, considerando las dificultades previamente descritas de la atención a jóvenes infractores de ley en cuanto a infraestructura y capacitación de los equipos. En una segunda etapa, estas Unidades Polivalentes tendrán otra zona, destinada a una estadía que debiera ser más prolongada que la anterior, en la que el sector Salud tendría un rol menos importante y el contexto sería más parecido al de una comunidad terapéutica, en las que se espera otorgar a los jóvenes atención para completar el período de rehabilitación de adicciones, junto con trabajar en su reinserción al sistema educativo/laboral, y a su red social general.

Se busca, que mediante este diseño de atención psiquiátrica especializada para jóvenes con compromiso psicosocial seve-

ro; se logre cumplir de mejor manera con sus necesidades y con lo que realmente plantea la ley.

### 6. Consideraciones sobre el Financiamiento.

Una de las “ventajas” de mantener cupos destinados para niños y adolescentes infractores de ley en las UHCEIJ, a pesar de las grandes dificultades –previamente mencionadas- respecto de mantener en un mismo servicio a estos pacientes junto con pacientes con patología de psiquiatría general, tiene relación a la subvención que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) paga a las Unidades por su hospitalización, la que es muchísimo más alta que lo que FONASA paga por un día cama de un paciente regular, no infractor de ley. Esto significa un ingreso económico adicional a las UHCEIJ, que muchas veces permiten que el servicio se sustente, y que sea posible su funcionamiento.

Cabe mencionar, que la valorización del día cama que FONASA hace por un niño o adolescente en un servicio de psiquiatría, es el mismo que el de una cama de pediatría general, es decir, el de una cama básica<sup>8</sup>. Sin embargo, podría argumentarse que el perfil de pacientes que requiere hospitalización psiquiátrica necesita de un cuidado mucho más complejo y sofisticado que el de una cama básica. Por un lado, porque suelen presentar problemas de difícil manejo como por ejemplo, riesgo vital inminente por la presencia de conducta suicida, o riesgo de agitación o de fuga con eventual necesidad de contención mecánica; y por otro lado, porque las intervenciones que se necesitan son habitualmente más costosas que aquellas realizadas en las camas básicas, considerando el trabajo de diferentes profesionales –psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, terapeuta familia- realizado a diferentes niveles, con intervenciones individuales, grupales y familiares.

En el caso que las prestaciones otorgadas

7. Entrevista con Dr. Juan Andrés Mosca, Sub-secretaría de redes del MINSAL, Noviembre 2013.

8. Código modificado de atención Institucional (MAI) 0203119 para día cama de Hospitalización Integral Psiquiátrica Corta Estadía de Menores Código MAI 3103017 para día cama Pediatría Básica. Valores para 2013.

## Revisiones de Temas

a los niños y adolescentes que se hospitalizan en unidades de psiquiatría, fueran valoradas como corresponde, similares a una cama de paciente crítico, probablemente sería posible financiar a las UCEHIJ adecuadamente sin el aporte adicional que significa actualmente el pago que realiza SENDA por los niños infractores de ley que se hospitalizan.

### 7. Discusión

Hemos revisado cómo se ha ido dando, en un corto período de tiempo, la implementación de nuevos servicios de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en nuestro país, principalmente movidas por el motor que significó la aprobación de la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil y la consecuente liberación de recursos para darle cumplimiento.

La experiencia a la fecha revela un avance importante en cuanto a las necesidades de atención psiquiátrica cerrada del grupo de niños y adolescentes infractores de ley, así como también de aquellos pertenecientes a la población general, siendo esto último una externalidad positiva de la implementación de la ley 20.084.

Así mismo, queda en evidencia que los esfuerzos a la fecha para dar respuesta a dicha ley deben ser mejorados, siendo imperativo avanzar en el diseño e implementación de dispositivos con características especializadas en el que se asegure un trabajo inter-sectorial y que considere las complejidades de este grupo de pacientes, tal como lo hace la propuesta de Unidades Polivalentes del MINSAL. En el caso que dichas unidades resulten dar una mejor respuesta al grupo de niños con compromiso psicosocial severo, es importante tener presente que aún sigue existiendo una brecha significativa a nivel de país en cuanto a la disponibilidad de camas tanto para jóvenes infractores de ley, como para niños y adolescentes con patología de psiquiatría general, sobretodo en regiones y particularmente en la Zona Sur del país

Este devenir del desarrollo de las UHCEIJ revela una cierta distorsión en la implementación de la política pública, pues se ha utilizado una ley destinada a proteger y rehabilitar a jóvenes infractores de ley, para “aprovechar” de paso, dar respuesta al problema de la necesidad de unidades de hospitalización de niños y adolescentes con patología de psiquiatría general, adaptando las necesidades de unos y otros de forma de poder optimizar al máximo los escasos recursos con los que se cuenta.

Más aún, la rapidez con que implementaron dichas unidades, permiten plantear algunas dudas respecto de cuál es realmente el Modelo de Atención que está a la base de la decisión de aumentar la disponibilidad de camas para Hospitalización Psiquiátrica de niños y adolescentes. ¿Cómo se entiende a la necesidad de los niños y jóvenes que requieren de hospitalización? ¿Cuáles son los profesionales más idóneos para trabajar en estos servicios? ¿Qué espacios de capacitación necesitan? ¿Cuál es el diseño arquitectónico que se requiere en dichas Unidades? ¿Cuál es el perfil de pacientes que serán atendidos? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cómo deben ser derivados? etc.

Observando cómo se han implementado las UHCEIJ en los últimos 6 años, pareciera que la reflexión en torno a este modelo de atención en salud, merece ser profundizado, aprovechando la oportunidad que ofrece la acreditación y la construcción de nuevos hospitales, que debieran considerar nuevas UHCEIJ a lo largo del país, dada la conocida brecha de camas para hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil; así como los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental, que plantea una estrategia territorial y comunitaria, con dispositivos cercanos a la comunidad.

A la base del diseño de las UHCE de adultos se encuentra un modelo cuyas características se han especificado claramente en el Manual de Estándar General de Acreditación Para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada, desarrollado por la Superintendencia de Salud, defi-

niéndose de este modo cuál es el estándar para la atención segura y de calidad para los pacientes que requirieran ser hospitalizados en unidades cerradas de psiquiatría de adultos<sup>9</sup>.

Tal como suele ocurrir en la investigación de fármacos, en el desarrollo de los criterios diagnósticos y de guías clínicas, las decisiones para el manejo de niños y adolescentes en psiquiatría se toman en gran parte adaptando la experiencia que se ha tenido con adultos. Del mismo modo, este manual diseñado para servicios de adultos, ha servido también como guía para la implementación de unidades infanto-juveniles. Sin embargo, a la luz de la experiencia que se ha revisado, se observa que bien valdría la pena hacer un esfuerzo por desarrollar un manual con estándares ajustados a las necesidades infanto-juveniles, considerando por ejemplo, las particularidades del desarrollo evolutivo y la necesidad de hacer un mayor esfuerzo por involucrar a la familia, sobretodo si se considera la particularidad del trabajo de pacientes con las características de los adolescentes infractores de ley, conviviendo en una misma unidad con aquellos de la población general, tal como se ha mencionado previamente.

### 8. Conclusiones

La experiencia a la fecha, deja entonces en evidencia los avances que hemos tenido en un corto período de tiempo, pero también las necesidades que aún tenemos en el área de las atenciones psiquiátricas cerradas para niños y adolescentes, siendo importante aumentar la cobertura de UHCEIJ sobretodo en regiones; sin dejar de lado la tarea de diseñar e implementar unidades especializadas para niños y adolescente con compromiso psicosocial severo además de su patología psiquiátrica.

Se evidencia la importancia de profun-

dizar la discusión en torno al modelo de atención que sustenta las prestaciones psiquiátricas cerradas para niños y adolescentes, aprovechando la oportunidad que significa el proceso de acreditación de los hospitales actualmente en funcionamiento y la proyección de construcción de nuevos hospitales a lo largo del país. En relación a este modelo de atención, aparece también el tema del financiamiento como un aspecto a revisar, incorporando a la discusión quién debe pagar y cuál es la valorización más adecuada de las prestaciones que actualmente se realizan.

Finalmente, parece de crucial importancia prestar la atención suficiente a la formación y capacitación continua de los equipos que trabajan en los dispositivos de atención psiquiátrica cerrada, cuidando que el alto impacto emocional que ocurre como producto del trabajo con estos jóvenes, no signifique una merma en la calidad de los servicios otorgados, ni en la calidad de vida de los técnicos y profesionales que allí se desempeñan.

### Bibliografía

1. Castillo J. Estudio Diagnóstico de la Situación Actual de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para la Población de Adolescentes que Cumplen Condena en CIP – CRC. Documento de SE-NAME Ministerio de Justicia. Febrero 2012.
2. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, Ministerio de Salud, Chile.
3. Entrevista con Dr. Juan Andrés Mosca, Sub secretaría de Redes Ministerio de Salud Chile. Noviembre 2013.
4. Entrevista Dra. Margarita Ronda, Jefa Unidad de Corta Estadía Infanto juvenil, Hospital Sótero del Río. Noviembre 2013.
5. Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Ministerio de Salud, Sub secretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de enfermedades. Departamento de Salud Mental, Chile. Mayo 2011.
6. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de

9. Manual de Estándar General de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica cerrada. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Chile.

## Revisiones de Temas

- Salud Mental en Chile. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Chile. Junio 2007.
- Manual del Estándar Nacional de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada. Superintendencia de Salud Chile.
  - Mental Health Atlas 2011. Organización Mundial de la Salud.
  - Metas Sanitarias 2011-2020, Ministerio de Salud, Chile.
  - Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 18: 346-358.
  - Modelo de Red para el 2013. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Unidad de Salud Mental. 2013.
  - Orientaciones Técnico-Administrativas Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía. Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. 2008.
  - Plan Nacional de Salud Mental y psiquiatría. Ministerio de Salud Chile, Unidad de Salud Mental. 2001.
  - Scharager J, Molina ML. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(3):149-59.
  - Vicente B, Saldivia S, De La Barra F, Melipillán, Valdivia M, Kohn M. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* 2012; 140: 447-457.
  - World atlas of Mental Health. World Health Organization 2011.
  - World atlas of Mental Health, capítulo de Chile. World Health Organization 2011.
  - WHO Mental Health Plan 2013-2020.

# Efectos de la exposición a pantallas en niños y adolescentes

## Effects of media exposure in children and adolescents

**Sr. Tomás Serón D<sup>1</sup>, Dr. Albert Pastén G<sup>2</sup>, Dra. Emilia Monsalve S<sup>3</sup>.**

**Abstract:** Society has been invaded by new technologies (TV, internet, computers, video games). Although, media can be educational and entertaining, it also allows children and adolescents to get in touch with inadequate contents and therefore affect their health. The exposure to violence on television, video games and internet make children more prone to aggressive behavior. TV exposure has been associated with alterations in children's attentional levels. There is evidence of a relationship between the time of exposure to the various media and the development of obesity. Prolonged exposure to screens can also be associated with altered sleep-wake cycle. An excess of TV affects interactions between parents and children, as it reduces the time spent on activities which promote their development. Because of the relevance of this issue, more research on its impact is needed.

**Keywords:** media, screens, TV, video games, technology, internet.

**Resumen:** La sociedad se ha visto invadida por nuevas tecnologías (TV, internet, computadores, video-juegos). Aunque estas pueden ser formativas y entretenidas, ponen en contacto a los niños y adolescentes con contenidos no adecuados y así afectar su salud. La exposición a violencia en TV, videojuegos e internet, determina una mayor tendencia a conductas agresivas. La exposición a la televisión se ha asociado a alteraciones en los niveles atencionales de los niños. Hay evidencia de una relación entre tiempo de exposición del niño a los diversos medios de comunicación y desarrollo de obesidad. La exposición prolongada a pantallas también puede asociarse a alteraciones del ciclo sueño-vigilia. El exceso de televisión afecta las interacciones entre padres e hijos, pues se disminuye el tiempo dedicado a actividades que favorecen su desarrollo. Debido a su trascendencia, se hace necesario continuar con la investigación respecto de este tema.

**Palabras clave:** Pantallas, TV, videojuegos, tecnología, internet.

### INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se ha visto invadida por las nuevas tecnologías de información y comunicación, que han cambiado la forma de los niños de captar la realidad y su modo de concebir el mundo. La revolución digital ha aumentando también el consumo de niños, jóvenes y adultos, y han generado nuevas formas de relación dentro

de las familias (1). Muchos niños que viven en países desarrollados, tienen televisión y computadores en sus habitaciones. Esta generación de niños es la "generación de las pantallas".

A pesar de la aparición de nuevas tecnologías de la entretención y medios de comunicación, la televisión sigue siendo el formato más utilizado. Lamentablemente, han

1. Interno de Medicina, Universidad de Chile.

2. Médico Cirujano, CESFAM Lebu Norte.

3. Psiquiatra Infanto-Juvenil, Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Clínico San Pablo de Coquimbo. Trabajo de Ingreso a SOPNIA.

Correspondencia a: Tomás Serón Díaz, Santos Dumont 815 Depto. 1003, Recoleta, Santiago

e-mail: tserond@gmail.com

## Revisiones de Temas

surgido preocupaciones sobre sus efectos en la salud y el bienestar de los niños y adolescentes. La investigación sugiere que el exceso de televisión se asocia con efectos negativos sobre el sueño, la atención y las relaciones interpersonales. Por otra parte, aunque, las pantallas pueden ser formativas y entretenidas, ponen en contacto a los niños con contenidos no adecuados y afectando su salud (2). De este modo, el impacto sobre la salud infanto-juvenil de estas tecnologías se debe en gran medida a su omnipresencia en las casas, escuelas e instituciones (3). Frente a este tema, la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP) ha recomendado que los niños menores de dos años no vean televisión ni sean expuestos a otro tipo de material audiovisual, mientras que los mayores de dos años y adolescentes no deberían ver más de dos horas al día de televisión (4,5).

En nuestro país, la encuesta Adimark-Ti-me Ibope y Mindshare realizada en el año 2007, revela que los niños de 4 a 12 años ven 4 horas de televisión por día, mientras que el 70% de los niños menores de 3 años ve televisión en forma habitual y el 75% de niños tiene televisión en su pieza. De esta misma encuesta se concluye que el 75% de estos niños tiene un televisor en su dormitorio.

Debido a la masificación de estos medios de comunicación y entretenimiento, esta revisión busca describir algunos de sus efectos deletéreos en distintas áreas del desarrollo y de la salud de los niños y adolescentes: conducta, atención, obesidad, ciclo sueño-vigilia y otros aspectos psicosociales.

### EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A PANTALLAS

**Conducta:** Los niños y adolescentes expuestos a situaciones de violencia en televisión, videojuegos e internet tienen mayor tendencia a conductas agresivas, que comienzan a manifestarse a partir de los tres años de edad. Además se generan otros efectos adversos como temores, excitación, alteraciones en el pensamiento y

control de las emociones (1). También, se ha descrito que adquieren actitudes favorables al uso de la violencia como medio de resolución de conflictos y pueden hacerse menos sensibles a la violencia real del ambiente que los rodea (3). De esta manera, la televisión tiene importantes efectos negativos sobre la educación, la socialización y la formación de actitudes en los niños (6). Manganello y Taylor (7), en un estudio realizado en 2009 con niños de 3 años de edad, indican que la exposición directa de estos niños a la televisión y el consumo de televisión en los hogares de televisión se asociaron significativamente con la agresividad infantil, aún controlando por otros factores ambientales.

Los videojuegos han sido acusados de provocar adicción, lo que está relacionado con los contenidos de los mismos (videojuegos violentos, sexistas y racistas) (1). Sin embargo, otros autores plantean que aunque existe la posibilidad de adicción a los videojuegos, aún faltan más estudios que sustenten este planteamiento (8). Investigadores españoles observaron una relación directa entre el uso problemático de Internet y diversos trastornos psicológicos y entre el uso problemático y el tiempo conectados a estas tecnologías (9).

**Atención:** La exposición a la televisión puede estar asociada a alteraciones en los niveles atencionales de los niños. Se ha observado una correlación significativa entre la cantidad de televisión vista y síntomas de TDAH, en niños con más de 7 horas diarias de televisión (10). Otros estudios también dan cuenta que los niños expuestos a más tiempo frente a la pantalla de la televisión presentan mayores puntuaciones de sus maestros respecto de conductas de falta de atención e hiperactividad. Sin embargo, no queda claro si los niveles elevados de la televisión son la causa o el resultado de los síntomas del TDAH (11). Christakis y Zimmerman afirman que la exposición temprana a la televisión en niños menores de 3 años y el posterior desarrollo de problemas atencionales se correlaciona significativamente con los contenidos violentos



a los cuales se expusieron los niños (12). De acuerdo a algunos trabajos, los niños y adolescentes con TDAH tienen más probabilidad de engancharse a los distintos tipos de pantalla (videojuegos, televisión, internet) (13). Un estudio realizado por Ha et al. informó que 7 de cada 12 niños con adicción a Internet fueron diagnosticados con TDAH (14), mientras que Yen et al. encontraron que los adolescentes con adicción a Internet tenían síntomas de TDAH significativamente más altos que los que no tienen adicción a Internet (15).

**Obesidad:** Diferentes estudios indican que la prevalencia de la obesidad está directamente relacionada con el aumento del tiempo destinado a ver televisión, en niños y adolescentes. La evidencia muestra una relación directamente proporcional entre tiempo de exposición del niño a los diversos medios de comunicación y el desarrollo de la obesidad. Se deduce que los mecanismos participantes en este proceso pueden ser tanto la inactividad física como también el papel de los anuncios de publicación que promueven el consumo de alimentos hipercalóricos (16). Por lo tanto, los comportamientos sedentarios (ya sea ver televisión o jugar videojuegos) predominan sobre los comportamientos activos, ya que los primeros se refuerzan fácilmente por inercia, forman parte de los hábitos de vida de la familia y son más difíciles de cambiar (17). La falta de actividad física debida a la exposición de los niños a pantallas de televisión, videojuegos o computadores disminuye su capacidad cardiorrespiratoria, factor que no sólo contribuye al desarrollo de obesidad, sino que también al de otras enfermedades metabólicas como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia (18).

Se ha descrito que la disminución del tiempo destinando a la televisión se relaciona con una disminución del índice de masa corporal (IMC), del perímetro de cintura, y del pliegue tricípital. Según un estudio chileno realizado en el año 2012, donde se analizó la relación de la televisión con el estado nutricional, los niños y niñas con

sobrepeso y obesidad presentaron en promedio mayor tiempo viendo televisión, en comparación con aquellos de estado normal, resultados estadísticamente significativos (19).

**Ciclo Sueño-Vigilia:** La exposición prolongada a pantallas puede asociarse a alteraciones del ciclo sueño-vigilia. Un estudio realizado en Japón demostró que la presencia del televisor en el dormitorio se correlaciona con retrasos en la hora de acostarse y de levantarse. A esto se suma que, a mayor número de horas frente a la televisión, menor es el tiempo total de sueño, aumentando la prevalencia de trastornos del sueño (20). Según un estudio chileno, un escolar expuesto a más de 5 horas de pantalla presenta más insomnio de conciliación, especialmente en aquellos que tienen epilepsia. Además, al aumentar la exposición a horas de pantalla a más de 7 horas, los escolares con epilepsia de manifestación nocturna presentan más pesadillas en comparación a los de manifestación diurna y niños sanos (21).

**Aspectos psicosociales:** Las horas de televisión generan alteraciones en cuanto a las interacciones entre padres e hijos, pues se disminuye el tiempo dedicado a actividades que favorecen el desarrollo en lactantes, tales como jugar, cantar, leer. Por otra parte, la presencia de un televisor en la habitación o en otra parte de la casa interrumpe tanto el juego libre individual como el juego en conjunto con los padres (22).

Un tema no menor tiene que ver con el acoso en Internet. Los riesgos de cyberbullying, el contacto con extraños, los mensajes sexuales (sexting) y la pornografía en general, afectan a menos de uno de cada cinco adolescentes. Por su parte las estimaciones de prevalencia no parecen estar aumentando considerablemente con el aumento del acceso a las tecnologías móviles y en línea, posiblemente porque no representan un riesgo adicional a la conducta habitual fuera de línea, o porque los riesgos se ven compensados por un creci-

## Revisiones de Temas

miento proporcional en la sensibilización e iniciativas de seguridad respecto de este tema. Sin embargo, la evidencia revela varios factores que aumentan el riesgo en niños y adolescentes de ser víctimas de este tipo de abuso, como por ejemplo factores de personalidad (búsqueda de sensaciones, baja autoestima, dificultades psicológicas), factores sociales (falta de apoyo de los padres) y factores de digitales (habilidades digitales, sitios en línea específicos) (22). También se ha descrito que entre los jóvenes usuarios habituales de Internet, las personas que denuncian sintomatología depresiva están significativamente más propensos a ser objeto de acoso en Internet (23).

Un estudio realizado en Serbia indicó que el tiempo dedicado a las redes sociales entre los estudiantes de secundaria se relaciona con el riesgo de depresión medido a través del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (24). Esto podría explicarse en la evidencia de que la actividad física se asocia inversamente con la presencia de depresión (25).

### CONCLUSIONES

Es innegable el acelerado avance de las tecnologías y el aumento del acceso a éstas tanto en niños como adolescentes. La televisión, los videojuegos, los computadores, los teléfonos celulares y otras modalidades, están cada vez más relacionadas a su desarrollo cognitivo, psicológico y social. Es así como estos avances tecnológicos han cambiado el modo de establecer relaciones sociales y cómo los menores perciben su entorno. Por lo tanto, se hace muy importante continuar con la investigación, para establecer nueva evidencia sobre el tema.

Tanto el médico como los demás profesionales de la salud implicados en el control y evaluación periódica de niños y adolescentes deben estar conscientes de cómo la exposición a las pantallas tienen un impacto sobre su desarrollo, de tal modo de ser agentes de prevención de alteraciones secundarias a su uso. Se pueden obtener

estos datos durante la entrevista, mediante preguntas simples, para su consignación en la ficha clínica.

Finalmente, es de gran importancia educar a los padres, cuidadores y familiares respecto de este tema, para que ellos sean quienes regulen la exposición de los menores a estos riesgos, así favorecer su desarrollo normal y generar vínculos afectivos/sociales enriquecedores.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz García F. El impacto de las pantallas, televisión, ordenador y videojuegos. *Pediatría Integral* 2009; 13(10):881-890.
2. Ruiz J. Niños y pantallas. Oportunidades y retos de una relación en transformación. *Mediterráneo Económico*. 2008; 14:351-366.
3. Rojas V. Influencia de la televisión y videojuegos en el aprendizaje y conducta infanto-juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*. 2008; 79(1): 80-85.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on public education. Media education. *Pediatrics*. 1999; 104:341-343.
5. American Academy of Pediatrics, Committee on public education. Children, adolescents and television. *Pediatrics* 2001, 107:423-425
6. Aldea S. La influencia de la Nueva Televisión en las emociones y en la educación de los niños. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2004; 4(2):145-159.
7. Manganello JA, Taylor CA. Television exposure as a risk factor for aggressive behavior among 3-year-old children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2009;163(11):1037-45.
8. Tejeiro R. La adicción a los videojuegos. Una revisión. *Adicciones*. 2001;13(4):407-413.
9. Carbonell X, Fúster H, Chamarro A, Oberst U. Adicción a Internet y móvil: Una Revisión de Estudios Empíricos Españoles. *Papeles del Psicólogo*. 2012;



- 33(2): 82-89.
10. Foster EM, Watkins S. The value of reanalysis: Television viewing and attention problems. *Child Development*. 2010; 81:368-375.
  11. Miller C, Marks D, Miller S, Berwid O, Kera E, Santra A, Halperin J. Brief Report: Television Viewing and Risk for Attention Problems in Preschool Children. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(4): 448-452.
  12. Christakis DA, Zimmerman FJ. Violent television viewing during preschool is associated with antisocial behavior during school age. *Pediatrics*. 2007;120(5):993-9.
  13. Aierbe A, Medrano C. Televisión, clima familiar y percepción de valores en adolescentes con TDA-H y adolescentes estándar. *Rev Lat Com Social*. 2013; 68(3): 248-267.
  14. Ha JH, Yoo HJ, Cho IH, Chin B, Shin D, Kim JH. Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction. *Journal Clinical Psychiatry*. 2006;67(5):821-6.
  15. Yen JY, Yen CF, Chen CS, Tang TC, Ko CH. The association between adult ADHD symptoms and Internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology & Behavior* 2009;12(2):187-91.
  16. Rodríguez R. La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. 2006; 8(2); 95-98.
  17. Villagrán S, Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez J, Lechuga JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 2010; 25(5):823-831.
  18. Duque I, Parra J. Exposición a pantallas, sobrepeso y descondicionamiento físico en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2012; 10(2):971-981.
  19. López MA, Llanos I, Díaz J. La televisión y su relación con el estado nutricional y frecuencia de consumo en niños de un conjunto habitacional de Talca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 2012; 39(4):129-134.
  20. Ikeda M, Kaneita Y, Kondo S, Itani O, Ohida T. Epidemiological study of sleep habits among four-and-a-half-year-old children in Japan. *Sleep Medicine*. 2012;13:787-794.
  21. David P, Otárola A, Borgeaud K. Trastornos de sueño y exposición a pantallas en escolares con y sin epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia*. 2005;1:1-3.
  22. Villanueva J, García R. Efectos de la televisión en niños menores de dos años. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*. 2013; 24(2):148-175.
  23. Livingstone S, Smith PK. Annual Research Review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: the nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014, Jan 20. doi: 10.1111/jcpp.12197Ybarra M. Linkages between Depressive Symptomatology and Internet Harassment among Young Regular Internet Users. *Cyberpsychology & Behavior*. 2004, 7(2); 247-257.
  24. Pantic I, Damjanovic A, Todorovic J, Topalovic D, Bojovic-Jovic D, Ristic S, Pantic S. Association between online social networking and depression in high school students: behavioral physiology viewpoint. *Psychiatria Danubina*. 2012; 24(1):90-93.
  25. Hong X, Li J, Xu F, Tse LA, Liang Y, Wang Z, Yu IT, Griffiths S. Physical activity inversely associated with the presence of depression among urban adolescents in regional China. *BMC Public Health*. 2009; 9:148.

# Paternidad y maternidad en el mundo de hoy

## Fatherhood and motherhood on today's world

**Dr Luis Dueñas<sup>1</sup>, Ps Lucio Chávez<sup>2</sup>, Carolina Garcés<sup>3</sup>, Marcelo Briceño<sup>3</sup>, Constanza Morales<sup>3</sup>**

**Abstract.** This article aims to make a reflexion on parenting in today's world and how the features of our society can influence them, and the answers to give as mental health workers to promote a good enough parenting, placing special emphasis on the weakest aspects: how to make home, strengthening the attachment and authority, as well as values's education to achieve happiness.

**Key words:** parenthood, sociocultural changes, child and adolescent, attachments, ideals, meaning of life, moral principles.

**Resumen.** Este artículo se propone reflexionar sobre la paternidad y maternidad en el mundo de hoy y de cómo las características de nuestra sociedad pueden influir sobre ellas, así como las respuestas que tendríamos que dar como agentes de salud mental para promover una paternidad y maternidad suficientemente buenas, colocando especial énfasis en los aspectos más debilitados: la forma de hacer hogar, el fortalecimiento de los vínculos y la auto-ridad, así como la educación de valores que dispongan a la felicidad.

**Palabras claves:** parentalidad, cambios socioculturales, infantojuvenil, vínculos, ideales, sentido de la vida, valores.

### INTRODUCCIÓN

Abordar este tema es importante por varias razones. El ejercicio de una adecuada parentalidad, entendiéndose ésta como paternidad y maternidad, es determinante en la calidad de la crianza de niños y adolescentes, y tiene gran influencia en sus vidas, bienestar y oportunidades. Sabemos que de todas las intervenciones de prevención en salud mental, el trabajo en la calidad de la crianza es el de mayor impacto(1)

No obstante, vemos con preocupación que en un mundo "más desarrollado", donde la mayor parte de las "necesidades básicas parecen cubiertas", la calidad de la crianza

en relación al ejercicio de la parentalidad (también una necesidad básica), se ha visto afectada por múltiples razones redundado, junto a otros factores, en un aumento de problemas de salud mental en niños y jóvenes como lo demuestran distintos estudios de prevalencia (2-4).

En este artículo en primer lugar, hacemos una reflexión en torno a algunas características del mundo en que vivimos, que creemos constituyen verdaderos signos de nuestro tiempo, de la sociedad que hemos construido, y que afectan negativamente los estilos de vida de las familias y el ejercicio de la parentalidad. Luego destacamos

---

1. Psiquiatra Infanto Juvenil. Unidad de Neuropsiquiatría Infantil Hospital Carlos Van Buren. Unidad Infanto Juvenil Hospital Psiquiátrico del Salvador. Profesor Auxiliar Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, V Región, Chile

2. Profesor de Filosofía y Psicólogo Clínico. Unidad Unidad Infanto Juvenil Hospital Psiquiátrico del Salvador. Profesor Asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. V Región. Chile

3. Residente de psiquiatría Infantojuvenil. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. V Región. Chile

Correspondencia:

Dr Luis Alberto Dueñas Moreno. E-mail: drduenasm@gmail.com

tres corrientes de cambio sociocultural que pueden permitir comprender los fenómenos observados.

Por último, compartimos algunas reflexiones en torno al desafío que estos cambios significan para la parentalidad y sugerimos estimular el desarrollo de contracorrientes, que creemos pueden favorecer el ejercicio de la crianza para el sano desarrollo de niños y jóvenes.

### EL MUNDO DE HOY

Destacamos cinco características del mundo de hoy que nos parecen significativas en cuanto afectan las relaciones al interior de las familias e influyen en el ejercicio de la parentalidad: cambios en la estructura familiar, la tecnología, importancia de la imagen como valor, el aumento de la violencia y de problemas de salud mental.

#### **Cambio de la estructura familiar**

La familia, dice Maturana, se constituye cuando hay una pasión por vivir juntos en proximidad física o emocional y cuya corporalidad permite una diversidad de estructuras y conversaciones(5). En este sentido, es evidente el cambio que han experimentando hace varios años las estructuras familiares.

Llama la atención la disminución de las cifras de matrimonios, aumento de las familias monoparentales y creciente incorporación de la mujer al mundo laboral. Algunas cifras nos pueden ayudar a ilustrar este cambio: menos de la mitad de las familias chilenas están compuestas por un matrimonio (48%). Las familias con dos padres corresponden a 61%. En USA el 50% de matrimonios termina en divorcio y sólo el 25% son familias nucleares. La duración del matrimonio en el mundo alcanza un promedio de 13,6 años.

La creciente incorporación de la mujer al mundo laboral es también un aspecto significativo en el cambio de organización familiar, considerando que hasta ahora la

crianza de los hijos ha sido sostenida fundamentalmente por la mujer. La tasa de participación de la mujer en el ámbito laboral en Chile es del 41% (2009), en Latinoamérica 53% y en los países de la OCDE del 65%, con una clara tendencia al alza, tendiendo a igualarse a la del hombre. Por otra parte, el porcentaje de mujeres jefas de hogar en Chile es 35% (2009) y las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo en el hogar en el 2010 fue 15% v/s 50% en el 1994 (CEPAL).

Sin embargo, estos cambios en la estructura familiar no se han traducido en cambios en la distribución del trabajo al interior de la familia, según un estudio español, el 95,9% de las excedencias laborales para el cuidado de los hijos corresponde a las mujeres. En Chile, si bien existe un patrón de cambio generacional en la distribución de tareas al interior del hogar que tiende a equiparar las responsabilidades, aún un 87,5% de hombres visualiza el rol proveedor económico como principal función y un 61,9% considera su rol en el cuidado de los hijos principalmente como ayudante(6). Por otra parte, el tiempo medio diario de trabajo doméstico supone 5 horas 58 minutos para la mujer frente a 2 horas 20 minutos para el hombre (7). En este contexto resulta esperanzador que en Chile se haya publicado recientemente una ley que consagra la responsabilidad compartida de ambos padres en la crianza y educación de sus hijos (8).

#### **La tecnología**

La tecnología es la manifestación de la relación del hombre con la técnica, la que, a juicio de Heidegger entraña una ambivalencia, al pensarla como una esperanza de generar una relación más originaria entre el ser humano y su ser, pero también un peligro, por la desfiguración de autoconciencia y pérdida de la libertad, al quedar apresada por la fascinación de su poder que no siempre puede controlar(9).

El mundo de la tecnología, expresado en el gadget, se ha introducido en la vida fami-

## Contribuciones

liar ocupando parte importante del tiempo de relación, constituyéndose casi en necesidad básica. En Chile, a Diciembre de 2012 se reportó 24.130.754 teléfonos móviles en uso, con 4.921.587 conexiones de Internet móvil y banda ancha móvil(10).

Un aspecto complejo de la tecnología es su influencia en la percepción del tiempo, pues lo paraliza o detiene en un ahora sin después ni mañana (11). La tecnología congela el instante dejándolo suspendido entre dos nada (ni pasado ni futuro), terreno donde se combinan lo hedónico, medios de masa y consumismo, en la adoración por la instantaneidad, dificultando en niños y adolescentes el desarrollo de su motivación al crecimiento y autonomía, vocación personal y generación de proyectos de vida futuros.

Es un hecho, “el gadget nos tiene atrapados” tanto a niños, jóvenes como a adultos, modificando evidentemente estilos de relación y convivencia entre padres e hijos, así como lo señalan los estudios de Sherry Turkle, quien plantea que la tecnología se ha incorporado como extensión del self, moldeando nuestra interacción (12).

### Mundo de la imagen

El desarrollo tecnológico ha favorecido el énfasis que tiene actualmente la apariencia en la vida de las personas, transitando de una realidad representada por la imagen, a la imagen que toma el lugar de la realidad. La imagen parece ser más representativa de la realidad, bienestar y felicidad, que la realidad misma. Así el mundo de la imagen ha influido nuestras prioridades y estilos de vida, cada vez más afectados y determinados por la apariencia. La imagen es el nexo perfecto entre emoción y palabra, pues no entra por la vía de la razón en la casa de nuestra interioridad, sino que apelando a las emociones y percepciones, entra por la ventana, y sin que hayamos sentido el menor ruido (13).

Un ejemplo del impacto de la imagen en la vida de los jóvenes queda en evidencia

en una encuesta recientemente realizada en Nueva York, que refiere que el 85% de las niñas de 10 años cree que está gorda y a partir de esa edad entre 40 y 70% está insatisfecha con una o más partes de su cuerpo (14).

En este sentido, cabría preguntarse si la parentalidad también parece verse afectada por la imagen. Parecer, antes que ser buenos padres frente a los hijos, la familia, los profesores y la sociedad, puede influir fuertemente en cómo se ejerce el rol parental y el estilo de crianza. ¿Qué determina lo que es mejor para los hijos (su educación, vestimenta, tipo de entretenimiento y juegos), sus necesidades reales o las que impone la sociedad (moda), que actualmente parece ser más valorado y aceptado?

### Violencia

Maturana señala que ésta es una forma del vivir humano que implica un fenómeno relacional que se cultiva culturalmente al ser evidente sus consecuencias(15). Vivimos una época de aumento de violencia y delincuencia, ejercida cada vez a más temprana edad, siendo en EEUU los menores de edad un 16% de los encarcelados(16) y, a su vez, los crímenes son cada vez más violentos, sobre todo en los infractores menores de 15 años(17). Hoy, la violencia en forma de trauma y homicidio es más frecuente que las enfermedades infecciosas en niños y jóvenes. La violencia también aparece muy presente en los medios de comunicación y juegos, validada ésta cada vez más como forma de resolver conflictos y donde los padres no siempre saben cómo enfrentar y resolver estas situaciones.

A nivel familiar, y por distintas razones, los hogares se transforman en lugares en que hay violencia y malos tratos, donde niños y jóvenes experimentan temor, intranquilidad e inseguridad y donde las relaciones entre padres e hijos incluye gritos, garabatos, golpes e insultos. El Cuarto Estudio de Maltrato Infantil indicó que el 71% de niños(as) recibe algún tipo de violencia de parte de sus padres; 51.5% sufre algún tipo

de violencia física y 25.9% de niños(as) sufre violencia física grave(18). Por otra parte, el Cuarto Estudio Nacional de Violencia Intrafamiliar (VIF) señaló un aumento en Chile de ésta en 4,37% entre el 2010 y 2012, evidenciando un incremento del 15% en la violencia psicológica(19).

La salud mental. No obstante, los avances en salud general, los problemas de salud mental han aumentado en la población, especialmente, la infanto juvenil (2). Probablemente lo que más impacta son las cifras de suicidio en este grupo etario, que se han cuadruplicado en las últimas 4 décadas(20). Chile tiene un lugar de privilegio lamentable en el mundo por el aumento del suicidio entre los jóvenes, ocupando un segundo lugar entre los países de la OCDE, después de Corea. Esta realidad puede producir una sensación de desconcierto y frustración en los padres, al ver que aún cuando lo principal está en orden (necesidades básicas resueltas), surge el desorden de salud mental.

### CORRIENTES DE CAMBIO SOCIOCULTURAL: UN DESAFÍO A LA PARENTALIDAD

Probablemente estamos asistiendo al cambio sociocultural más vertiginoso de la historia de la humanidad. Pero es un cambio disarmonico, marcado por el acelerado desarrollo industrial y tecnológico, quedando en un plano secundario el cambio social, económico y político. Así el desarrollo humano va quedando en un segundo plano, ahogado por la industria, la tecnología y el mercado globalizado.

Víctor Frankl refiriéndose a la sociedad moderna industrializada, señala: “La sociedad industrial aspira a satisfacer todas las necesidades del hombre ... es más, produce necesidades para luego poderlas satisfacer”. Sin embargo, dice Frankl, “hay una sola necesidad que esta sociedad no puede satisfacer, la necesidad de sentido de vida... dejando en el hombre una sensación de vacío existencial en el cual prolifera la tríada neurótica de masas: depresión, adicción y

agresión” (21).

Destacamos tres corrientes de cambio sociocultural interrelacionados que según filósofos, sociólogos modernos y nuestra experiencia clínica diaria, están influyendo en nuestra manera de ser y actuar como sociedad (y ciertamente en la parentalidad). Estos tres aspectos son la cultura del consumo y de lo desechable; cultura de la globalización y la cultura de la comunicación e información.

### Cultura del consumo y de lo desechable

Desde una perspectiva antropológica, Cortina en Ética del consumo, indica que somos un homo consumens que desplazó a los anteriores *faber, sapiens y ludens*. Efectivamente, en las sociedades donde se ha instalado el capitalismo postindustrial, el consumo se ha constituido en la esencia del ser humano, lo cual ha significado que el ciudadano se ha visto desplazado en gran medida por el consumidor (22).

A su vez, Bauman señala que “el frenético consumo de una sociedad de mercado ha degenerado nuestros vínculos personales... El niño consumista aprende a ver todas las relaciones en términos de mercado”(23).

La relación humana personal, íntima, profunda y transformadora ha sido modificada o reemplazada por objetos de consumo, de tal manera que la relación con el otro se va semejando cada vez más al vínculo con un objeto que se establece en la medida que satisface las propias necesidades.

Paradójicamente, hoy los padres trabajan más tiempo para dar a los hijos objetos que representan bienestar, pero les queda muy poco tiempo para compartir con ellos los “bienes” adquiridos. Los hijos, por su parte, encuentran cada vez más gratificación en los objetos de consumo y la tecnología, que en compartir y relacionarse. Así la cultura del consumo y de lo desechable va socavando silenciosamente las relaciones familiares, ocupando espacios y tiempo para un encuentro nutritivo y educativo entre

## Contribuciones

padres e hijos. El mercado se ha inmiscuido tanto en nuestra esencia que actualmente pareciera contribuir en la identidad de los niños, desde los adolescentes que buscan definirse a través de lo que consumen y de los padres que convierten a sus hijos en proyectos competitivos de potencial éxito, y no a través del disfrute del presente y de uno mismo sin competir con un otro.

Sin embargo, muchos niños y adolescentes vuelven a lo esencial, manifestando que prefieren compartir más tiempo de calidad con sus padres, que con los bienes materiales obtenidos del trabajo parental. Y que esto pareciera depender de si los hijos perciben a sus padres satisfechos con su labor, por sobre otros factores(24).

### Cultura de la Globalización

Desde nuestra perspectiva, la globalización tiene efectos negativos al enfatizar el desarrollo económico por sobre el humano, conformando un modelo homogéneo de "bienestar humano", al decir de Ortega y Gasset "el hombre-masa busca el menor esfuerzo y no se compromete con nada, salvo conservar las apariencias"(25).

En efecto, la globalización influye en muchas dimensiones del ser humano, siendo evidente sus efectos en los usos y costumbres, gustos, formas de vestirse y divertirse que son cada vez más parecidas en diferentes sociedades, asemejando hasta las culturas más diversas(26). Pero estas similitudes, no se quedan sólo en las formas, sino también van penetrando en la intimidad familiar, estilos de vida, crianza y hasta en los anhelos más profundos de las personas. Así la cultura globalizada se va convirtiendo en cultura de masa (social), influyendo y condicionando las conductas, costumbres, tendencias y valores de padres, niños y jóvenes, haciéndolos olvidar sus cualidades más propias, lo que los identifica y personifica como individuos únicos e insustituibles, afectando el desarrollo de la identidad individual y la responsabilidad que ésta significa como aporte para la sociedad, cultura, familia, crianza y educa-

ción de los hijos.

### Cultura de la información y medios de comunicación

En 1981 Postman, en su libro "La Desaparición de la Infancia" hace referencia al fenómeno de la televisión y su impacto en los niños, anticipando un fenómeno que hoy observamos con claridad. Los niños, influidos por los medios, no solo se relacionan con ellos, aprendiendo a comportarse y a interactuar, en definitiva, socializarse(27), sino que, también consumen, deciden y parecen tener los mismos derechos que los adultos; manejan la misma información obtenida desde TV e internet; conversan de temas similares, haciendo los espacios reservados a los adultos cada vez más difusos.

La diferenciación entre el mundo de los padres e hijos ha ido desapareciendo, descorriendo el velo de esa parte de la vida que estaba reservada sólo para mayores. Sin embargo, niños y jóvenes no necesariamente están preparados para comprender y asimilar todo lo que es el mundo adulto, ya que aún no desarrollan todas sus herramientas. Estos velos se han descubierto a tal punto, que las diferencias son cada vez menores; entonces los padres son "más iguales, más amigos", perdiendo capacidad protectora.

Por otra parte, la cultura de los medios nos crea la ilusión de vivir más comunicados, pero en la vida diaria estamos humanamente mucho más incomunicados. La mayor comunicación es con el mundo virtual, así al interior de la familia existen cada vez más influencias externas y menos internas de la cultura familiar. En palabras de Morín: "a pesar de los múltiples medios de comunicación, la incompreensión hacia los otros se acrecienta".

Las influencias externas también suscitan un cambio valórico al interior de las familias, influidas por las tendencias de una cultura de mercado, competitiva y exitista, donde crece con fuerza la tendencia al



egoísmo e individualismo; el tener éxito es lo más importante y el bienestar personal parece estar por sobre el bienestar común. “Se dice que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Debiera ser así, pero en la actualidad es el individuo”(28).

Así las familias, más que un lugar de encuentro, cobijamiento, crecimiento y desarrollo, de preparación para la vida y conquista de la plenitud personal, conforme a la esencia de cada uno, aportando y sirviendo creativamente a la sociedad y cultura; se van convirtiendo en una “plataforma de lanzamiento” para el éxito personal, según los criterios de la sociedad y la cultura imperante.

### **Corrientes del cambio sociocultural e impacto en el ejercicio de parentalidad**

Queremos proponer un esquema muy simple sobre cómo el vertiginoso cambio sociocultural afecta el ejercicio de la parentalidad.

Los padres sometidos a la sobreexigencia de la sociedad y con falta de tiempo, experimentan la culpa de “no dar a los hijos lo que se merecen y necesitan para ser felices”; compensándolos con bienes y servicios; símbolos del bienestar; que son la piedra angular de un círculo vicioso que se autosustenta; en lo que Bauman denomina “la liquidez de la modernidad actual”, en la que todo fluye, todo es transitorio; por lo tanto, esta compensación realizada a través de lo material, rápidamente se transforma en insuficiente y obsoleta(29), entonces los padres deben trabajar más para superar la “obsolescencia de su compensación”, cerrando el círculo vicioso. Así, esta conducta reiterada, favorece el pensar que la felicidad puede ser obtenida a través de las gratificaciones y objetivos de corto plazo, en contraposición a un pensar más trascendente, en la que la felicidad es una consecuencia de los esfuerzos y conquistas de largo plazo, como sostienen la mayoría de los pensadores modernos.

Por otra parte, la masiva y confusa infor-

mación de los medios, de cómo ser “buenos padres”, asociada a su poca experiencia, pobre comunicación y diálogo familiar y la menor diferenciación entre padres e hijos, que distorsiona una relación naturalmente jerárquica, va generando confusión y temor de cómo se educa a los hijos. “Los padres, en vez de converger, van polarizando sus posiciones, uno hacia la permisividad y el otro hacia el autoritarismo, y muchas veces lo hacen no porque están convencidos de que tiene que ser así, sino por compensación del otro”(30). Entonces, los padres tienden a la inconsistencia en el ejercicio de la autoridad, favoreciendo el surgimiento de un nuevo personaje presente en todas las culturas: “el niño tirano”. Niños con escasos límites, que no respetan la autoridad, que tienden a la búsqueda de la gratificación inmediata y fácil, con escasa tolerancia a la frustración y poca capacidad de regulación emocional.

### **CONTRACORRIENTES DE CAMBIO SOCIOCULTURAL**

Sin pretender abarcar todo lo que implica el ejercicio de la parentalidad, queremos proponer tres contracorrientes de cambio y que desde nuestra perspectiva ayudarían a mitigar el impacto de las corrientes de cambio sociocultural.

#### **Hacer hogar**

Lo opuesto de “hacer hogar” lo describe bien un psiquiatra cuando se pregunta: “¿Quién llega a casa aún? ¿Llaman llegar a casa a ver televisión? Esa no es tu casa, ahí no dice nada que te represente. ¿No eres capaz de armar una familia? No te preocupes, la telefamilia chilena te recibe (...) que los niños enciendan un televisor en cada cuarto (...) hablaremos de lo que habla todo el mundo. Tenderemos una ilusión leve de comunidad” (31).

¿Qué es hacer Hogar? “Hogar” proviene del latín “focus”, que significa fuego o brasero. El culto al fuego era uno de los primeros y más importante de los antepasados griegos latinos y en muchos pueblos indoeuropeos.



## Contribuciones

En la Grecia antigua, el hogar estaba bajo la protección de la diosa Hestia y como diosa del hogar y el fuego, tenía un altar en cada morada en la forma de chimenea en la cocina, que se mantenía constantemente encendida como signo de pureza, vida y protección.

Esto se aprecia también en culturas como la pehuenche, quienes mantienen siempre encendido el fuego dentro de sus casas y en torno a éste se producen las instancias de interacción familiar, las conversaciones en las que los jóvenes aprenden de los mayores. Para ellos es un espíritu, tiene vida, es protector, pero también se le teme y respeta.

Este sentido de hogar resalta la dimensión de la familia como un lugar cálido, de cobijamiento, encuentro, de luz, que propicia el crecimiento y desarrollo, la preparación para la vida y la conquista de la madurez. Al calor del fuego del hogar se produce el encuentro entre los miembros de la familia, momento crucial para el traspaso transgeneracional de experiencias que irán forjando las personalidades originales, marcadas por su propio hogar.

### Fortalecer y enriquecer los vínculos

Es en el entramado del tejido vincular que comienza con la concepción, donde crece y se desarrolla el ser humano. "La inmadurez del niño hace que el ser humano sólo pueda existir si hay prójimo, y a la vez pueda transmitir intergeneracionalmente historia y cultura"(32). Los vínculos sanos sostienen y enriquecen el desarrollo de la personalidad y no sólo en los primeros años, sino que durante todo el largo proceso madurativo.

Lo que en culturas pasadas era imprescindible, la relación con el otro para subsistir, crecer y desarrollarse, hoy parece prescindible, porque al estar, aparentemente, satisfechas las necesidades humanas básicas, el otro deja de ser esencial y va siendo reemplazado por otros bienes de consumo. Por otro lado, la vinculación requiere de dedi-

cación personal y tiempo, lo que escasea como consecuencia de las exigencias de la vida moderna, para la cual trabajamos tras la conquista de bienes de consumo que van siendo cada vez más el sostén de la vida y la fuente de gratificación.

Frente al fenómeno de la progresiva fragilización de los vínculos humanos, surge el imperativo de su rescate, hoy no es evidente su necesidad. Por lo tanto, el cultivo de los vínculos es hoy una tarea primordial de la parentalidad.

### Fortalecer la autoridad y la disciplina

Lévine (citado por Morín(33)) ha señalado las "patologías de la familia contemporánea: padres abusivos o débiles, a su vez fruto de padres abusivos y débiles, que, cuando se añaden a la miseria, el alcoholismo y una escuela en crisis, se forman unos niños desestabilizados` y unos adolescentes perdidos, presa de la rabia o la autodestrucción". En efecto, la autoridad parental aparece debilitada, desprestigiada y confundida en nuestra sociedad; se le teme o se la desprecia, y como vimos, los padres no saben cómo ejercerla. Cada vez parece menos útil y necesaria. Sin embargo la autoridad, que etimológicamente significa sostener para crecer (autoritas), es imprescindible en la conducción, el impulso y acompañamiento del crecimiento de niños y jóvenes. Es esta autoridad con amor la que ayuda a crecer, en contraste a la autoridad sin amor, que es autoritarismo. "Múltiples factores influyen en la eficiencia de la autoridad parental, muy especialmente, el acuerdo entre padre y madre en tres asuntos fundamentales: qué le vamos a permitir a nuestro hijo, qué no le vamos a permitir y qué haremos cuando transgreda las reglas"(30).

La disciplina, por su parte, es el medio que tiene la autoridad para establecer normas de orientación y guía, un orden. La autoridad parental, que tienen el rol de sostener para crecer, se sirven de la disciplina como guía y medio para ayudar a madurar y crecer a los hijos, hasta que ellos mismos,

alcanzada la madurez, se puedan conducir por medio del desarrollo de una sana autodisciplina.

Educar en valores que dispongan a la felicidad. Morín señala que “hay que promover el buen vivir”, pues con desilusión afirma que “las sociedades contemporáneas han cumplido con mucho lo que era un sueño para nuestro mayores: bienestar material, comodidad. Al mismo tiempo, se ha descubierto que el bienestar material no da la felicidad. Aún peor, se comprueba que el coste humano que pagamos por la abundancia material es exorbitante: estrés, carrera de velocidad, adicciones, sentimientos de vacío”(33).

En nuestra cultura, la felicidad es vista como momentos que surgen de las gratificaciones y esfuerzos de corto plazo. Es también valorada como un fin en sí misma y no como una consecuencia de esfuerzos y conquistas de largo plazo. Así, los padres presionados por estas tendencias culturales y anhelantes de la felicidad de sus hijos, sin proponérselo, van incorporando estos antivalores en su educación.

Lamentablemente en esta corriente cultural, los filósofos clásicos occidentales y orientales y su “mensaje de la compasión, fraternidad y perdón (...) apenas han hecho mella”(33) (Morín, E. 2011) en los antivalores de la cultura de la velocidad y el bienestar.

En efecto, coincidimos con la propuesta de Morín cuando señala que “de los mismos males generados por nuestros modos de vida actuales, está emergiendo una aspiración a un nuevo arte de vivir”. Este buen vivir implica privilegiar la calidad por sobre la cantidad, el ser sobre el tener, la autonomía asociada a la de la comunidad, basado todo en el amor como valor supremo. Asimismo, también involucra liberarse del tiempo precipitado para dar paso al elogio de la lentitud y la serenidad; aprendiendo a humanizar nuestros deseos y emociones con controles reflexivos que permitan el conocimiento y dominio de uno mismo

por sobre el de la naturaleza.

La reforma del vivir, asevera Morín, es un llamado a transitar el camino de recuperación de valores como la solidaridad, el altruismo, la empatía, la benevolencia, la generosidad, buscando “armonizar simultáneamente la afirmación del yo en libertad y responsabilidad y la integración del nosotros en comunidades que aboguen por una interdependencia en la simpatía, amistad y amor”. Esta tarea ha de ser cultivada, estimulada, alentada y aprendida, siendo responsabilidad de la familia, por un lado, pero también, responsabilidad de los Estados.

### CONCLUSION

La descripción de los fenómenos que hemos querido caracterizar sobre nuestro tiempo (y por tanto, de nosotros), nos enfrenta a la paradoja de observar que las soluciones a las que el desarrollo económico nos ha llevado se transforman en trampas que, cual banda de Möbius, eternizan y deterioran aspectos fundamentales de la convivencia humana.

Por un lado, los cambios en la **estructura familiar y la tecnología** que se han adaptado a las necesidades socioeconómicas actuales sin detenerse a reparar en las consecuencias y, por otro, la **sobrevaloración de la imagen, el aumento de la violencia y el deterioro de la salud mental**, han facilitado que se instauren corrientes de cambio sociocultural que entregan sólo satisfacciones de corto plazo, dejando una creciente sensación de vacío, frustración y pérdida del sentido de la vida, permitiendo de este modo, como dijera Nietzsche(34), que este “desierto” se expanda no solo entre nosotros sino también dentro de nosotros.

Actualmente, en que el conjunto de situaciones descritas ha llevado el péndulo a un extremo tal que no parece avizorarse un próximo retorno a algún punto de equilibrio, es que proponemos cuatro aspectos que creemos deben enfocarse los esfuerzos por revertir estos factores que considera-

## Contribuciones

mos deficitarios y nocivos de nuestra sociedad:

**El hacer hogar**, como el lugar de encuentro con los valores profundos que encarna cada familia, que da el sentido de pertenencia más allá de las fronteras de la individualidad, donde se encuentra el calor y la luz para forjar una personalidad capaz de hacer hogar.

**Fortalecer y enriquecer los vínculos** como una auténtica red capaz de sostener el desarrollo humano y globalizar la solidaridad.

**Fortalecer la autoridad parental**, que es la única que con amor es capaz de sostener y guiar el desarrollo del niño hasta que alcanza su propia madurez.

Educar valores que permitan el desarrollo de una personalidad libre, capaz de conquistarse a sí misma, de escoger el bien conveniente, de descubrir su misión, de servir y de aspirar a la felicidad, permitiendo así, como señala Morín, que el vivir se transforme en una “aventura interior, un proyecto de vida y un proyecto colectivo”.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive Parenting Program. *Ann Rev Clin Psychol* 8, 345-379. 2012.  
Ref Type: Journal (Full)
2. Vicente B., Saldivia S., De la Barra F., Melipillán R., Valdivia M., Kohn R. Salud Mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* 140, 447-457. 2012.  
Ref Type: Journal (Full)
3. Morris J., Belfer M., Daniels A., Flisher A., Ville L., Lora A., et al. Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry* 52[12], 1239-1246. 2011.  
Ref Type: Journal (Full)
4. Ghandour RM., Kogan MD., Blumberg SJ., Jobes JR., Perrin JM. Mental health conditions among school-aged children: geographic and sociodemographic patterns in prevalence and treatment. *J Dev Behav Pediatr* 33[1], 42-54. 2012.  
Ref Type: Journal (Full)
5. Maturana H. De la biología a la psicología. Editorial Universitaria, editor. Cuarta Edición, 164. 2006. Santiago de Chile.  
Ref Type: Book, Whole
6. Aguayo F, Correa F, Cristi P. Encuesta IMAGES Chile. Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género. 2011. Santiago de Chile, CulturaSalud/EME.  
Ref Type: Report
7. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta exploratoria de uso del tiempo en el Gran Santiago. Instituto Nacional de Estadísticas, editor. 2009. Santiago de Chile.  
Ref Type: Report
8. Ley de Tuición Compartida. Ley Número 20.680. Chile. 2013.  
Ref Type: Bill/Resolution
9. Linares J. La concepción heideggeriana de la técnica: Destino y peligro para el ser del hombre. *Revista signos filosóficos* 10, 15-44. 2003.  
Ref Type: Journal (Full)
10. SUBTEL.Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Informe sectorial: Telecomunicaciones en Chile. Cifras a Diciembre de 2012. 2013.  
Ref Type: Report
11. Midence C. Conferencia “Tecnología, consumo y filosofía: reflexiones sobre una época vacua”. 2000. Universidad Iberoamericana de Ciencia y Tecnología, Managua, Nicaragua.  
Ref Type: Thesis/Dissertation
12. Technology and Human Vulnerability. A conversation with MIT's Sherry Turkle. *Harvard Business Review* , 43-50. 2003.  
Ref Type: Journal (Full)
13. Merlo T. La imagen como nuevo símbolo cultural. Instituto de Investigación en Medios de Buenos Aires, edi-

- tor. 24. 2002. Buenos Aires, Argentina.  
Ref Type: Book, Whole
14. Emol. Cuestionan campaña en NY para subir autoestima preadolescente. 2013.  
Ref Type: Online Source
  15. Maturana H. Violencia en sus distintos ámbitos de expresión. Dolmen Ediciones, editor. 80-81. 1995.  
Ref Type: Book, Whole
  16. Krug E., Mercy J., Dahlberg L., Zwi A. The world report on violence and health. *The Lancet* 360[5], 1083-1088. 2002.  
Ref Type: Journal (Full)
  17. Grigorenko E. Learning Disabilities in Juvenile Offenders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 15, 353-371. 2006.  
Ref Type: Journal (Full)
  18. Unicef. Cuarto Estudio de Maltrato Infantil. 6. 2012.  
Ref Type: Book, Whole
  19. ONG Activa y Universidad Iberoamericana. Cuarto Estudio Nacional de Violencia Intrafamiliar. 2012.  
Ref Type: Report
  20. Birmaher B., Brent D.A., Benson R. Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J Am Acad Child Ad Psych* 37[11], 1234-1238. 1998.  
Ref Type: Journal (Full)
  21. Frankl V. Logoterapia y análisis existencial. Editorial Herder, editor. 1987. Barcelona, Edición Digital.  
Ref Type: Book, Whole
  22. Falcón G. El consumo desde la perspectiva filosófica de Adela Cortina. *Revista Electrónica Sinéctica* 23, 68-73. 2004.  
Ref Type: Journal (Full)
  23. Bauman Z. Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Editorial Fondo de Cultura Económica, editor. 2005.  
Ref Type: Book, Whole
  24. Pocock B., Clarke J. Can't buy my love? Young Australian's views on parental work, time, guilt and their own consumption. Australia Institute, editor. 2004.  
Ref Type: Unpublished Work
  25. Morla R. Ideas filosóficas en torno a la globalización. *Eikasia.Revista de filosofía* 2, 1-14. 2006.  
Ref Type: Journal (Full)
  26. Arnett J.J. The psychology of globalization. *American Psychologist* 57[10], 774-783. 2002.  
Ref Type: Journal (Full)
  27. Chacón M. La infancia ante los nuevos medios: La televisión. *Eticanet.Publicación en línea* 2[4], 65-84. 2005. Granada (España).  
Ref Type: Online Source
  28. Reyes C. "Entrevista al Doctor Hernán Montenegro". SOPNIA . 2013.  
Ref Type: Electronic Citation
  29. Bauman Z. Modernidad Líquida. Fondo de Cultura Económica, editor. Primera edición en español, 8. 2000. Buenos Aires. Argentina.  
Ref Type: Book, Whole
  30. Montenegro H. Los 6 problemas de la familia. [www.emol.com](http://www.emol.com) . 2013.  
Ref Type: Electronic Citation
  31. De la Parra M.A. Manual para entrar al siglo XXI!. Libros del ciudadano. LOM Ediciones, editor. 165. 1990. Santiago de Chile.  
Ref Type: Book, Whole
  32. Rof Carballo J. Urdimbre afectiva y enfermedad: introducción a una medicina dialógica. Labor, editor. 1961. España.  
Ref Type: Book, Whole
  33. Morín E. Cambiar la vida. Editorial Globus, editor. En qué piensan los filósofos. 12-19. 2013.  
Ref Type: Book Chapter
  34. Nietzsche F. Así habló Zarathustra. SARPE Traducción cedida por Editorial Bruguera S.A., editor. 1983. España.  
Ref Type: Book, Whole.

### **XXXII Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia.**

*“Al sur del mundo”: dilemas y desafíos en Neurología y Psiquiatría Infanto Juvenil.*

**Lugar:** Hotel Dreams

**Ciudad:** Punta Arenas

**Fecha:** 15 al 17 de octubre 2014.

**Presidenta:** Dra. Carla Inzunza

**Coordinadora del Comité de Neurología:**

Dra. Claudia Amarales

**Coordinador del Comité de Psiquiatría:**

Dr. Alejandro Maturana

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

Fono: 2- 632 08 84

E-mail: [sopnia@tie.cl](mailto:sopnia@tie.cl)

Estimados colegas, socios y amigos:

Me corresponde presidir este año 2014 el XXXII congreso de nuestra sociedad, lo que representa para todo el equipo organizador un gran desafío. Como equipo aspiramos a ofrecer un programa científico atractivo, dinámico y contingente. No es fácil la meta propuesta, pero sin duda merece la pena el intento en la búsqueda de hacer de esta reunión científica anual, el evento profesional más importante a nivel nacional para cada uno de nosotros.

Esta vez nos convoca el sur del mundo, especialmente una pequeña parte de él que nos pertenece, y que probablemente por estar tan alejada, conocemos poco o simplemente no conocemos. Los invitamos a un lugar hermoso y distante donde sin duda se reproduce en gran medida, la misma problemática que los que nos desempeñamos en torno al niño, al adolescente y su sufrimiento mental, vivenciamos cotidianamente. Mirar estos problemas desde este particular lugar nos permite observar los propios equilibrios incipientes, junto a necesidades atendidas y solventadas con

recursos frecuentemente limitados pero con muchos deseos de tener más y mejor retroalimentación; esto último, no solo de parte de las áreas ligadas a nuestra especialidad médica, también de parte de toda la comunidad que directamente se beneficiaría de estos aportes.

En este XXXII congreso organizado en Punta Arenas, contaremos con la presencia de invitados nacionales de distintas ciudades de Chile y extranjeros que nos acompañan desde Estados Unidos, España, Uruguay, Brasil, Argentina e Italia; en conjunto buscaremos favorecer la discusión en base a conceptos neurológicos y psiquiátricos conocidos pero de difícil manejo, como el ciberbullying o el tratamiento actual de las encefalopatías epilépticas, u otros menos discutidos y más controversiales, como el uso legal de marihuana, las ciberadicciones, o el sueño y el impacto de la tecnología. Nos interesa abordar también los tratamientos desde un enfoque integral y por ello en cada simposio del área neurológica se incluirá la participación activa de los médicos neurólogos de regiones a través de la presentación de casos clínicos complejos; además entre otros aspectos discutiremos tanto respecto del uso de fármacos en escolares y pre-escolares con patologías como el Déficit atencional y los Trastornos generalizados del desarrollo, como también sobre actualización en nuevas terapias en patología neurológica compleja e intervenciones familiares en conductas de riesgo adolescente. Lo anterior es solo parte de la temática que les invitamos a discutir con nosotros en esta nueva cita anual, por sobre todo esperamos que de ella surjan formas de implementar una mejor salud mental para toda la población infanto juvenil de nuestro país.

Los invitamos a conocer nuestro programa científico y a entusiasmarse con este rincón del mundo que nos ofrece una pausa para mirar algo novedoso, incipiente, delicado,

## Reuniones y Congresos

íntegro y docente, en fin los esperamos porque todos somos protagonistas de esta nueva cita “al sur del mundo”.

Un gran abrazo

Dra. Carla Inzunza Canales  
Presidenta del XXXII Congreso

### **III Jornadas de la Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares, SOCHITAB**

**Fecha:** 4 y 5 de septiembre 2014-05-19

**Lugar:** Hotel Intercontinental

**Informaciones:**

jornadas.sochitab@gmail.com

### **LIV Congreso Chileno de Pediatría**

**Fecha:** 15 al 18 de octubre 2014

**Lugar:** Hotel Club la Serena

**Informaciones:** sochipe@sochipe.info

### **Simposio de Psicofarmacología**

**Fecha:** 2 septiembre 2014

**Lugar:** Salón Esmeralda, Casino Municipal, Viña del Mar

**Informaciones:** ipsiinstituto@gmail.com

### **Curso de Adolescencia**

**Fecha:** Noviembre de 2014

**Lugar:** Aula Magna, Universidad de Chile

**Informaciones:** Sra. Jessica Mazuela, jmazuela@redclinicauchile.cl

### **V Simposio Internacional de Epilepsia Actualización en el manejo médico y Quirúrgicos de las Epilepsias**

**Fecha:** viernes 29 y sábado 30 de agosto 2014

**Lugar:** Auditorio Dr. Federico Haecker, Clínica Alemana de Santiago

**Informaciones:** lherrerar@alemana.cl

### **LXVII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, SONEPSYN**

**Fecha:** 9, 10 y 11 de octubre

**Lugar:** Pto. Varas

**Informaciones:** presidencia@sonepsyn.cl

### **XXII Congreso Europeo de Psiquiatría EPA**

**Fecha:** 1 al 4 de marzo de 2014

**Lugar:** Munich, Alemania

### **LXI Congreso Anual American Academy of Child Adolescent Psychiatry AACAP**

**Fecha:** 20 al 25 octubre 2014

**Lugar:** San Diego, CA.

## GRUPOS DE ESTUDIOS

---

### REUNIONES MENSUALES

#### **Grupo Chileno Trastornos del Desarrollo, Gtd.**

Se reúnen el último sábado de cada mes a las 9:00 hrs., en el auditorio de la Liga Chilena Contra la Epilepsia, Erasmo Escala 2220 (entre Cumming y Matucana) metro República.

Presidenta: Ps. Andrea Moyano

#### **Grupo de Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia.**

Se reúnen el último miércoles de cada mes a las 13:15 hrs.

Hospital Luis Calvo Mackenna, Auditorio Aníbal Ariztía

Coordinador: Dr. Ricardo Erazo

#### **Grupo Trastornos del Sueño en Pediatría**

Se reúnen el segundo miércoles de cada mes a las 12:30 hrs. en MGM. Los Leones 1366, Providencia, Santiago

Coordinador: Dr. Tomás Mesa

#### **Grupo Adolescencia y Adicciones**

Se reúnen el último miércoles de cada mes, a las 21:00 hrs. en las dependencias del Hotel Regal Pacific.

Coordinador: Dr. Alejandro Maturana

#### **Grupo Enfermedades Desmielinizantes**

Se reúnen el segundo jueves de cada mes, a las 19:30 hrs. en el Auditorio de Clínica Alemana.

Coordinadora: Dra. Andrea Schlatter



SITIOS DE INTERÉS A TRAVÉS DE PÁGINA 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, Neurología y Neurocirugía  
www.sonepsyn.cl

Sociedad Chilena de Salud Mental  
www.schilesaludmental.cl

Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile  
www.postgradomedicina.uchile.cl

Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares  
www.sochitab.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

**Revistas**

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurolo-

gía 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/pepneu

Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com

Revista Europea de Epilepsia (inglés):  
www.seizure-journal.com

**Sitios recomendados en Psiquiatría**

Seminario Internacional "Vínculo, Trauma y Salud Mental: de la Neurociencias a la Intervención".

Información e inscripciones Sra. Jessica Mazuela:  
jmazuela@redclinicauchile.cl

V Simposio Internacional Clínica Psiquiátrica, Hospital Clínico Universidad de Chile

## Noticias

Contacto: [sdias@clinicauchile.cl](mailto:sdias@clinicauchile.cl)

Parámetros prácticos [www.aacap.org/page.ww?section=Practice+Parameters&name=Practice+Parameters](http://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\\_psychiatrists](http://www.aacap.org/cs/root/physicians_and_allied_professionals/guidelines_on_conflict_of_interest_for_child_and_adolescent_psychiatrists)

Autismo (inglés):  
[www.autismresearchcentre.com](http://www.autismresearchcentre.com)

Suicidalidad (inglés): [www.afsp.org](http://www.afsp.org)

Déficit atencional:  
[www.tdahlatinoamerica.org](http://www.tdahlatinoamerica.org)  
(inglés) [www.chadd.org](http://www.chadd.org)

### Sitios recomendados en Neurología

Neurología Infantil Hospital Roberto del Río: [www.neuropedhrrio.org](http://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](http://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](http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia) [www.aacap.org/cs/resource.centers](http://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](http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html)

Chile Crece Contigo: [www.crececontigo.cl](http://www.crececontigo.cl)

CONACE: [www.conace.cl](http://www.conace.cl)

Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008: [http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile-2008&catid=74:noticias&Itemid=559](http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-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](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf)

(Actualizado en Octubre de 2009)

Estas instrucciones han sido preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos sometidos a Revista Biomédicas" establecidos por el International Comité of Medical Journal Editors, actualizado, en noviembre de 2003 en el sitio web [www.icmje.org](http://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, incluídas 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](mailto:sopnia@tie.cl). 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 ni sus partes, tablas o gráficos están registrados, publicados o enviados a revisión a otra publicación. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citada, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los 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 términos 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 donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quién se dirigirá la correspondencia.

## 2. Resumen

En hoja siguiente se redactará resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras cada uno, que incluya objetos 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 principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

## 4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo:

## Instrucciones a los Autores

hasta 3.000 palabras, 40 referencias y 5 tablas o figuras.

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 implicaciones 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 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 una 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

síndrome 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, aténgase 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 en formato word a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisoras 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 fotografadas 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 127 x 173 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.

## Instrucciones a los Autores

### ***i. Abreviaciones y Símbolos***

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

### **5. Revisión de Temas**

Extensión del tema y elementos de apoyo: hasta 3.500 palabras, 80 referencias y 5 tablas o figuras.

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

### **6. Casos Clínicos**

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras, 10 referencias y 3 tablas o figuras.

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

### **7. Contribuciones**

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 2.000 palabras.

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**

Extensión del texto y elementos de apoyo: hasta 1.500 palabras incluyendo hasta 6 referencias y una tabla o figura.

Espacio abierto, en que los socios pueden

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).

**11.** En relación al cumplimiento de la Ley de deberes y derechos de los pacientes, vigente a contar de octubre de 2012: toda investigación Clínica prospectiva interventional y casos clínicos, debe realizarse con CONSENTIMIENTO INFORMADO, requisito que deberá quedar expresado en el método.

### **Senda del Apego**

La obra, que hemos titulado “Senda del Apego”, fue planificada y ejecutada pensando que debía ser un mensaje que ayudara a comprender el significado del apego, a través de las diferentes etapas de nuestras vidas.

Para esto, quisimos emplear un lenguaje con símbolos, que son mensajes visuales fáciles de manejar, representaciones que se reconocen en nuestro entorno y en relación con la infraestructura abstracta a dichas representaciones, y que poseen efectos intencionales.

En relación a la semántica de la obra, le hemos dado un especial énfasis a la simbología del color.

Por tal razón, el violeta, que es el color predominante en la obra, representa la sublimación de todo aquello que es espiritual y hermoso, trasmutando, purificando y limpiando. Es tan potente que puede impulsar a sacrificarse por un gran ideal, proporcionando mucho poder.

El verde, que nos ha servido para atmosfervizar, es el rayo del equilibrio de dar y recibir, y aleja de las dificultades.

El naranja, presente en el niño, representa la actividad, la alegría, los placeres compartidos y libera frustraciones y miedos.

El amarillo que viste al joven, favorece la claridad mental, los procesos lógicos y el razonamiento.

El marrón, predominante en la parte inferior de la obra, lo asociamos con aquellas cosas sólidas, con aquellos instrumentos del individuo que le son seguros y permanentes, aquello que le ayuda a ser práctico, sustentándose en viejos modelos, pero estando siempre abierto a nuevas ideas.

La sintaxis de la obra configura mediante las representaciones que nos conducen el recorrido visual: la madre, el niño y los adultos. Que además de indicarnos el orden cronológico de la vida, nos introduce a las relaciones con las infraestructuras abstractas de los efectos intencionales: de la maternidad, el cariño los lazos afectivos que nos une y nos atan con un nudo que trasciende en el tiempo.

Autoras de la Obra:

Dra. Paola Franco San Cristóbal

Dra. Carmen Franco San Cristóbal

Lic. en Arte. Carmen San Cristóbal V.



