

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

ISSN-0718-3798
Versión digital



PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Indexada en LILACS y LATINDEX / Volumen 34, N° 2, Agosto 2023

EDITORIAL

- Perfil del médico para el país actual.
Physician's profile for today's country.

TRABAJOS LIBRES

- Perfil Neurocognitivo de una cohorte de menores de edad con vivencias de maltrato infantil.
Neuropsychological profile of a cohort of children victims of child abuse.
- Barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental desde la perspectiva de adolescentes con depresión.
Barriers and facilitators to mental health help-seeking from the perspective of adolescents with depression.

REVISION DE TEMAS

- Melatonina, lactancia materna y sueño: revisión del tema.
Melatonin, breastfeeding and sleep: topic review.

CONTRIBUCIONES

- Reflexiones sobre la felicidad.
Reflections on happiness.
- Consideraciones éticas en la investigación del comportamiento suicida en adolescentes.
Ethical considerations in research on suicidal behavior in adolescents.
- Retomando el camino hacia el futuro. Creando nuevos puentes para avanzar.
Retaking the road to the future. Creating new bridges to move forward.

NOTICIAS

REUNIONES Y CONGRESOS

INSTRUCTIVO PARA AUTORES(AS), ACTUALIZADO

Presidente

Dr. Felipe Méndez Koch

Vicepresidente

Dr. Alfonso Correa Del Río

Secretaria General

Dra. Carolina Heresi Venegas

Tesorera

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

Directores

Dra. Ignacia Schmidt Cruz

Dra. Daniela Ávila Smirnow

Dr. Alejandro Maturana Hurtado

Dr. Mario Valdivia Peralta

Dr. Pablo Espoz Lazo - Director Adjunto

Past - President

Dra. Adriana Gutiérrez Poblete

GRUPOS DE ESTUDIO**Trastornos del Desarrollo GTD*****Directora***

Dra. Claudia Herrera C.

Enfermedades Neuromusculares y Trastornos Motores de la Infancia y Adolescencia***Directora***

Dra. Daniela Ávila S.

Políticas Públicas***Directora***

Dra. Joanna Borax P.

Epilepsia Refractaria***Directora***

Dra. Lucila Andrade A.

Trastornos del Sueño en Pediatría***Director***

Dr. Tomás Mesa L.

Grupo de Estudio Salud Mental Escolar***Directores***

Dr. Alfonso Correa D.

Sr. Ricardo Musalem B.

Grupo de Estudios de Estados Mentales de Riesgo EMARS***Directores***

Dra. Adriana Gutiérrez P.

Dr. Alejandro Maturana H.

Dra. Esperanza Habinger C.

Editora General
Clínica Privada

Dr. Pablo Gaspar R.

Editor de Psiquiatría
Universidad de Chile

Dr. Mauricio López E.

Editor de Neurología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dra Marcela Abufhele M.

Editora Asistente de Psiquiatría
Universidad de Santiago

Dra. Vania Martínez N.

Editora Asistente de Psiquiatría
Universidad de Chile

Dra. Fernanda Balut

Editora Asistente de Neurología
Hospital San Borja Arriarán

Dra. Alejandra Hernández G.

Editora Asistente de Neurología
Hospital San Borja Arriarán

Dra Viviana Herskovic M.

Asesora de traducción
Hospital Luis Calvo Mackenna

Dr. Tomás Mesa L.

Past Editor
Pontificia Universidad Católica de Chile

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria. Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	Universidad de Chile. Santiago
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago. USACH
Dra. Mónica Troncoso Sch.	Hospital San Borja Arriarán. Santiago
Dra. Karin Kleinstauber S.	Universidad de Chile. Clínica Las Condes
Dra. Flora de la Barra M.	Universidad de Chile. Santiago

Comité Editorial Revista

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Neurología

Dr. Jaime Campos

Dr. Agustín Legido

Dr. Jorge Malagón

Dr. Joaquín Peña

Dr. Giuseppe Platzi

Dr. Victor Ruggieri

Dr. Darcy Krueger

Hosp. Clínic. de San Carlos. Madrid. España.

Universidad de Philadelphia. U.S.A.

Academia Mexicana de Neurología. México

Hospital Clínico la Trinidad. Venezuela

Hospital Bambino Jesus. Roma. Italia

Hospital J. P. Garrahan. Buenos Aires. Argentina

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. USA

Psiquiatría

Dra. Susan Bradley

Dr. Pablo Davanzo

Dr. Francisco de la Peña

Dr. Daniel Pilowski

Universidad de Toronto. Canadá.

Universidad de California UCLA. U.S.A.

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

Abreviatura

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

Diseño

Juan Silva: juasilva2@gmail.com / Cel.: +56 9 9799 5964

Correspondencia

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dra. Esperanza Habinger, Editora Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2º piso, interior, fono: 2632.0884, email: sopnatie.cl, sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

EDITORIAL

- **Perfil del médico para el país actual.**
Physician's profile for today's country.
Dr. Fernando Novoa Sotta. 7

TRABAJOS LIBRES

- **Perfil Neurocognitivo de una cohorte de menores de edad con vivencias de maltrato infantil.**
Neuropsychological profile of a cohort of children victims of child abuse.
Francisco Cuevas, Tomás Mesa, Lina Combita, Rossana Godoy, Mariano Casanova. 9
- **Barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental desde la perspectiva de adolescentes con depresión.**
Barriers and facilitators to mental health help-seeking from the perspective of adolescents with depression.
Andrea Landázuri, Carolina Lüttges, Vania Martínez. 21

REVISION DE TEMAS

- **Melatonina, lactancia materna y sueño: revisión del tema.**
Melatonin, breastfeeding and sleep: topic review.
Dra. María Olga Retamal Rosales, Dra. Claudia Riffo Allende, Dr. Tomás Mesa Latorre. 29

CONTRIBUCIONES

- **Reflexiones sobre la felicidad.**
Reflections on happiness.
Dra. Marta Colombo Campbell. 37
- **Consideraciones éticas en la investigación del comportamiento suicida en adolescentes.**
Ethical considerations in research on suicidal behavior in adolescents.
Belén Vargas, Fernanda Sánchez. 41
- **Retomando el camino hacia el futuro. Creando nuevos puentes para avanzar.**
Retaking the road to the future. Creating new bridges to move forward.
Dra. Claudia Amarales. 47

NOTICIAS 49

REUNIONES Y CONGRESOS 51

INSTRUCTIVO PARA AUTORES(AS), ACTUALIZADO 56

Perfil del médico para el país actual.

Physician's profile for today's country.

Dr. Fernando Novoa Sotta¹

El perfil de un profesional es el conjunto de habilidades y conocimientos requeridos para desempeñar con éxito una labor compleja y que está bien determinada. El médico es un profesional. No es un técnico que ejerce un oficio. Por ese motivo las exigencias de capacitación del médico son mayores a las que son suficientes para el ejercicio de otras actividades, también necesarias en la sociedad.

Estos perfiles deben ser cuidadosamente diseñados, periódicamente revisados y ajustados a las realidades siempre cambiantes en la sociedad, que requieren de nuevas intervenciones en el campo de la salud.

En primer lugar, es necesario tener presente que anteponer el beneficio de la salud del paciente ante cualquier otro interés, es un aspecto esencial en el perfil del médico. Sin esta condición básica, la profesión médica dejaría de ser la que ha sido considerada hasta ahora. Aparte de este primer requisito, que es esencial, existen otros aspectos en el perfil del médico que pueden variar de acuerdo a las diferentes épocas.

Como ejemplo, frente a las desigualdades injustas que actualmente existen en el acceso a las atenciones en la salud, el médico al presente debe ser un conocedor y defensor de los DDHH que determinan a la salud como un derecho humano básico, que debe estar asegurado por los estados para todos los habitantes del país. El fundamento que tiene este derecho es reconocer la dignidad inherente a todo ser humano.

Esta desigualdad se ha agudizado con la incorporación de nuevas tecnologías que ofrecen mayores beneficios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, pero tienen un mayor costo, quedando muchas de ellas fuera del alcance de grupos con menor disponibilidad económica. A lo anterior se agrega la situación actual en que existe un éxodo de médicos desde el sector público al privado, el que ofrece mayores y mejores incentivos al profesional. Además, actualmente, parte de las intervenciones en la salud de las personas, en cierta medida son reguladas por las leyes del mercado, igual que otros bienes de consumo y servicios, lo que resulta moralmente inaceptable en lo que a la salud de las personas se refiere.

¹ Dr. Fernando Novoa Sotta
Neuropediatra
Past-President SOPNIA
Academia de Medicina
Departamento de Ética COLMED
Profesor Universidad de Valparaíso
Maestro de la Neurología Chilena SONEPSYN
Correspondencia al Dr. Fernando Novoa Sotta: til@vtr.net

Editorial

Asimismo, el médico debe contar con una sólida formación científica, clínica, ética y humanista, consciente de su rol y compromiso con la sociedad en la que está inserto, y actuar con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva en su ejercicio profesional.

El médico debe tener una visión coherente, integral y respetuosa del ser humano como unidad bio-psico-social unívoca y diversa, entregando un trato humano y ético hacia la persona, la familia, el equipo de salud y la comunidad.

Contar con un carácter que incluya empatía y compasión, debe formar parte del perfil del médico, ya que ellas permiten establecer una relación médico-paciente más centrada en la realidad particular del enfermo y responder a sus necesidades de manera efectiva. Desarrollar la empatía y la compasión en el carácter del médico es esencial para brindar una atención de calidad y poder apoyar emocionalmente a los pacientes.

Por lo anteriormente expuesto, en la actualidad, es necesario fortalecer la formación médica con contenidos de Ciencias Sociales y Humanas. La formación humanística y psicosocial requiere de una mayor representación en los programas de estudio que lo que se incluye actualmente.

Una capacitación formal en Ética es de gran importancia en el trabajo del médico, porque actualmente la Medicina presenta situaciones muy complejas, que requieren de parte del profesional, conocimientos específicos sobre temas tales como el consentimiento informado, límites de la confidencialidad, adecuación del esfuerzo terapéutico, distribución de recursos escasos, etc.

Como síntesis, el perfil del médico que el país requiere, incluye contar con un nivel de conocimientos en el área de la salud a un nivel de experto y además -especialmente- en la época actual, incorporar conocimientos de ética y humanismo con el objeto de hacer un trabajo profesional centrado en las necesidades de cada paciente individual y su familia.

Perfil Neurocognitivo de una cohorte de menores de edad con vivencias de maltrato infantil.

Neuropsychological profile of a cohort of children victims of child abuse.

Francisco Cuevas¹, Tomás Mesa², Lina Combita³, Rossana Godoy⁴, Mariano Casanova⁵

Resumen. El maltrato infantil (MI) es un problema multidimensional. El estrés crónico producido por dicho fenómeno afecta el desarrollo cerebral de niños, niñas y adolescentes (NNA), incidiendo negativamente en la evolución de diversos aspectos del desarrollo, condicionando su vida futura.

El objetivo de este estudio es analizar el desempeño sociocognitivo de NNA que han vivido MI, mediante el análisis de las funciones del neurodesarrollo, evaluado con subpruebas de la NEPSY II. Se analizan **funciones ejecutivas y percepción social**, bases del razonamiento y adaptación social.

Se estudia el desempeño de 14 de NNA pertenecientes a un Programa de la Fundación Súmate, cuya Misión es la recuperación de la escolaridad NNA que han visto alterado el curso de su desarrollo por MI.

Los resultados dan cuenta de alteraciones cerebrales asociadas al MI, las que se evidencian en un deficitario desarrollo funcional de las variables estudiadas. Existe grave descenso en los procesos y subprocesos del funcionamiento ejecutivo. En relación con la percepción social, la muestra estudiada presenta un mejor desarrollo, el que desciende a medida que aumenta la edad. Las funciones estudiadas tienen directa relación con el razonamiento cognitivo y desarrollo socio adaptativo, bases sobre las que se estructura el desarrollo académico.

Los hallazgos, refuerzan la urgencia de abordar esta sensible realidad desde la práctica médica en la atención primaria y especializada. Los resultados también son de utilidad para orientar el desarrollo de políticas públicas que efectivamente contribuyan al progreso de nuestro país.

Palabras clave: Maltrato infantil, secuelas cerebrales, funciones ejecutivas, percepción social, plasticidad cerebral.

Abstract. Child maltreatment (MI) is a multidimensional problem. The chronic stress produced

1. Residente Beca Pediatría Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2. Neuropediatra UC CHRISTUS. Chile.

3. Directora Neuromindset Spin-off Universidad de Granada. España.

4. Neuromindset Spin-off Universidad de Granada. Chile.

5. Estudiante de Medicina Universidad de Valparaíso. Chile.

Correspondencia a Francisco Cuevas: franciscocuevasrodriguez@gmail.com

Trabajos Libres

by this phenomenon affects the brain development of children and adolescents (NNA), negatively affecting the evolution of various aspects of development, conditioning their future life.

The objective of this study is to analyze the sociocognitive performance of children and adolescents who have experienced IM, through the analysis of the performance of neurodevelopmental functions, evaluated through subtests of the NEPSY II. Executive functions and social perception, reasoning bases and social adaptation are studied.

The performance of 14 NNA belonging to a Fundación Súmate Program is studied, whose mission is the recovery of NNA schooling that has seen the course of their development altered by IM.

The results show brain alterations associated with MI, evidenced in a deficient functional development of the variables studied. There is a serious decline in the processes and threads of executive functioning. In relation to social perception, the studied sample presents a better development, which decreases as age increases. The functions studied are directly related to cognitive reasoning and socio-adaptive development, based on which academic development is structured. The findings reinforce the urgency of addressing this sensitive reality from medical practice in primary and specialized care. The results are also useful to guide the development of public policies that effectively contribute to the progress of our country.

Keywords: Child abuse, brain sequelae, executive functions, social perception, brain plasticity.

INTRODUCCIÓN

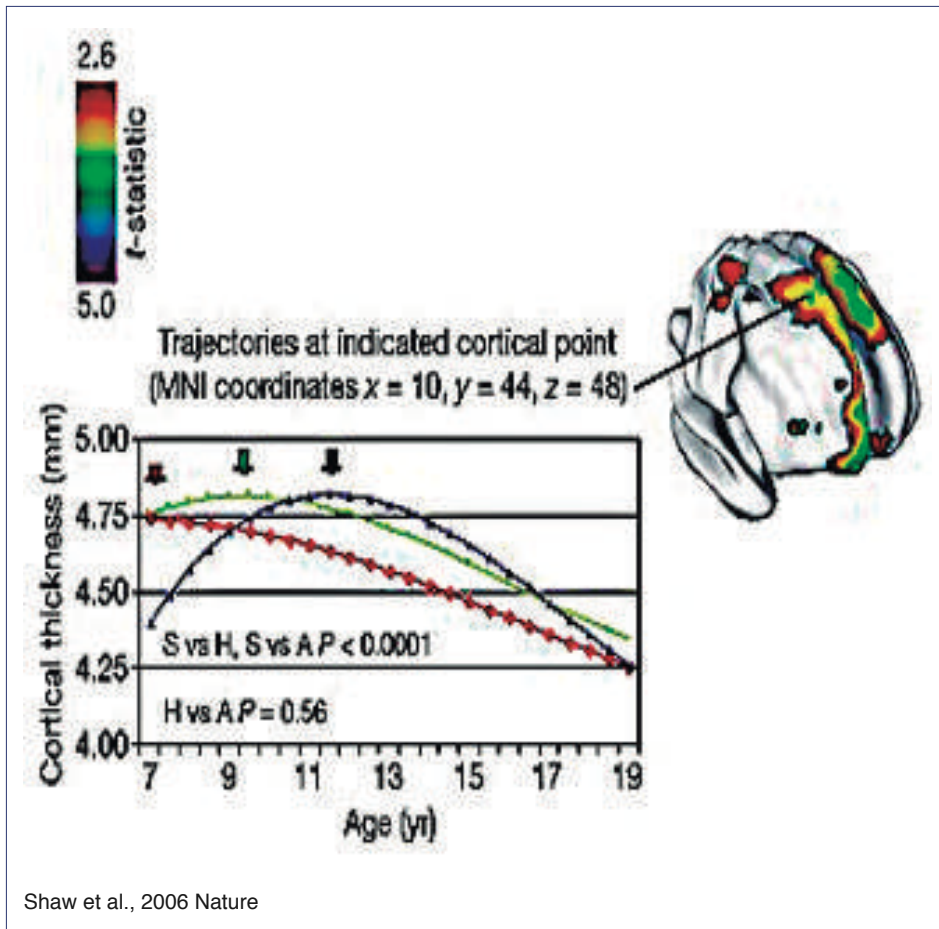
El propósito de este estudio es objetivar el desempeño de funciones del neurodesarrollo de NNA que han vivido maltrato infantil (MI), planteamiento que surge de la pregunta de investigación respecto del MI respecto del neurodesarrollo.

Se analizan resultados de subpruebas del instrumento NEPSY II, referidas a funciones ejecutivas y percepción social. Se estudia una muestra de la población compuesta por niños, niñas y adolescentes (NNA) de una institución cuya misión es recuperar la trayectoria del curso de vida en niños con antecedentes de maltrato infantil (MI).

La comprensión de los efectos del MI en el cerebro, precisa contemplar cómo ocurre el desarrollo cerebral en la especie humana. Filogenéticamente, hace 6 millones de años, compartimos un ancestro común con los chimpancés,

donde cabe preguntarse ¿qué nos hace diferentes a esta especie? La respuesta hace referencia al aumento de la zona frontal del cerebro, específicamente en el aumento de la superficie cortical de esta, que da origen al desarrollo de las funciones cognitivas superiores relacionadas con el funcionamiento cognitivo y socio adaptativo (1) donde la presencia de áreas de procesamiento multimodal, ubicadas en redes fronto parietales, posibilitan el ajuste a respuestas y la red cíngulo opercular, para la mantención del set mental (2).

En relación con el desarrollo ontogénico, la manifestación de funciones cognitivas superiores ocurre mediante la manifestación de la plasticidad neuronal, mediante dos procesos dependientes de la experiencia: proliferación y poda sináptica. Durante el período máximo de desarrollo sináptico, se produce un potencial enorme de aprendizaje. En este proceso, el cerebro se desarrolla, potenciando aquellas co-



nexiones que son útiles para el entorno, desechando las que no lo son (3).

El desarrollo cerebral se produce desde la parte inferior a la superior y desde la posterior a la anterior, y de forma más prominente en la zona superior parietal y frontal entre los 7 y 16 años (4). El hipocampo completa la mayor parte de su desarrollo a los 2 años de edad, mientras que la maduración de la amígdala se extiende hasta la segunda década de la vida y posteriormente la de la corteza prefrontal (5). Si bien el cuerpo calloso (6), el hipocampo (7) y las áreas frontales (8) se mielinizan gradualmente y lo siguen haciendo intensamente lo largo de toda la infancia y en la adolescencia.

La internalización y consolidación de las funciones cognitivas y socio adaptativas, se circunscribe en los “períodos sensibles del desarrollo”, proceso que va más allá de la especialización funcional. Esto ocurre en la infancia, período que en la especie humana, a diferencia de otras, contempla un amplio rango temporal, cuya duración aproximada de dos décadas. Esto obedece a que la trayectoria madurativa para las regiones de asociación multimodal requiere de mayor tiempo en producirse y, por tanto la ventana de oportunidad en estas estructuras va a estar abierta durante más tiempo (9). De esta forma, la especie humana cuenta con un potencial de plasticidad para el sistema cognitivo y socio adaptativo que posibilita el ade-

cuado desarrollo de la especie humana en el mundo. No obstante, en contexto de MI la programación ontogénica se ve seriamente afectada.

El período de mayor sensibilidad frente a la experiencia adversa va desde los 4 meses a los 18 años de edad. Sin embargo, dado que cada estructura cerebral tiene un desarrollo único, existen períodos de mayor vulnerabilidad frente al maltrato en regiones específicas (10).

El estrés nocivo que provoca el MI, altera el desarrollo del sistema nervioso del individuo en la primera etapa de su vida, mientras se establecen los principales fundamentos de la arquitectura cerebral. La prolongada exposición a glucocorticoides, el aumento del cortisol y los elevados niveles de catecolaminas que resultan de la falta de regulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, afectan el desarrollo y la maduración cerebral, provocando retraso en la mielinización, anomalías en la poda neuronal y la arborización dendrítica y axonal. A su vez, se produce una inhibición de la neurogénesis y alteraciones en la sinaptogénesis, disminución en la fluidez y eficiencia de la neurotransmisión, traducida en menor integración de la información cerebral (11).

En términos neuroanatómicos, el MI se traduce en aumento de la representación subcortical y disminución de la representación cortical. **Mayor desarrollo subcortical:** Existe aumento en el volumen de la amígdala, correlacionado con aumento de niveles de dopamina y disminución de serotonina (12). El hipocampo evidencia menor densidad sináptica, supresión de neurogénesis de células granulosas y alte-

ración de células piramidales (13). El cuerpo caloso presenta retraso en la neurogénesis y mielinización, junto a reducción del volumen en la zona media y posterior (14). A nivel cerebelar, se describe menor volumen en la zona superior y posterior izquierda y derecha. Actividad disminuida del vermis cerebeloso por reducción del flujo sanguíneo (15).

El aumento de la representación subcortical se correlaciona con alteración del contenido emocional del estímulo, alta reactividad al estímulo negativo, aumento de la atención a estímulos amenazantes, presencia de ansiedad y agresividad. Trastornos de la memoria declarativa y aprendizaje. Disminución en memoria visoespacial.

Disminución del desarrollo cortical:

Disminución del volumen cortical.

Densidad sináptica y simetría atenuadas. La corteza cingulada anterior evidencia alteración en el metabolismo y simetría en el giro temporal superior (16).

La disminución de la representación cortical afecta la resolución de tareas complejas y abstracción. A su vez, se observan déficits en el sistema atencional, memoria de trabajo y dificultad en la programación y coordinación de la conducta.

El aumento de la representación subcortical respecto del área cortical es la expresión de las secuelas cerebrales del MI, cuya configuración afecta el desarrollo sociocognitivo en NNA. Desde el punto de vista funcional, los procesos de adaptación social evidencian adquisición de patrones desviados de comportamiento (17). En relación con las funciones ejecutivas existe disminución

en memoria de trabajo, control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y atención ejecutiva (Diamond, 2016). La memoria de trabajo se relaciona con manipulación mental de la información, el control inhibitorio es la capacidad de inhibir conscientemente respuestas automáticas adaptándose a las señales del contexto, la flexibilidad cognitiva, asentada en la manipulación mental de la información y control inhibitorio, permite cambio en el uso de estrategias de acuerdo con las demandas. La atención ejecutiva es el nivel consciente de conexión con el medio y es necesaria en memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva (18). Puesto que el desarrollo de las funciones ejecutivas sigue un curso lento y progresivo su espectro de vulnerabilidad es excepcionalmente amplio.

El normal desarrollo de las funciones ejecutivas es crucial no sólo para el funcionamiento cognitivo, sino también para el desarrollo social y afectivo en las personas (19).

Así es cómo NNA que han vivenciado MI, manifiestan secuelas de daño cerebral debido a que, si bien adaptativamente se refuerzan circuitos que permiten enfrentar situaciones de estrés, esto es en detrimento del desarrollo de conexiones corticales que permiten el desarrollo sociocognitivo. Esta condición se manifiesta funcionalmente en problemas de aprendizaje y de regulación conductual.

MÉTODO

El estudio descriptivo se realiza en NNA pertenecientes a la Escuela Betania de la Fundación Súmate, filial del Hogar de Cristo. La Misión de este organismo se orienta al desarrollo del

bienestar e inclusión social de NNA que han visto afectado el curso de vida por diversos tipos de MI, que entre otras consecuencias se manifiesta en la exclusión del sistema educativo (www.sumate.cl). La Escuela Betania es un programa de recuperación de la trayectoria educativa, ubicada en la comuna de La Granja en la región Metropolitana. Tiene modalidad diurna, cuenta con educación básica y media, y con talleres y certificación de oficios. Cuenta con una capacidad para 230 estudiantes, quienes reciben atención por parte de un equipo multidisciplinario y Programa de Integración Escolar. El grupo de NNA estudiado, pertenece a sexto básico del programa de recuperación de la trayectoria escolar. Los estudiantes de este nivel participan del Programa “Neurociencia cognitiva del desarrollo: Bienestar mental y social en niñas y niños en condición de vulneración”, desarrollado por Neuromindset, Spin-off de la Universidad de Granada, instancia que, entre otras, incluye evaluación de características neurocognitivas, asociadas al funcionamiento ejecutivo y percepción social a la totalidad de los niños, mediante la aplicación de subpruebas de la NEPSY II. Para efectos de este estudio, se realiza un análisis secundario de los resultados de las pruebas aplicadas en marzo 2022, objetivando el desempeño de las pruebas aplicadas.

El acceso a la información se realiza mediante formulario de Dispensa de Consentimiento Informado que fue presentado y aprobado por el Comité de Ética Científico de Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, también se cuenta con la aprobación de la Dirección de Fundación Súmate.

Los NNA que participan dan su con-

sentimiento informado, el que fue desarrollado por el Comité de Ética de la Fundación Súmate. y aplicado por el Director de convivencia de la Escuela Betania.

En principio se estimó evaluar a la totalidad del nivel (20 NNA), no obstante por causas que se desconocen, 6 estudiantes abandonan el estudio. Con la finalidad de resguardar la privacidad de los NNA, para efectos del análisis de este estudio, se codifican sus identidades. Se analiza el desarrollo de 14 NNA pertenecientes, 7 de sexo femenino y 7 de sexo masculino, cuyas edades fluctúan entre los 12 y 15 años de edad, con promedio de 14 años. La cantidad de años de rezago escolar presenta un rango entre 1 y 5 años, con un promedio de 3.

El tipo de MI que presentan los NNA estudiados, se define en función de la

severidad de la vulneración que han vivenciado, configurándose dos tipos, simple y grave (UNICEF, 2020). Corresponde a vulneración simple (VS), la presencia de negligencia parental y afectación de la trayectoria escolar menor a 2 años. La vulneración grave (VG), corresponde a más de dos años de rezago escolar y graves consecuencias del MI en el desarrollo de NNA, como es el consumo de alcohol y drogas, prostitución infantil y comisión de actos delictuales (21).

La totalidad de los NNA estudiados presentan problemas de aprendizaje y alteración de los procesos socio adaptativos.

De acuerdo con los criterios de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), la totalidad de este curso pertenece al nivel E (22).

Tabla 1. Características de la muestra.

Variable		Cantidad
Edad		
12- 13 años		5
14- 15 años		6
16 años		3
Sexo		
Mujeres		7
Hombres		7
MI / Vulneración simple y grave por sexo	Simple Mujeres	1
	Simple hombres	2
	Grave Mujeres	6
	Grave hombres	5

Se analizan resultados subpruebas correspondientes al test Nepsy II. Se evalúan dos ámbitos mediante la aplicación de subpruebas específicas. El instrumento cuenta con 4 tipos diferentes de puntajes: principal, escalar, procesamiento, comparación y observaciones de comportamiento. Para efectos de esta evaluación, se emplean puntajes principales escalares (<https://>

www.pearsonclinical.es)

Los dominios empleados para esta investigación son:

- Atención auditiva y flexibilidad cognitiva
- Percepción social

Descripción de los dominios y subpruebas aplicadas.

(Ver tabla 2.)

Tabla N°2. Instrumento de evaluación

Dominio NEPSY II	Descripción subprueba aplicada por dominio
ATENCIÓN EJECUTIVA	Atención auditiva (AA) y flexibilidad cognitiva (FC): Esta prueba tiene dos tareas: Atención auditiva y Flexibilidad cognitiva. Atención auditiva evalúa la atención auditiva selectiva y la habilidad para sostenerla (vigilancia). Flexibilidad cognitiva, evalúa la capacidad para cambiar y mantener un nuevo patrón de respuestas en el que intervienen tanto la inhibición de respuestas previamente aprendidas como responder correctamente a estímulos por emparejamiento o contraste.
	Clasificación de animales (CA): Evalúa la capacidad de formular conceptos básicos, para transformarlos en acción (clasificar por categorías), así como para cambiar el foco de atención de un concepto a otro. El niño debe clasificar las tarjetas en dos grupos de cuatro tarjetas, siguiendo distintos criterios de clasificación establecidos por él mismo.
	Inhibición (IN): Evalúa la capacidad de inhibir las respuestas automáticas a favor de otro tipo de respuesta, y la habilidad para cambiar entre distintos tipos de respuesta.
	Relojes (R): Evalúa la planificación y la organización, las habilidades viso perceptivas y visoespaciales, y el concepto que el niño tiene de la hora en relación con los relojes analógicos.
PERCEPCIÓN SOCIAL	Reconocimiento de emociones (RE): evalúa el reconocimiento e identificación de los estados emocionales que expresa la cara de una persona. Determina el nivel de ajuste social.
	Teoría de la mente (TM): Evalúa la aptitud del niño para entender que las percepciones y los pensamientos de otras personas son diferentes a las suyas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la realización del análisis exploratorio de los datos, análisis de la varianza, control estadístico, se emplea el Programa Centurión.

Se realiza análisis de medianas y promedios de las características del grupo y puntajes obtenidos, tomando un valor p 0,05 para dilucidar si es una diferencia estadísticamente significativa.

Trabajos Libres

RESULTADOS

Del total de los NNA, el 78,57% de los sujetos vivencia VG y el 21,43% VS de derechos.

Del total de quienes presentan VG, el 54,45% corresponde a mujeres y el 45,55% hombres.

Del total de quienes presentan VS, el 33,33% corresponde a mujeres y el 66,67% a hombres.

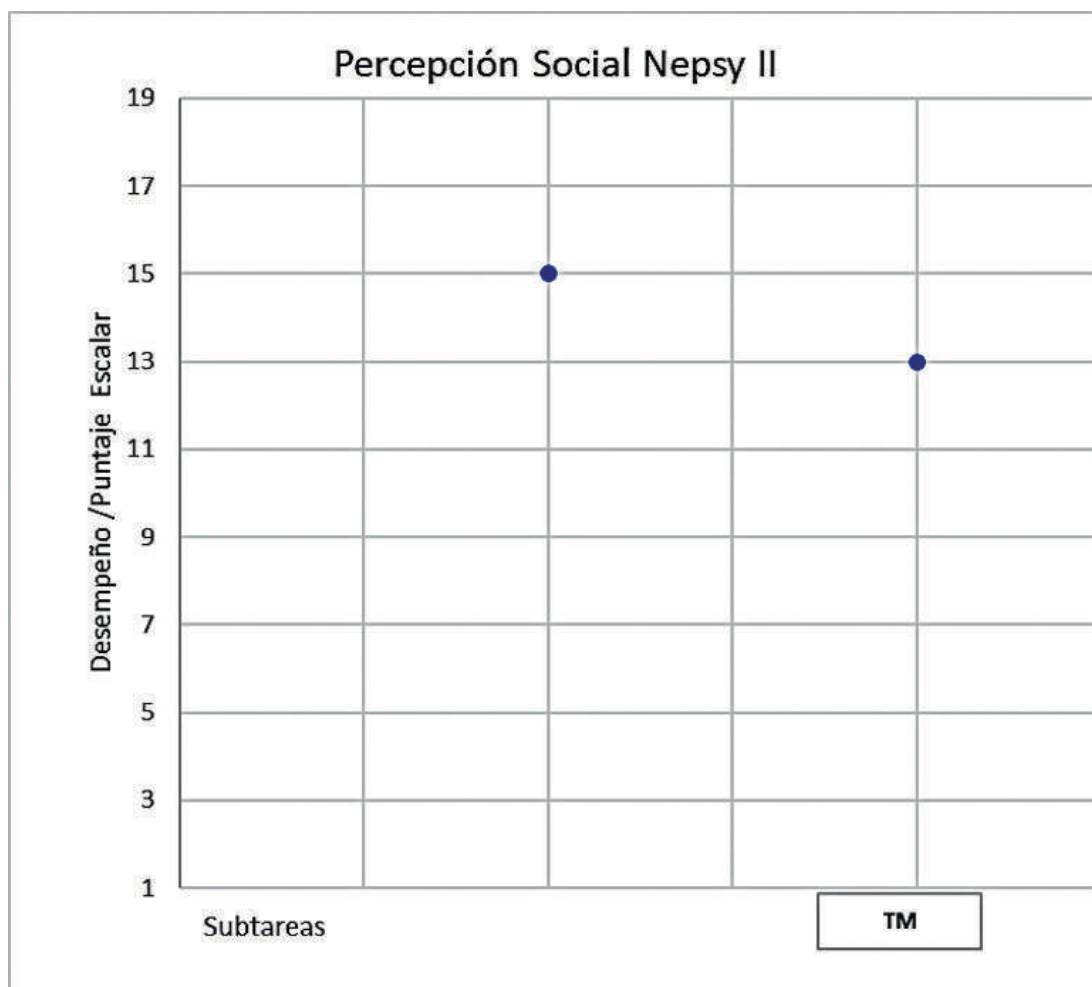
Al realizar el análisis por sexo, el 85,71% de las mujeres ha vivenciado VG y el 14,29% VS de derechos. De los hombres, el 71,43% ha vivenciado VG

y el 28,57% VS de derechos.

Respecto a la edad, los sujetos con vivencia de VG presentan en promedio 14,54 años. Quienes presentan VS presentan un promedio de 12 años ($p = 0,002$).

En relación con los años de rezago escolar, los NNA con vulneración grave (VG) presentan en promedio 3,54 años de rezago escolar. Los NNA con VS en promedio presentan 1 año de rezago escolar ($p = 0,002$).

En relación con el desempeño en las pruebas aplicadas, "Percepción Social" el total de la muestra obtuvo un pun-



taje promedio escalar de 14 puntos. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de VS vs VG. Para efectos estadísticos de la Nepsy II implica desarrollo social en el límite para los diversos rangos etarios.

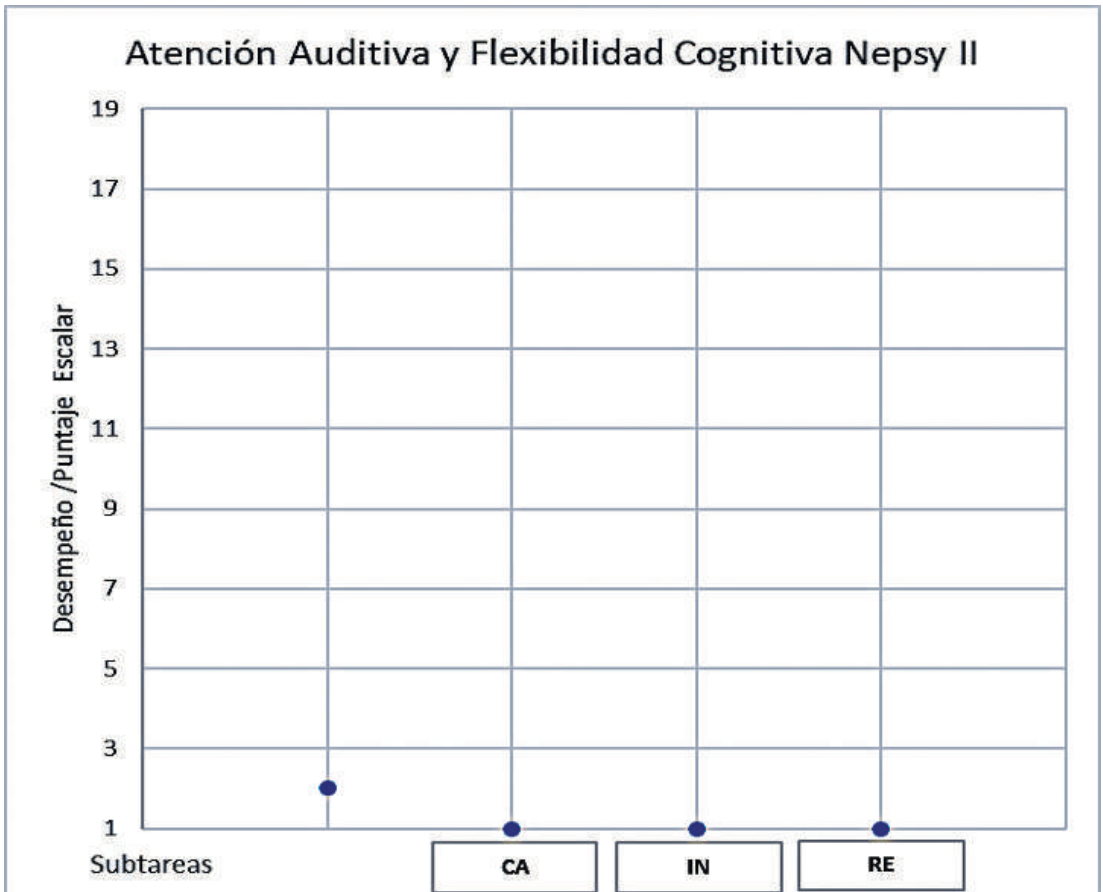
En la prueba Atención Ejecutiva, el total de la muestra obtuvo un puntaje promedio escala de 1 punto. No se observan diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos por ambos grupos en las pruebas “Clasificación de animales”, “Inhibición”, “Atención Auditiva y Flexibilidad Cognitiva”, “Teoría de la Mente”, “Reconocimiento de emociones” y “Relojes”. Para efectos estadísticos de la Nepsy II, implica desarrollo muy por debajo de la media estadística para los diversos rangos etarios.

El resultado escalar para toda la muestra es el mínimo 1. Esto da cuenta de un desempeño muy por debajo de la media estadística para diversos grupos etarios.

DISCUSIÓN

El resultado en función de la pregunta de investigación ¿Cómo se alteran las funciones ejecutivas y perspectiva social en el contexto escolar de una cohorte local? refieren la presencia de graves alteraciones en el desarrollo de las funciones ejecutivas. El universo de los NNA, en promedio presentan el puntaje mínimo. Esto se correlaciona con estudios que a nivel internacional refieren las secuelas del MI, las que se expresan en esta grave alteración funcional.

El desempeño obtenido en Percepción



Social da cuenta de un mejor desempeño en comparación con el desarrollo ejecutivo, no obstante dicho resultado, en contexto del bajo desempeño ejecutivo se relaciona con una mayor activación subcortical respecto de los estímulos sociales.

Los resultados de ambas pruebas se correlacionan directamente con la exposición a MI, las secuelas cerebrales producto de esto y los problemas de aprendizaje y alteración de los procesos socio adaptativos que estos NNA presentan.

El desempeño obtenido en Percepción Social da cuenta de un mejor desempeño en comparación con el desarrollo ejecutivo, no obstante dicho resultado, en contexto del bajo desempeño ejecutivo se relaciona con una mayor activación subcortical respecto de los estímulos sociales.

Los resultados de ambas pruebas se correlacionan directamente con la exposición a MI, las secuelas cerebrales producto de esto y los problemas de aprendizaje y alteración de los procesos socio adaptativos que estos NNA presentan.

Si bien las limitaciones de este estudio son evidentes respecto de la representatividad a nivel nacional de la población con MI, los resultados respecto del funcionamiento ejecutivo y social se correlacionan con evidencia internacional respecto de secuelas neurocognitivas y alteraciones cerebrales relacionadas con disminución cortical y aumento del área subcortical.

Es fundamental el involucramiento activo del equipo de salud infantil, especialmente los médicos pediatras en la detección precoz de factores de riesgo

asociado al MI, como también el liderazgo en equipos de atención especializados en MI de neurólogos y psiquiatras infantiles.

Los alcances estratégicos de este estudio se orientan a la necesidad de considerar, en políticas de desarrollo, el MI como un grave problema de salud. Desde esta perspectiva el trabajo multi e interdisciplinario, pudiesen constituirse en el inicio de la solución en una realidad tan sensible de nuestro país, respecto de la cual desde hace años no encuentra respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eisenberg, J. F. 1989. *Mammals of the Neotropics: Panama, Colombia, Venezuela, Guyana, Suriname, French Guiana*. The University of Chicago Press, Chicago, 449 pp.
2. Dosenbach NU, Fair DA, Cohen AL, Schlaggar BL, Petersen SE. A dual-networks architecture of top-down control. *Trends Cogn Sci*. 2008 Mar;12(3):99-105. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.001. Epub 2008 Feb 11. PMID: 18262825; PMCID: PMC3632449.
3. Förster, J., & López, I. (2022). Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 338-346.
4. Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, Jernigan TL, Toga AW. In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. *Nat Neurosci*. 1999 Oct; 2(10):859-61. doi: 10.1038/13154. PMID: 10491602.
5. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the bra-

- in, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009 Jun;10(6):434-45. doi: 10.1038/nrn2639. Epub 2009 Apr 29. PMID: 19401723.
6. Navalta, Carryl P, Akemi Tomoda y Martin H. Teicher. Trayectorias del desarrollo neuroconductual: la neurociencia clínica del abuso infantil, en Mark L. Howe, Gail S. Goodman y Dante Cicchetti (eds), *Estrés, Trauma y desarrollo de la memoria infantil: perspectivas neurobiológicas, cognitivas, clínicas y legales* (Nueva York, 2008; en línea, Oxford Academic, 1 de mayo de 2008),
 7. Benes FM, Turtle M, Khan Y, Farol P. Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence, and adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jun; 51(6):477-84. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950060041004. PMID: 8192550.
 8. Klingberg T, Vaidya CJ, Gabrieli JD, Moseley ME, Hedehus M. Myelination and organization of the frontal white matter in children: a diffusion tensor MRI study. *Neuroreport*. 1999 Sep 9;10(13):2817-21. doi: 10.1097/00001756-199909090-00022. PMID: 10511446.
 9. Shaw P, Greenstein D, Lerch J, Clasen L, Lenroot R, Gogtay N, Evans A, Rapoport J, Giedd J. Intellectual ability and cortical development in children and adolescents. *Nature*. 2006 Mar 30;440(7084):676-9. doi: 10.1038/nature04513. PMID: 16572172.
 10. Takesian AE, Hensch TK. Balancing plasticity/stability across brain development. *Prog Brain Res*. 2013; 207:3-34. doi: 10.1016/B978-0-444-63327-9.00001-1. PMID: 24309249.
 11. Grassi-Oliveira, R., Ashy, M. y Stein, LM (2008). Psicobiología del maltrato infantil: ¿Efectos de la carga alostática? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (1), 60–68. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000100012>
 12. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Mar;214(1):55-70. doi: 10.1007/s00213-010-2009-2. Epub 2010 Sep 24. PMID: 20865251; PMCID: PMC3050094.
 13. Grassi-Oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Braz J Psychiatry*. 2008 Mar;30(1):60-8. doi: 10.1590/s1516-44462008000100012. PMID: 18373020.
 14. Viding E, Fontaine NM, McCrory EJ. Comportamiento antisocial en niños con y sin rasgos insensibles-no emocionales. *Diario de la Sociedad Real de Medicina*. 2012;105(5):195-200. doi: 10.1258/jrsm.2011.110223
 15. Teicher MH, Anderson CM, Ohashi K, Polcari A. Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biol Psychiatry*. 2014 Aug 15;76(4):297-305. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.09.016. Epub 2013 Oct 2. PMID: 24209775; PMCID: PMC4258110.
 16. McCrory Eamon, De Brito Stephane, Viding Essi. *The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors*. 2011
 17. Baker, LM, Williams, LM, Korgaonkar, MS y col. *Impacto del estrés de la vida temprana en la niñez*

- temprana versus la niñez tardía en la morfometría cerebral. *Imágenes cerebrales y comportamiento* 7, 196–203 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11682-012-9215>
18. Rueda, María & Conejero, Angela & Guerra, Sonia. (2016). Educar la atención desde la neurociencia. *Pensamiento Educativo: Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*. 53. 1-16. 10.7764/PEL.53.1.2016.3. García-Molina et al., 2009.
 19. Rueda, María & Conejero, Angela & Guerra, Sonia. (2016). Educar la atención desde la neurociencia. *Pensamiento Educativo: Revista de Investigación Educativa Latinoamericana*. 53. 1-16. 10.7764/PEL.53.1.2016.3. García-Molina et al., 2009
 20. www.sumate.cl
 21. www.defensorianinez.cl
 22. www.casen2022.gob.cl

Barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes con depresión.

Barriers and facilitators to mental health help-seeking, from the perspective of adolescents with depression.

Andrea Landázuri^{a,1}, Carolina Lüttges^{b,1,2}, Vania Martínez^{c,1,2,3}.

Resumen. La prevalencia de depresión en adolescentes es aproximadamente 7% en Chile. Sólo entre 18% y 34% de jóvenes con depresión accede a ayuda profesional. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue analizar barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda profesional en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile. **Método:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo desde el enfoque fenomenológico. Se realizaron diez entrevistas semi estructuradas a adolescentes, que fueron analizadas con teoría fundamentada. **Resultados:** Las principales barreras fueron estigma, minimización de síntomas y preocupación por confidencialidad. Los principales facilitadores fueron contar con red de apoyo, reconocimiento de síntomas e intervenciones escolares que favorecen la detección de síntomas. **Conclusiones:** Se debe trabajar de manera conjunta con adolescentes, sus familias, pares y sistema escolar brindando información sobre la depresión y su tratamiento.

Palabras clave: Depresión, adolescencia, búsqueda de ayuda, barreras, facilitadores.

Abstract. The prevalence of depression in adolescents is approximately 7% in Chile. Only between 18% and 34% of young people with depression access professional help. **Objective:** The aim of this research was to analyze the barriers and facilitators for seeking professional help in mental health, from the perspective of adolescents between 15 and 17 years of age with depression in Santiago, Chile. **Methodology:** An exploratory and descriptive qualitative study was carried out from the phenomenological approach. Ten semi-structured interviews

a Médica, Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

b Psicóloga, Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

c Médica psiquiatra infantil y del adolescente, Doctora en Psicoterapia.

1 Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.

2 Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

3 Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.

Correspondencia: Vania Martínez, Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: vmartinezn@uchile.cl

Este estudio se realizó en el marco de la tesis para obtener el grado de Magister en Psicología Clínica mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile de Andrea Landázuri.

Fuente de apoyo financiero: Este estudio recibió el apoyo de ANID - Fondecyt N° 1161696, y ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081 y ICS13_005. Las fuentes de financiamiento no influyeron en el diseño del estudio, la recolección, análisis e interpretación de los datos y redacción de este reporte.

were conducted with adolescents and analyzed with grounded theory. **Results:** The main barriers were stigma, minimization of symptoms, and concerns about confidentiality. The main facilitators were having a support network, symptom recognition, and school interventions that favor symptom detection. **Conclusions:** Joint work should be done with adolescents, their families, peers, and school system providing information about depression and its treatment. **Keywords:** Depression, adolescence, help-seeking, barriers, facilitators.

INTRODUCCIÓN

La depresión en adolescentes es una problemática altamente prevalente, multidimensional y compleja¹. Un estudio publicado por De la Barra y otros, encontró un 7,0% de prevalencia de depresión en adolescentes de 12 a 18 años en Chile, siendo más alta en mujeres en una relación de 2:1².

El trastorno depresivo trae consigo varias consecuencias que afectan los diferentes ámbitos de la vida y del desarrollo de los jóvenes. Una consecuencia grave que hay que tener en cuenta es la ideación y conducta suicida. Además, se pueden presentar recurrencias en edades adultas y poca adherencia al tratamiento¹.

La búsqueda de ayuda temprana reduce el impacto de la depresión a largo plazo, disminuye las comorbilidades y especialmente, el riesgo de suicidio³. Sin embargo, existe un retraso de los adolescentes para buscar ayuda¹.

En la búsqueda de ayuda se identifican dos formas relevantes: la informal (familia y personas cercanas) y la formal (profesional). De acuerdo a una revisión sistemática, sólo un 18% a 34% de los adolescentes que tienen síntomas graves de depresión buscan ayuda profesional⁴.

Rothie y Levy proponen un modelo de búsqueda de ayuda que consta de tres pasos: el reconocimiento, la decisión y

la acción, que es interesante a tomar en cuenta⁵.

Por otro lado, para entender el proceso de búsqueda de ayuda, también es relevante considerar a la teoría ecológica de los sistemas de Urie Bronfenbrenner (1987), la cual detalla varios niveles los cuales están contenidos uno dentro de otro. Los cuatro niveles o sistemas son: el micro, meso, exo y el macro sistema, cada uno interactúa con el individuo⁶.

Una de las barreras principales descritas en la literatura para la búsqueda de ayuda es el estigma, considerado como el conjunto de actitudes negativas y creencias que motivan al público a temer, evadir y discriminar a las personas con enfermedad mental, en donde el prejuicio y la discriminación forman parte del mismo⁷. El autoestigma o estigma hacia si mismo, se divide en estigma anticipado (el sujeto se anticipa a una reacción de rechazo de otros) y estigma experimentado (experiencias y vivencias de rechazo o discriminación de una persona con trastorno de salud mental). El estigma social o público hace referencia a creencias estigmatizantes de la sociedad sobre los trastornos de salud mental y el tratamiento⁸.

Uno de los facilitadores importantes para la búsqueda de ayuda formal descritos en la literatura es la presencia activa de red de apoyo^{4,7}.

Teniendo presente que un gran número de adolescentes no busca ayuda

profesional en salud mental, a pesar de necesitarla, toma relevancia el estudiar la conducta sobre la búsqueda de ayuda en adolescentes chilenos, para poder realizar intervenciones que permitan facilitar o acercar la atención de salud mental a los adolescentes y lograr una detección y tratamiento oportuno.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo principal de este estudio fue describir y analizar las barreras y facilitadores para la búsqueda temprana de ayuda formal (profesional), desde la perspectiva de adolescentes de ambos sexos entre 15 y 17 años con depresión en Santiago de Chile.

La investigación se realizó desde una metodología cualitativa, con un diseño descriptivo/fenomenológico, ya que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas, así como en las creencias personales de los participantes.

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos homogéneos.

El presente estudio está asociado al proyecto Fondecyt Regular N° 1161696: “Eficacia de un programa escalonado basado en Internet para la prevención e intervención temprana de la depresión en adolescentes”.

En este estudio participaron estudiantes de colegios particulares subvencionados del área norte de Santiago de Chile, entre 15 y 17 años, que fueron excluidos del proyecto mayor por presentar alta sintomatología depresiva en cuestionarios aplicados, y que fueron evaluados por psiquiatra, diagnosticados con depresión y derivados a su centro de salud correspondiente. Entre tres y seis meses después de haber sido

derivados, se contactó a los padres/tutores de los jóvenes y se explicó el estudio. Quienes aceptaron firmaron un consentimiento informado y los adolescentes firmaron un asentimiento informado.

Como técnica de producción de información, se utilizó la entrevista semiestructurada. Las entrevistas tuvieron una duración en promedio de una hora y fueron audio grabadas y posteriormente transcritas.

Se realizó un análisis cualitativo de los datos, basado en los lineamientos de la teoría fundamentada⁹. Para facilitar y organizar de una manera adecuada la información obtenida en las entrevistas semi estructuradas, se utilizó el programa MAXQDA versión 2018, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales.

Este método de análisis de datos fue dinámico, lo que permitió, de acuerdo a los temas y categorías que emergieron en las diferentes entrevistas, interpretar y reflexionar constantemente sobre los datos recabados.

Este proyecto de investigación contó con la aprobación del comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por siete mujeres y tres hombres. Tres adolescentes no se encontraban en tratamiento farmacológico ni en psicoterapia al momento de la entrevista. Tres de los adolescentes se encontraban en tratamiento en centros de salud privados y cuatro en centros de salud públicos.

A continuación se describen los principales hallazgos en cuanto a las barreras y facilitadores para la búsqueda de ayuda formal en salud mental, desde la perspectiva de adolescentes con depresión a nivel personal, familiar, de pares, del sistema escolar y del sistema de salud.

Barreras para la búsqueda de ayuda formal en salud mental.

1. Barreras a nivel personal

a. Autoestigma: Existe un estigma social internalizado. Se encontraron como sub-categorías “ser hombre”, el estereotipo de la depresión (considerando posible el tener depresión sólo cuando existe sintomatología grave), la debilidad personal y el prejuicio hacia la atención en salud mental.

“Una mujer cuenta más lo que siente, porque el hombre siempre quiere verse más fuerte poh.” (Adolescente 10, hombre).

“[El imaginario de depresión] es como una persona tapándose los ojos así, con los brazos cortados y todo de negro.” (Adolescente 8, hombre).

“No pensaba que tenía depresión... No sé, siempre he sentido que es como tener pena no más. Es como normal para mí tener pena.” (Adolescente 4, mujer).

“Es por debilidad de la personalidad, algo así... me daba pena de caer en lo mismo, no quería que piensen [la familia] que volví.” (Adolescente 3, mujer).

b. Estigma anticipado: Idea anticipatoria que está relacionada con la reacción que tendrá el otro. Se encontraron como sub-categorías: la normalización y minimización de los síntomas por parte de otras per-

sonas, el deseo de no dar lástima ni preocupar a otros, y la preocupación por la confidencialidad.

“No me gusta hablar con ellos [padres]. ¿Por qué? Porque siento que dicen que exagero algo, no sé..., siento que no les importa o algo, no sé.” (Adolescente 7, mujer).

“Me guardo todo. Es que no me gusta, porque si yo cuento algo de que me siento mal, o algo así, dicen ‘ay, pobrecito.’” (Adolescente 10, hombre).

“Es que no quería que se preocuparan poh.” (Adolescente 8, hombre)

2. Barreras a nivel familiar

a. Actitud pasiva de familia para buscar ayuda profesional.

“Le dije a mi mamá que estaba mal.... Ella sabía que yo estaba mal porque me veía llorar, me escuchaba llorar... Mmm, siempre se acercaba, me abrazaba, me trataba de animar, de que me sintiera mejor... no me dijo nada de ir al psicólogo.” (Adolescente 4, mujer).

b. Minimización de sintomatología.

“Mi papá dice son puros cuentos... dijo que no había que tomarlo mucho en cuenta porque me iba a lamentar de mí misma...” (Adolescente 1, mujer).

c. Normalización: asociada a la edad y adolescencia.

“Mi mamá me decía que era la flojera, que era la edad. Y yo decía quizás poh?... será eso.” (Adolescente 1, mujer).

3. Barreras a nivel de pares

a. Actitud pasiva de los pares para buscar ayuda formal.

“Eh, me daban ánimo más que nada... Pero me daban el apoyo.” (Adolescente 6, hombre).

b. Estigma experimentado está relacionado con el prejuicio, estereotipo y discriminación vividos.

“Cuando hicieron la encuesta empezaron a decir ‘ay estás loco y yo no salí loca’ (Adolescente 1, mujer).

4. **Barreras a nivel del sistema escolar**

a. Falta de privacidad en atención del psicólogo escolar.

“El psicólogo del liceo me había ayudado un poco, pero no me gustaba mucho... te sacan de la sala y te van a buscar a la sala y es como: ‘Cristina, te busca el psicólogo’... No me gustaba que todos mis compañeros supieran que yo iba a ir al psicólogo.” (Adolescente 4, mujer)

b. Falta de confianza en los profesores.

c. Falta de conocimiento o información sobre psicólogo escolar.

“Se supone que hay un psicólogo en el colegio..., pero el psicólogo del colegio no sé si es psicólogo. Como que no entiendo.” (Adolescente 9, mujer).

5. **Barreras a nivel del sistema de salud**

a. Dificultad para conseguir hora en atención pública.

“Porque llamamos todos los días y siempre dice: ‘Oh, lamentablemente no tenemos horas’. Nunca tienen horas.” (Adolescente 1, mujer).

b. Falta de privacidad en entrevista con profesional.

c. Profesional brinda información insuficiente sobre el diagnóstico y el tratamiento.

d. Falta de beneficio de la psicoterapia.

“La psicóloga me pregunta cosas... así como ‘hola, tanto tiempo. ‘-¿Y cómo hai’ estado? -Bien -¿Y tu familia? -No, si ahí están, y listo”. No es como preguntas más profundas.” (Adolescente 8, hombre).

Facilitadores para la búsqueda de ayuda formal en salud mental

1. **Facilitadores a nivel personal**

a. Querer sentirse mejor es un movilizador para buscar ayuda.

b. Experiencia personal positiva en el pasado de atención en salud mental.

“Porque yo tenía esa idea [experiencia] de cuarto básico... Entonces yo le decía ‘mamá quiero ir al psicólogo.’ (Adolescente 1, mujer).

c. Reconocer síntomas de depresión.

“... como que me preguntaba por qué me siento mal y veo que otras personas se sienten bien y todo... Y entonces, eso fue como más lo que me motivó a pedirle a mi mamá que me lleve al psicólogo.” (Adolescente 9, mujer).

2. **Facilitadores a nivel familiar**

a. Presencia y el apoyo activo de la familia.

b. Antecedentes familiares de atención en salud mental con experiencia favorable.

“El iniciar tratamiento lo tomé bien, es que mi mamá pasa metida en cosas así... entonces yo sabía que el psiquiatra no era para locos ni nada.” (Adolescente 6, hombre).

c. Presencia de la madre se consideran los principales facilitadores en este sistema.

“Ella [madre] me preguntó. Dijo ‘oye, ¿querís ir al psicólogo?’ y yo le dije, ya.” (Adolescente 8, hombre).

3. **Facilitadores a nivel de pares**

Pares que están al tanto de la sintomatología motivan a buscar ayuda profesional.

“Mis amigos me dijeron que hablara con el psicólogo, que me haría bien hablar con alguien que sepa.” (Adolescente 9, mujer).

4. *Facilitadores a nivel del sistema escolar*

a. *Aplicación de cuestionarios de depresión.*

“... Si yo no hubiera hecho esa encuesta, yo nunca, ni mis papás hubiéramos sabido si yo tenía depresión o no.” (Adolescente 5, mujer).

b. *Profesores reconocen síntomas e incentivan la atención profesional.*

5. *Facilitadores a nivel del sistema de salud*

a. *Otros profesionales de salud reconocen síntomas y derivan a salud mental.*

b. *Trato amigable del personal y profesionales del centro de salud.*

“Que el psicólogo no sea pesado, cávido para atenderte. Que parezca que te comprenda... tener más confianza.” (Adolescente 1, mujer).

DISCUSIÓN

Este estudio con metodología cualitativa, realizado en Santiago de Chile, permitió identificar diferentes factores que intervienen en el fenómeno de la búsqueda de ayuda formal con profesionales de salud mental, en adolescentes con depresión, desde su perspectiva, y a partir de sus propias creencias y experiencias.

Se encontró que existen factores importantes en los diferentes sistemas del modelo, basado en la teoría ecológica de Bonfrenbrenner (1987)⁶ que influyen en la decisión y el proceso de buscar ayuda profesional.

Las principales barreras fueron estigma, minimización de síntomas y preocupación por confidencialidad. Los principales facilitadores fueron contar con red de apoyo, reconocimiento de síntomas e intervenciones escolares

que favorecen la detección de síntomas. Los hallazgos coinciden con lo reportado en otros estudios. Por ejemplo, Gulliver et al (2010)⁴ en una revisión sistemática de las barreras y facilitadores en la búsqueda de ayuda, realizada en Australia, encontraron en 13 estudios que el estigma social y personal eran los que más peso tenían en la decisión de buscar ayuda formal. También coincide este estudio con los hallazgos de otros estudios realizados en Estados Unidos, que encontraron como barreras la normalización de los síntomas, la percepción de no necesitar tratamiento profesional y la situación económica de los jóvenes y familia^{10,11}.

En este estudio se encontraron algunos temas novedosos e importantes. Existe la presencia de un imaginario de la depresión relacionado con un cuadro grave, lo que impide buscar ayuda ante cuadros leves y moderados. Se le otorga gran importancia a la privacidad y confidencialidad de la atención. Además, los jóvenes consideraron importante la aplicación de cuestionarios en el sistema escolar, en el contexto de una investigación mayor para poder tomar conciencia de la necesidad de búsqueda de ayuda profesional en salud mental. También se encontró presencia de estigma anticipado, en donde el sospechar que habrá una actitud de discriminación y de lástima por parte de otros, es identificado como una barrera para buscar ayuda. Es relevante el que algunos jóvenes describieron una falta de utilidad de la psicoterapia. Por otro lado, fue un facilitador el haber tenido una buena experiencia propia o en la familia, de atención con profesionales de salud mental.

Aplicando el modelo de búsqueda de ayuda de Roth y Leavy⁵ a nuestros ha-

llazgos se identifica lo siguiente:

1. Etapa de reconocimiento del problema. Se encontró que existen factores que lo obstaculizaron. Tales como la normalización y la minimización de los síntomas y el estigma, tanto de los adolescentes como de sus cercanos. Algunos adolescentes tomaron conciencia de la necesidad de búsqueda de ayuda, a partir de sus resultados en los cuestionarios del proyecto mayor.
2. Etapa de decisión. La decisión de buscar ayuda de un profesional parecería estar relacionada con la gravedad del cuadro. La decisión es un paso que debe ser asistido por una persona adulta. La experiencia previa de atención en salud mental, sea propia del joven como de un familiar, puede actuar como facilitador o barrera. La información que tienen los adolescentes y padres en relación al lugar y profesional adecuado para tratar al joven, es necesaria.
3. Etapa de acción. La acción fue asistida en mayor medida por la madre. En algunos casos hubo dificultad de acceder a horas para atención en salud mental. El apoyo activo de la red social motiva a buscar atención, así como para mantener el tratamiento en el tiempo.

Este estudio tiene algunas limitaciones. La muestra fue obtenida de un programa mayor que consideraba una sensibilización en la temática de depresión, hubo menor representación del género masculino y corresponde sólo a jóvenes escolarizados. Sin embargo, nuestros hallazgos son útiles para el diseño futuro de estrategias preventivas e intervenciones dirigidas a los diferentes sistemas en donde se desarrolla los adolescentes, para eliminar las barreras y potenciar los facilitadores y así lograr

que los jóvenes, y en general la población con depresión, busque ayuda formal de manera oportuna e inicien el tratamiento adecuado.

Las intervenciones posibles a las que lleva el estudio están relacionadas con la implementación de campañas anti-estigma a diferentes niveles, capacitación a los profesores y psicólogos escolares para reconocer síntomas de riesgo, aumentar la confianza y asegurar la privacidad.

En atención en salud mental, se debe enfatizar el crear adecuados vínculos terapéuticos y respetar la confidencialidad. La información que proveen los profesionales tiene que ser en un lenguaje adecuado para su entendimiento. La psicoeducación en todos los sistemas es sumamente importante. Se debe fomentar y respaldar a las redes de apoyo para trabajar de manera multidisciplinaria, y actuar desde la prevención y la promoción de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L (2017). Depresión en niños y adolescentes. En JM Rey, Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines, capítulo E.1.
2. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Rev Médica Clin Condes. 2012;23(5):521-529. doi:10.1016/s0716-8640(12)70346-2
3. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking

- king behavior among college students. *J Adolesc Health*. 2010 Jan;46(1):3-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008.
4. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
 5. Rothì DM, Leavy G. Mental Health Help-Seeking and Young People: A Review. *Pastor Care Educ*. 2006;24:3-14. doi: 10.1111/ j.1468-0122.2006.00373.x
 6. Bronfenbrenner U (1987). *La Ecología del Desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós.
 7. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa [Health care access barriers and facilitators: a qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 Mar;33(3):223-230. doi: 10.1590/s1020-49892013000300009.
 8. Callear AL, Griffiths KM, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):104-8. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.019.
 9. Strauss A, Corbin J (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
 10. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2013;61(7):398-406. doi: 10.1080/07448481.2013.820731.
 11. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and help seeking for mental health among college students. *Med Care Res Rev*. 2009 Oct;66(5):522-41. doi: 10.1177/1077558709335173.

Melatonina, lactancia materna y sueño: revisión del tema.

Melatonin, breastfeeding and sleep: topic review.

*Dra. María Olga Retamal Rosales**, *Dra. Claudia Riffo Allende***, *Dr. Tomás Mesa Latorre***

Resumen. Se revisa en el binomio madre-recién nacidos o/y lactantes, los diferentes ritmos circadianos, especialmente del sueño, la secreción de melatonina y las características de la leche materna. Se aconseja manejo para evitar la cronodisrupción.

Abstract. It is reviewed in the binomial mother-newborns or/and infants, the different circadian rhythms, especially sleep, melatonin secretion and the characteristics of breast milk. Handling is advised to avoid chrono disruption.

Está bien establecida la recomendación de la lactancia materna, con beneficios tanto para el lactante como para la madre. La Academia Americana de Pediatría recomienda la leche materna como la mejor fuente de alimentación, ya que ofrece defensa contra una amplia variedad de enfermedades médicas, que pueden comenzar en diferentes momentos a lo largo de la vida de un individuo; a través del traspaso de anticuerpos, inmunoglobulinas y antioxidantes. Además durante los primeros meses, y en especial en la toma nocturna de una neurohormona antioxidante potente, como lo es la melatonina, con múltiples características y acciones que se expondrán a lo largo del desarrollo de este tema.

Como introducción es importante señalar algunos aspectos acerca de la

cronobiología, ciencia que estudia los ritmos biológicos que ocurren de forma periódica, y que explica fenómenos como el ciclo circadiano que oscila en torno a las 24 hrs., y cómo estos influyen en nuestro organismo; la alternancia entre el día y la noche de las diferentes funciones de este, supone un aprovechamiento óptimo de nuestra energía. Así, mientras estamos en vigilia, nuestro cuerpo trabaja para llevar a cabo procesos como los digestivos, la actividad locomotora o la atención. Por la noche, mientras dormimos, la energía es utilizada para otras actividades como es el sueño o la activación del sistema inmunitario, el cual trabaja intensamente durante la noche. Entre los factores naturales de nuestro cuerpo que producen ritmos circadianos están los genes período y criptocromo,

* Fellow Sueño Pediátrico.

** Neurólogo Pediatra. Especialista en Sueño.

Centro del Sueño. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia a Dra. María Olga Retamal: olguitaretamal@gmail.com

los cuales codifican las proteínas que se acumulan en el núcleo de las células en la noche y que disminuyen en el día¹.

Para que todos estos fenómenos se lleven a cabo de una forma rítmica y en perfecta concordancia con el ambiente exterior, el organismo debe disponer de un reloj biológico interno que esté permanente informado de lo que ocurre fuera del cuerpo. Para ello contamos con un sistema circadiano, que se basa en un conjunto de estructuras, cuya misión consiste en organizar los ritmos de determinados procesos fisiológicos para que presenten una alternancia día/noche. La base de este sistema la forman 2 núcleos supraquiasmáticos (NSQ) del hipotálamo, que reciben información ambiental a través de la luz que penetra en la retina. Una vez procesada esta señal, a través de fibras simpáticas, envían información a la glándula pineal, responsable de la síntesis y liberación durante el período de oscuridad de melatonina².

Esta hormona, que alcanza su máxima concentración a las 2:00 horas, es responsable de sincronizar los ritmos circadianos, como es el caso de los ritmos inmunitarios o el del sueño/vigilia³.

En el desarrollo de estos ritmos circadianos del lactante, son de vital importancia los patrones de actividad que constituyen la representación crítica de la sincronía fisiológica de la pareja madre-hijo, como predictores de la autorregulación posterior del lactante. La madre se constituye en el primer “zeitgeber” del lactante y puede manipular el medio ambiente donde éste se desarrolla, especialmente la exposición a la luz y, al mismo tiempo y de manera recíproca, la actividad del lactante modifica los ritmos circadianos de la madre.

Esta interacción sincrónica madre-hijo es un precursor básico de la organización e integración fisiológica, cognitiva, emocional y conductual del lactante y, especialmente, de sus ritmos circadianos. En ese sentido y con estudio mediante actigrafía, la correlación postnatal precoz adecuada y rítmica entre madre e hijo se asocia a un tipo de patrón diurno rítmico del niño, mientras que alteraciones en esta sincronización, se relacionan con dificultades de alimentación y a un desarrollo de ritmos circadianos y patrón de sueño erráticos.

Pocos estudios han examinado el desarrollo longitudinal de los ritmos circadianos del lactante, así como los cambios paralelos que se producen en los ritmos circadianos de la madre o la coordinación entre ambos, a pesar de que la coordinación temporal del lactante y su madre representa un claro ejemplo de sincronía biológica, un elemento básico para una adecuada interacción entre ambos y uno de los fundamentos de la capacidad de autorregulación del lactante. Durante las primeras etapas de la vida, el binomio madre-hijo es un claro ejemplo del concepto de “sistema adaptativo complejo”, constituyendo una red dinámica de sistemas que actúan en paralelo de manera interconectada y que se complementan mutuamente; de manera que, un sistema (el/la niño/a) no puede ser entendido sin la presencia del otro (la madre) y sus interrelaciones.

Así pues, los ritmos del sueño varían según el ambiente en el que se desarrolla el niño y según los ritmos transmitidos por los cuidadores. Así, se ha estudiado el desarrollo del ritmo circadiano de vigilia/sueño mediante actigrafía realizada en lactantes con el mismo ambiente, pero con ritmos ex-

ternos regulares o ritmos externos irregulares. A las 27 semanas de gestación, el patrón diurno de vigilia/sueño está bien establecido en los dos. Posteriormente, en el lactante, en el que desde su nacimiento se mantiene un determinado ritmo de alimentación, exposición a la luz, aparece el patrón circadiano estable muy rápidamente, mientras que en el lactante en el que, por diversas razones, los ritmos exteriores son más irregulares, se retrasa la aparición del ritmo circadiano diario. A pesar que en la semana 27 ya aparece un patrón nictameral, la variabilidad de los ritmos vigilia/sueño en el lactante con ritmos exteriores irregulares es mayor. De manera que, la maduración de los patrones es diferente como respuesta a la irregularidad de los ritmos externos, si bien desconocemos la varianza de la aparición del ritmo circadiano atribuible a las diferencias genéticas y/o al comportamiento ambiental⁴.

Teniendo en cuenta estos factores, la mayoría de los estudios coinciden en que el desarrollo de los ritmos de sueño-vigilia y de temperatura durante las 24 horas, se instalan aproximadamente desde la edad de 3 meses, con una disminución significativa de la media de 24 horas de la temperatura de la piel a los 3 meses de edad y la aparición de ritmo de temperatura entre las 10 y las 12 semanas de edad. Además, van disminuyendo los ritmos ultradianos (de menos de 20 horas) y aumentando paulatinamente los componentes circadianos, hasta alcanzar a los 5-6 meses de edad, un ritmo circadiano de una manera paralela a la maduración de determinadas estructuras del Sistema Nervioso Central, y previa al establecimiento del ritmo circadiano de la vigilia/sueño.

En la Tabla 1 se muestra la edad de

consolidación de diferentes ritmos circadianos, en el lactante desarrollado en un ambiente rítmico.

La influencia de factores externos (tipo de alimentación, desarrollo del vínculo, horas y momento de la exposición a la luz y el tipo de la misma), están todavía por dilucidar, aunque es de suponer que su relevancia no será pequeña⁵.

Los ritmos circadianos de los prematuros son menos robustos que los que muestran los controles de la misma edad cronológica, caracterizándose por presentar una menor regularidad, mayor fragmentación y menor amplitud que los controles. Sin embargo, la mayoría de estas diferencias desaparecen cuando se corrige la edad de los prematuros, con la excepción de la persistencia del adelanto de la hora del sueño nocturno al mes y los 3 meses, y de la hora de la siesta a los 6 meses⁶.

Por otra parte, cabe señalar que la leche humana es un fluido que se va modificando tanto a lo largo de la lactancia como durante las horas del día, facilitando de esta forma la adaptación a la vida extrauterina del recién nacido. El estudio de sus variaciones nutricionales circadianas no sólo ayuda a profundizar en su influencia para el desarrollo del bebé, sino que nos abrirá la puerta de lo que debe ser una crononutrición perfecta en todos los momentos de la vida.

Se ha observado en la leche materna valores máximos al atardecer del péptido inductor del sueño, cortisol, sodio y potasio, folatos y lípidos. En cambio, cobre, cinc, hierro y lactosa presentan sus máximos valores al amanecer. Por su parte, los aminoácidos aspártico, alanina, glutamina, treonina y gluta-

Tabla 1. Edad de consolidación de diferentes ritmos circadianos

	Semanas							Meses							Años		
	1	2	3	4	5	6	7	2	3	4	5	6	7	1	2	3	
Frecuencia cardíaca	██████████																
Frecuencia respiratoria	██████████																
Temperatura	██████████																
Presión arterial sistólica	██████████																
Sueño/vigilia	██████████																
Diuresis	██████████																
Extracción Na, K, Urea	██████████																
Filtración glomerular	██████████																
Extracción creatinina	██████████																
Reabsorción tubular	██████████																
Resistencia eléctrica piel	██████████																
Mitosis cutánea	██████████																
Sideremia	██████████																
Melatonina	██████████																
Cortisol	██████████																

Madrid J.A, Pin Arboledas G, Ferrández Gomariz M C. Organización funcional del sistema circadiano humano. Desarrollo del ritmo circadiano en el niño. Alteraciones del ritmo vigilia-sueño..Síndrome de retraso de fase. *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 385 –395.

mato, alcanzan su concentración máxima al principio de la tarde.

Diferentes nutrientes que intervienen en la regulación de los ritmos circadianos, presentan variaciones circadianas en la leche materna. Así, el aminoácido esencial triptófano, muestra un ritmo circadiano con máximos niveles a las 3:00 horas⁷. Este aminoácido es precursor del neurotransmisor serotonina y de la hormona melatonina, ambas sustancias con un importante rol en la fisiología del sueño⁸.

La melatonina, principal sincronizador de los ritmos sueño/vigilia, eleva sus concentraciones por la noche en este fluido, y empiezan a decrecer al comenzar el día para mantenerse muy bajos durante todo el período de luz⁹.

Hasta la fecha, la melatonina y el cortisol son las hormonas mejor estudiadas en relación con comunicación de ritmos circadianos entre madre y feto. Por ejemplo, ratas embarazadas exhiben niveles elevados de melatonina en la fase nocturna, en comparación con las hembras no embarazadas. La melatonina en ratas embarazadas reveló que se transmite al feto a través del cordón umbilical y ésta desciende al segundo día postparto, a niveles basales previo a embarazo. Un cambio similar en perfil se ha demostrado para los patrones de melatonina humana en la madre gestante.

Existe una fuerte evidencia de que la melatonina materna puede influir en el ritmo circadiano fetal. Ya estarían presentes receptores de melatonina el día

18 de gestación en ratas, un día antes de la neogénesis en el núcleo supraquiasmático, y en humanos durante la semana 19 de gestación. En ratas, los receptores de melatonina se propagan a través de los tejidos fetales y la placenta¹⁰.

Se ha demostrado que, además de la luz, la lactancia materna en humanos es otro parámetro de sincronización importante del sistema circadiano del recién nacido, en los primeros días después del nacimiento. Los estudios en humanos han demostrado que la leche materna contiene varios componentes, que pueden servir como reguladores del circadiano del bebé.

La leche materna contiene altas concentraciones de cortisol, tirosina y factores inmunes como citoquinas, durante la fase luminosa del día, mientras que la leptina, la melatonina y el triptófano son altos durante la fase nocturna¹¹.

En consecuencia, los niños alimentados con fórmula podrían mostrar un desarrollo diferente en su reloj circadiano, debido a la falta de los componentes humorales maternos mencionados anteriormente.

Hay estudios existentes que abordan la influencia de la leche suplementada con cortisol o melatonina, demostrando un impacto significativo de ambas hormonas en los ritmos de sueño del recién nacido y lactante menor, fragmentación del sueño y duración¹².

En una revisión se encontró que los niños alimentados con fórmula tienen niveles más bajos de 6-sulfatoximelatonina en la orina, en comparación con lactantes alimentados con leche ma-

terna. Esto sugiere que la melatonina materna secretada en el torrente sanguíneo y transferido a la leche materna cruza la barrera intestinal del bebé¹³.

La leche materna es beneficiosa debido a su contenido de una amplia gama de diferentes antioxidantes, particularmente relevante para los pacientes prematuros, que tienen un mayor riesgo de estrés oxidativo. Debe ser considerada como referente o estándar de oro de la alimentación infantil durante los primeros seis meses de vida¹⁴. Los niveles de melatonina se mantienen en leche materna congelada, demostrándose en un estudio publicado el año 2019. Se recolectaron muestras de leche materna nocturna y diurna de 13 madres sanas que amamantaban y se congelaron de inmediato. Las muestras se descongelaron a temperatura ambiente y se tomaron muestras de melatonina inmediatamente y cada hora durante 4 horas y a las 24 horas después de la descongelación. Los niveles de melatonina se midieron con el kit ELISA de saliva directa de melatonina; no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los niveles en los diferentes puntos temporales. Los niveles de melatonina en la leche diurna fueron significativamente más bajos que los niveles nocturnos, se concluyó que la melatonina es estable en la leche humana durante al menos 4 horas después de la descongelación e incluso hasta 24 horas¹⁵.

La melatonina es una enzima antioxidante clave, con múltiples acciones como antioxidante directo e indirecto. Ésta seguiría una tendencia bifásica con un pick en el día 14 posparto. Un estudio demostró que la melatonina disminuyó a lo largo del período de lactancia, con la concentración más

alta en calostro, y evidenciaron concentraciones más altas durante la noche, tanto en recién nacidos de término como en prematuros¹⁶.

Se sabe que el sueño materno se interrumpe con despertares frecuentes, y se producen patrones de sueño perturbados durante los primeros 7 días después del parto, con mejoría alrededor del día 20. Por lo tanto, es posible sugerir menor concentración de melatonina en leche materna de mujeres con peor sueño. En cuanto a la relación entre los biomarcadores de estrés oxidativo y el período de lactancia, se ha encontrado una disminución de la peroxidación lipídica a lo largo del primer mes¹⁷.

Estudios han demostrado que la melatonina tiene un ritmo circadiano claro, tanto en la leche materna prematura como en la leche materna, en diferentes etapas de lactancia. El nivel máximo de melatonina en leche humana fue más alto en el calostro, y luego en la leche de transición y en leche madura, disminuyendo considerablemente durante el primer mes después del nacimiento. En comparación con la leche de gestación a término, en el prematuro la leche recibida por su madre tenía una mayor concentración máxima de melatonina, especialmente en el calostro, lo que puede beneficiar prematuramente a bebés durante los primeros años de vida, cuando son extremadamente vulnerables¹⁸.

En comparación con la leche de gestación a término, la leche de gestación prematura tuvo una mayor concentración máxima de melatonina en todas las pruebas. De hecho, al ser un agente neuroprotector potencial, se encontró que la melatonina reduce lesiones cerebrales y sus consecuencias duraderas

después de fenómenos hipoxico-isquémicos y daño oxidativo en cerebros de ratas inmaduras¹⁹.

Además, también se encontró que la suplementación con melatonina mejora tanto la inflamación neonatal y relacionada a injuria cerebral en ratas, como la reacción inflamatoria y muerte celular de la sustancia blanca en ovejas fetales prematuras y casi a término después de la oclusión del cordón umbilical²⁰.

CONCLUSIÓN

Si bien el desarrollo de los ritmos circadianos es innato y endógeno, el papel materno como elemento zeitgeber durante el último trimestre del embarazo, junto con el entorno durante los primeros 4 a 6 meses de edad del recién nacido, es básico para el buen desarrollo de la ritmicidad del lactante²⁰.

Es bien sabido que la lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud del recién nacido, promoviendo desarrollo y proporcionando protección contra las morbilidades perinatales y a largo plazo. La capacidad de la leche materna para prevenir enfermedades está relacionada con la amplia gama de factores bioactivos que contiene: hormonas, antioxidantes, factores de crecimiento e inmunoglobulinas, entre otros, que tienen funciones reguladoras e inmunes²¹.

Los antioxidantes de la leche materna se reducen a lo largo del período de lactancia, probablemente reflejando menores necesidades con el desarrollo infantil y adaptación al entorno extrauterino. La relación negativa entre los antioxidantes de la leche materna y la edad gestacional, proporcionando ni-

veles más altos a los bebés con menor grado de maduración, y apoya la opinión de que los recién nacidos prematuros serán protegidos con leche materna de sus madres.

La edad materna no compromete la concentración de antioxidantes en general en la leche materna, con la excepción de la melatonina. Dado el importante papel de esta neurohormona como sustancia antioxidante e inductora del sueño, este hecho podría tenerse en cuenta.

Por todo lo anteriormente expuesto, y debido a las múltiples propiedades de la leche materna como factor cronobiológico para el o la recién nacido/a, en especial por el traspaso de melatonina en la toma de la madrugada temprana, es un factor más para su recomendación durante los primeros meses de vida. Es fundamental que la madre mantenga idealmente una buena higiene de sueño, para no generar en ella cronodisrupción que impacte en el recién nacido alimentado con pecho materno.

En un segundo tiempo sería relevante abordar cómo el apego, estado anímico materno y privación de sueño en la madre, afecta su propia cronobiología, y con esto la producción de melatonina que se traspasa al recién nacido, no siendo por ahora el objetivo de esta revisión, pero sin duda es un tema muy importante a abordar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. www.nigms.nih.gov
2. Alaasam VJ et al. Environ Pollut. 2021 PMID: 33838441
3. Madrid JA, Rol de Lama A. Cronobiología básica y clínica. Madrid: Editec Red; 2006
4. Ardura J, et al. Desarrollo del sistema circadiano en el R.N. En: Cronobiología Básica y Clínica. Ed: J.A. Madrid, A. Rol de Lama. Madrid 2006
5. Madrid J.A, Pin Arboledas G, Ferrández Gomariz M C. Organización funcional del sistema circadiano humano. Desarrollo del ritmo circadiano en el niño. Alteraciones del ritmo vigilia-sueño. Síndrome de retraso de fase. *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 385 –395
6. Silvia Fuentes Hernández. Estudio de maduración de los ritmos circadianos de temperatura y movimiento en prematuros, como marcadores precoces del desarrollo neurológico. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 2017
7. Cubero J, Valero V, Sánchez J, Rivero M, Parvez H, Rodríguez AB, et al. The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. *Neuroendocrinology Letters* 2005; 26:657-61
8. Cubero J, Valero V, Sánchez J, Rivero M, Rodríguez AB, Barriga C. La importancia del aminoácido triptófano en la leche materna, una nueva perspectiva en el desarrollo del recién nacido. En: De Muñoz Cueto JA, editor. *Avances en Endocrinología Comparada (Vol. IV)*. Madrid: Panamericana; 2008. p. 371-5
9. Kimata H. Laughter elevates the levels of breast-milk melatonin. *J Psychosom Res.* 2007; 62:699-702
10. Reiter, R.J.; Tan, D.X.; Korkmaz, A.; Rosales-Corral, S.A. Melatonin and Stable Circadian Rhythms Optimize Maternal, Placental and Fetal Physiology. *Hum. Reprod. Update*

- 2014, 20, 293–307
11. Cannon, A.M.; Kakulas, F.; Hepworth, A.R.; Lai, C.T.; Hartmann, P.E.; Geddes, D.T. The Effects of Leptin on Breastfeeding Behaviour. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 12340–12355
 12. Cubero, J.; Narciso, D.; Terrón, P.; Rial, R.; Esteban, S.; Rivero, M.; Parvez, H.; Rodríguez, A.B.; Barriaga, C. Chrononutrition Applied to Formula Milks to Consolidate Infants' Sleep/Wake Cycle. *Neuro Endocrinol. Lett.* 2007, 28, 360–366
 13. Olejniczak I et al. Circle(s) of Life: The Circadian Clock from Birth to Death. *Biology* 2023, 12, 383. <https://doi.org/10.3390/biology12030383>
 14. Sánchez C. L et al. Evolution of the circadian profile of human milk amino acids during breastfeeding, *J Appl Biomed.* 11: 59–70, 2013
 15. Molad M. et al. Melatonin Stability in Human Milk. *Melatonin Stability in Human Milk. Breastfed Med* 2019 Nov;14(9):680-682. doi: 10.1089/bfm.2019.0088. Epub 2019 Aug 5.
 16. Qin, Y.; Shi, W.; Zhuang, J.; Liu, Y.; Tang, L.; Bu, J.; Sun, J.; Bei, F. Variations in melatonin levels in preterm and term human breast milk during the first month after delivery. *Sci. Rep.* 2019
 17. Gila-Díaz A. Influence of Maternal Age and Gestational Age on Breast Milk Antioxidants During the First Month of Lactation. *Nutrients* 2020, 12, 2569
 18. Yishi Qin et al. Variations in melatonin levels in preterm and term human breast milk during the first month after delivery. *Nature Research.* (2019) 9:17984
 19. Sinha, B. et al. Protection of melatonin in experimental models of newborn hypoxic-ischemic brain injury through MT1 receptor. *J Pineal Res* 64, <https://doi.org/10.1111/jpi.12443> (2018)
 20. Carloni, S. et al. Melatonin modulates neonatal brain inflammation through endoplasmic reticulum stress, autophagy, and miR-34a/silent information regulator 1 pathway. 2016, *J Pineal Res* 61, 370–380
 21. Madrid J.A, Pin Arboledas G, Ferrández Gomariz M C. Organización funcional del sistema circadiano humano. Desarrollo del ritmo circadiano en el niño. Alteraciones del ritmo vigilia-sueño. Síndrome de retraso de fase. *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 385 –395.

Reflexiones sobre la felicidad.

Reflections on happiness.

Dra. Marta Colombo Campbell¹

Desde tiempos inmemoriales la felicidad ha sido un tema de preocupación recurrente en la historia de la humanidad, tanto para pensadores como los filósofos, como también para las personas en general.

La respuesta a interrogantes tales como ¿en qué consiste la felicidad?, ¿cómo podemos alcanzarla?, siguen teniendo respuestas diferentes, dependiendo de la época y de las preferencias individuales.

Incluso, ya la constitución de EEUU del 17 de septiembre de 1787, señaló de manera explícita el derecho de todas las personas a la búsqueda de la felicidad, desde su propia subjetividad.

Hoy día, que tenemos más libertad, más dinero y más oportunidades que nuestros antepasados, debiéramos sentirnos más felices. Sin embargo, lo que predomina es la percepción de que vivimos estresados, con falta de tiempo para el ocio y falta de recursos para alcanzar lo que queremos y que interfieren con la posibilidad de sentirnos felices.

Por estos motivos y considerando la importancia que tiene la felicidad para la salud y el bienestar de las personas, está plenamente justificado reflexionar sobre ella.

¿QUÉ ES LA FELICIDAD?

La felicidad significa cosas diferentes para generaciones distintas. Por ejemplo, para la generación de la Segunda Guerra Mundial estaría relacionada con el sentido de la vida, y cómo se puede vivir una “vida buena”.

Actualmente algunos desean -después de haber logrado un razonable nivel de bienes materiales- vivir vidas con propósito, lograr un mayor desarrollo físico, moral y espiritual, logros que les provocan una sensación de bienestar y felicidad. En cambio para otros, la felicidad consiste en el acceso a gran cantidad de placeres, disponer de muchos bienes materiales, y no ven en el trabajo una circunstancia valiosa para disfrutar de muchas oportunidades que producen felicidad.

Sin duda que la felicidad es un concep-

1. Neuropediatra, Premio Nacional de Medicina.
Correspondencia a Dra. Marta Colombo Campbell: til@vtr.net

to complejo y muy subjetivo. Difícil de definir con precisión.

Desde una perspectiva psicológica se puede entender como *un estado emocional agradable, relativamente estable, que surge cuando nuestros deseos y necesidades han sido satisfechas, y que incluye una buena relación con uno mismo y con los demás.*

Resulta importante diferenciarlo de lo que es el placer. Este último consiste en *una sensación placentera que se experimenta a través de los sentidos o como resultado de actividades que generan un disfrute inmediato, pero que es de breve duración.* Como ejemplos pueden ser comer algo delicioso o contemplar una obra de arte.

En resumen, la felicidad es un estado más amplio y duradero de bienestar general, mientras que el placer se refiere a la satisfacción inmediata y placentera que se experimenta a través de los sentidos, o como resultado de una actividad específica. La felicidad va más allá del placer momentáneo y abarca una perspectiva más amplia y duradera de la vida en general.

APORTE DE LA NEUROCIENCIA

La neurociencia ha hecho importantes aportes para comprender en qué consiste la felicidad y los múltiples factores que intervienen en ella.

Hay factores genéticos que son muy importantes. Según el trabajo de Sonia Lyubomirsky, el 50% de nuestra felicidad tiene que ver con el componente constitucional y genético de las personas, otro 10% con las circunstancias inmediatas de la vida en las que nos encontramos y el 40% restante es aquello

en lo que podemos influir. O sea, existe un amplio margen de 40% que depende de las personas, de sus decisiones, y de sus opciones en la vida para alcanzar la felicidad.

También contribuye a la felicidad el “sistema de recompensa del cerebro” vinculado a la liberación de dopamina, un neurotransmisor asociado con el placer y la recompensa.

Además, se ha identificado un circuito cerebral conocido como “circuito de la felicidad”, que involucra varias áreas del cerebro incluyendo la corteza prefrontal medial, el córtex cingulado anterior y las áreas de la amígdala y el hipocampo. Estas regiones participan en el procesamiento de las emociones, la autorreflexión, la memoria emocional y la autorreferencia.

Es importante destacar que la felicidad es un fenómeno complejo y estas bases neurocientíficas son sólo una parte del panorama completo.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FELICIDAD

Desde Aristóteles se reconoce que es indispensable contar con una razonable cantidad de bienes materiales para poder ser feliz. Una carencia significativa de ellos puede impedir que las personas sean felices. Pero además advierte que un mayor incremento de bienes materiales, después de haber logrado un cierto nivel, no se traduce en un incremento directamente proporcional en el grado de felicidad. Más bien, después de haber logrado un cierto nivel de bienes materiales, todo incremento no significa que la persona va a incrementar su felicidad, ya que además son otros los factores que intervienen.

Especial importancia tienen la calidad de las relaciones interpersonales, nuestro sentido de propósito, el autocuidado y la gratitud; son algunos de los aspectos que influyen en la posibilidad de experimentar felicidad.

A menudo predomina una mentalidad en la que se lamenta de todo lo que se anhela y no se tiene, en lugar de tomar conciencia en todos los bienes que se poseen. La gratitud y la apreciación consciente de los aspectos positivos de la vida son elementos fundamentales en la búsqueda de la felicidad.

Mantener relaciones sociales positivas y significativas con amigos, familiares y seres queridos, es fundamental para la felicidad.

Los hábitos de autocuidado dedicando tiempo y atención a uno mismo son necesarios para la felicidad. Incluso, en la última Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, se incluyó en el Juramento del Médico la obligación del autocuidado personal, con el objeto de poder asegurar una atención de calidad a los enfermos.

Considerando que es imposible evitar toda experiencia negativa, de fracaso y de frustración en algunas circunstancias de la vida, es indispensable desarrollar la resiliencia. Esta consiste en adaptarse a los desafíos y manejar el estrés de manera efectiva, desarrollando la capacidad de recuperarse de las adversidades y mantener una actitud positiva en tiempos difíciles, vigorizando la fortaleza emocional.

Entre los factores que potencialmente tienen la capacidad de influir negativamente en lograr la felicidad, es necesario tener presente que la tecnología

ha cambiado cómo nos relacionamos, desplazándonos a mundos virtuales. Estar conectados vía Zoom es mejor que no conectar, pero este sistema no reemplaza el contacto personal. La conexión cara a cara es importante. Pero es necesario reconocer que la conexión *online* puede ser la única posibilidad que algunos tienen de conectarse con otras personas, tal como ocurrió para muchos durante la pandemia.

Finalmente, mencionar que el exceso de materialismo que predomina actualmente en la Sociedad constituye una dificultad para lograr la felicidad. La búsqueda excesiva de bienes materiales, por encima de las relaciones interpersonales, puede llevar a una sensación de vacío emocional y falta de bienestar y satisfacción duradera.

En este aspecto la espiritualidad, y para algunos la religión, pueden contribuir de manera significativa a la felicidad.

BENEFICIOS DE SER FELIZ

Puede que las cosas a las que aspiramos hayan cambiado, pero los efectos de la felicidad siguen siendo importantes.

La felicidad y la salud están profundamente conectadas. Sabemos que es una **relación bidireccional**. Una buena salud favorece la posibilidad de ser feliz, por facilitar instancias de actuar socialmente. Y la felicidad a su vez contribuye a mantener una buena salud física y mental, incrementando la inmunidad del organismo. Las dos están conectadas. Al fin y al cabo, no es sólo que cuando estamos felices tenemos la energía para mantener la salud. Además, cuando estamos enfermos, tenemos menos energía para conectar con otras personas, hacer ejercicio y en

general para hacer las cosas que nos hacen felices.

Entre los muchos beneficios que tienen las personas más felices es que son más longevas y más sanas. Tienen mejores relaciones matrimoniales, más tolerancia al dolor y logran incluso mejores ingresos. Además, contribuyen a crear un buen clima laboral.

FELICIDAD EN LA INFANCIA

La felicidad en los niños es un estado emocional caracterizado por una sensación general de bienestar, satisfacción y alegría.

Los niños encuentran gran felicidad en el juego y la diversión. El juego es una parte fundamental en su desarrollo, que les permite expresarse creativamente y disfrutar de momentos de alegría y espontaneidad.

Las relaciones sociales y afectivas desempeñan un papel crucial en la felicidad de los niños. Necesitan conexiones emocionales afectivas con sus padres, familiares, amigos y compañeros. Sentirse amados, comprendidos y valorados por los demás contribuye significativamente a su felicidad. Los niños sienten felicidad cuando logran metas y desarrollan nuevas habilidades, que son reconocidas por adultos significativos. Especialmente importante para los niños es sentirse seguros y protegidos en un entorno estructurado y pleno de afecto, en el que reciben elogios y gestos amables con regularidad.

CONCLUSIONES

Como conclusión es necesario tener presente que para ser felices hay que prestar atención a los aspectos positivos de la vida, saber interpretarlos y recordarlos.

Tener presente que la realidad es en gran medida una consecuencia de la conducta de las personas, ya que la conducta personal es en gran medida consecuencia de lo que se valora, de la priorización que se hace de las diferentes alternativas posibles para actuar.

Es necesario tratar de interpretar más positivamente las circunstancias, aunque a veces sean desfavorables.

Percibir los eventos negativos como temporales y específicos a una situación.

Frente a una desventura intentar extraer una lección de vida para el crecimiento personal, y no destacar sólo el aspecto negativo que ella significa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Gre-do 2014
2. Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
3. Daniel Martínez, Fernando Ivanovic-Zuvic, Wenceslao Unanue. *La Felicidad LOM* 2013
4. Chat GPT

Consideraciones éticas en la investigación del comportamiento suicida en adolescentes.

Ethical considerations in research on suicidal behavior in adolescents.

Belén Vargas^{a,1,2}, Fernanda Sánchez^{b,3}

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre comportamiento suicida es compleja en todo su espectro, más aún cuando se estudia en población adolescente, dado los aspectos éticos que involucra. Preocupaciones respecto a su potencial iatrogénico, una mayor probabilidad de eventos adversos y la escasez de estándares y criterios para su diseño y evaluación, plantean un reto a los equipos de investigación y comités de ética que deben evaluar estos proyectos.

El principal supuesto, a la base de su potencial efecto iatrogénico, es que centrarse en experiencias negativas y preguntar directamente sobre comportamiento suicida, puede conducir a un aumento de malestar y emocionalidad depresiva, y con ello aumentar la susceptibilidad a los pensamientos latentes de suicidio o activar crisis suicidas en participantes que se encontrasen en riesgo¹.

Afortunadamente, en los últimos 20 años se han desarrollado varias investigaciones enfocadas a dar sustento a los equipos de investigación, a la hora de tomar decisiones que respondan a los desafíos éticos de este campo.

ASPECTOS ÉTICOS

Daños y beneficios

La evidencia demuestra que los participantes de investigaciones sobre comportamiento suicida no son perjudicados con estas, y que incluso pueden obtener beneficios asociados a reducción de riesgo.

Uno de los estudios pioneros en esta línea es el de Gould et al. quienes, a partir de un estudio experimental aleatorio, concluyeron que la aplicación de instrumentos de detección de riesgo suicida en contexto escolar son una estrategia segura de prevención del suici-

a. Psicóloga. Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto-Juvenil.

b. Psicóloga.

1. Doctorado en Psicoterapia, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

2. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay, Santiago, Chile.

3. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Correspondencia: Belén Vargas, ana.vargas.g@ug.uchile.cl .

Fuente de apoyo financiero: Este trabajo fue financiado por ANID/BECA NACIONAL DOCTORADO/2021-2121.

dio en esta población, y que de hecho indagar respecto a comportamiento suicida pudiera reportar beneficios inmediatos a los adolescentes en situación de riesgo de suicidio².

Langhinrichsen-Rohling et al. evaluaron el nivel de angustia en 1.540 adolescentes, tras la aplicación de un cuestionario de autorreporte sobre experiencias asociadas a temas sensibles, que incluía antecedentes de comportamiento suicida previo³. Si bien quienes habían experimentado eventos sensibles en sus vidas tienen más probabilidades de experimentar angustia al completar cuestionarios relativos a estas temáticas, este impacto es menor³. Los autores inclusive indican que la angustia tendría más relación con el evento en sí mismo que con el hecho de ser consultado por una encuesta³.

Deeley y Love, en un estudio con 129 adolescentes, concluyen que el efecto de inducir emocionalidad negativa a través de cuestionarios de autorreporte de comportamiento suicida es mínimo¹, en consonancia con estudios previos.

Un metaanálisis realizado por Blades et al. que incluyó 18 estudios con una muestra total de 13.192 participantes desde los 13 a los 92 años provenientes de población tanto clínica como no clínica, examinó si la exposición a contenido relacionado con el suicidio conducía a cambios en los niveles de angustia, en los niveles de ideación suicida y en la probabilidad de intentar suicidarse después de participar en la investigación⁴. De manera general los resultados indicaron que la exposición a contenido relacionado con el suicidio condujo a reducciones significativas aunque pequeñas, en los niveles de ideación suicida tras la exposición⁴.

Además, en aquellos estudios donde se controló la exposición a contenidos relacionados con suicidio, se encontró que los participantes que fueron expuestos tenían significativamente menor probabilidad de informar un intento de suicidio tras participar en la investigación, en comparación con los participantes no expuestos⁴. También encontraron hallazgos interesantes respecto al procedimiento de recolección de datos, puesto que aquellos que participaron a través de entrevistas individuales informaron pequeñas pero significativas reducciones en la angustia antes y después de la exposición, mientras que quienes participaron mediante otras modalidades (ej. cuestionarios) no informaron cambios significativos en la angustia⁴. Los resultados de este metaanálisis sugieren que la participación en investigaciones relacionadas con el suicidio no se asocia con un aumento de su riesgo, y que inclusive puede reportar beneficios a sus participantes, no sólo en términos de reducción de la ideación suicida; sino también en términos de reducción de riesgo de intento de suicidio, y que aunque el tamaño de los efectos fue pequeño, son deseables e importantes cuando se trabaja en la prevención de comportamiento suicida⁴.

Por último, Hasking et al. indagaron las reacciones de adolescentes participantes en investigación éticamente sensible, que incluía preguntas respecto a comportamiento suicida⁵. Los resultados dieron cuenta de valoraciones positivas tras la participación, tales como lograr mayor comprensión de sí mismos y los demás, sentir que se estaba ayudando a otros, reconocer la existencia de posibilidades de ayuda, poder expresar sus sentimientos en un contexto seguro, y la percepción de ser una tarea

entretenida o interesante⁵. Este último punto también coincide con lo reportado en el estudio de Langhinrichsen-Rohling et al., quienes identificaron el interés generado como un beneficio reportado por los adolescentes³.

Aun cuando la evidencia haya desestimado el potencial iatrogénico de la indagación sobre comportamiento suicida, e inclusive diera cuenta de eventuales beneficios, no debe perderse de vista la complejidad particular del espectro suicida, donde la ruta de la ideación al intento suicida no es única y existen multiplicidad de factores intervinientes, por lo que no se debe descartar la probabilidad de activación de una crisis suicida durante o tras la investigación⁴.

Para abordar este último aspecto es vital la definición de protocolos de evaluación de riesgos y/o reducción de daños. Lloyd-Richardson et al. indican que es necesario que los equipos de investigación de antemano establezcan criterios claros y conocidos por todos para evaluar a tiempo los riesgos y tomar medidas oportunas que los reduzcan⁶. De acuerdo a estos autores, los protocolos deben contener como mínimo los criterios para detectar el riesgo y definiciones de cuándo y cómo intervenir⁶. Un aspecto crucial es la oportunidad, lo que involucra que la evaluación del riesgo sea realizada idealmente dentro de las siguientes 24 horas tras la aplicación de cuestionarios, e inmediatamente en caso de entrevistas en persona⁶. Específicamente para entrevistas, se recomienda incluir pautas de evaluación de riesgo suicida que se aplicarían en caso de detectarse banderas rojas, para las cuales el equipo a cargo de las entrevistas debe prepararse antes de la recopilación de da-

tos⁶. El protocolo debe indicar también cómo se informará a los adultos responsables, resguardando la seguridad del adolescente cuando esto se realiza, y evitando las consecuencias negativas que pudiera ocasionarle⁶.

Privacidad y confidencialidad

Los aspectos ligados a la privacidad y confidencialidad revisten el desafío de resguardar este derecho, la posibilidad de divulgación de información confidencial ante detección de riesgo potencial, y el efecto que esto produce en la participación los adolescentes.

A diferencia de los criterios para informar hechos constitutivos de delito, como es el caso del abuso sexual, la divulgación de información confidencial ante riesgo potencial de daño parece no contar con criterios claros y consensuados para que equipos de investigación definan los límites de la confidencialidad, existiendo controversia al respecto⁷.

Una de las primeras definiciones que deberá tomar el equipo de investigación es si se asegurará anonimato, confidencialidad incondicional o confidencialidad condicionada por ejemplo, a la información de eventuales riesgos en el transcurso de la investigación, lo que se ha visto tiene implicancias en las tasas de participación, las características de la muestra y la disposición de los adolescentes a revelar información útil para la investigación. Cuando no es posible asegurar anonimato, puede ocurrir ocultamiento de información o adulteración de la respuesta para no revelar comportamientos que se tema sean divulgados³ o efecto de CENSURA para el comportamiento suicida⁷. Hay que considerar que puede ocurrir

un sesgo de selección de los participantes, en cuanto la ausencia de anonimato sea un disuasivo para que adolescentes pertenecientes a grupos en mayor riesgo participen; de esta forma se reduce la validez interna y externa, generando menor desarrollo de investigación que informe el diseño de estrategias de intervención para los grupos que más lo requieran⁸.

RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan algunas recomendaciones sobre aspectos éticos relevantes involucrados en la investigación sobre comportamiento suicida en adolescentes.

Para lograr investigaciones éticas, sin comprometer el rigor científico, es necesaria la colaboración entre equipos de investigación que apunte al intercambio de definiciones metodológicas que permitan avanzar hacia consensos que superen la opacidad de criterios variables⁹.

Recomendación 1: Evaluar juiciosamente cuál es la información estrictamente necesaria a revelar, en caso de que sea necesario romper la confidencialidad, por el potencial riesgo de daño para el o la participante. La información no debiera implicar un riesgo de discriminación, ni revelar aspectos de la vida privada que no son relevantes para tomar medidas de seguridad. Especial cuidado se debe tener en la información que se incluya en las actas de consentimiento y asentimiento informado, protocolos de seguridad y la publicación de sus resultados, considerando que, por ejemplo, el solo hecho de ser considerado elegible para participar en una investigación puede ser revelador de información sensible,

como por ejemplo, aquellas investigaciones enfocadas en grupos específicos o minorías sexuales⁸.

Recomendación 2: Protocolizar el mecanismo de contacto con la persona adulta responsable para informar del riesgo detectado, y utilizar estrategias de tipo consejería en salud o psicoeducación para apoyarle a tomar decisiones que sean seguras para el o la adolescente y los pasos a seguir.

Recomendación 3: Definir periodicidad diaria de chequeo de los ítems específicos que detectan “banderas rojas”. Tomar medidas oportunas ante la detección de probable riesgo de comportamiento suicida a través de cuestionarios, de modo de que la identificación no tenga que esperar a la recopilación total de los datos ni a su análisis⁶. Entrenar a todo el equipo de investigación en pautas para la evaluación de riesgo de comportamiento suicida y protocolos de seguridad, y contar con criterios comunes para la toma de decisiones. Se recomienda utilizar herramientas de evaluación del riesgo suicida que no requieran de formación especializada y sean apropiadas para población adolescente, tales como la Escala de Evaluación de Gravedad de Riesgo Suicida de Columbia¹⁰.

Recomendación 4: Mantener una conducta proactiva en la reducción de expectativas irreales o aprensiones comprensibles respecto a la seguridad del estudio, especialmente en estudios de evaluación de intervenciones y tratamientos. Informar de manera clara lo que es respaldado por la evidencia, y responder de manera empática a las consultas de todos los participantes⁹, informando los beneficios que se han reportado y entregando la información

disponible en lenguaje claro y amigable.

Recomendación 5: Incluir la perspectiva de adolescentes y sus cuidadores a través de su participación en el diseño de la investigación, y la evaluación de las alternativas para responder a los dilemas éticos que se presenten¹¹.

Recomendación 6: Diseñar las baterías de cuestionarios considerando mecanismos de alivio o compensación ante preguntas relativas a comportamiento suicida u otros temas sensibles. Botones de escape, escalas sobre recursos de afrontamiento y experiencias positivas, o tareas de distracción, pueden ser algunas de ellas.

CONCLUSIONES

Existen diversos aspectos involucrados en la investigación sobre comportamiento suicida en adolescentes, que suponen retos para los equipos de investigación a la hora de llevar a cabo una investigación éticamente responsable. No existen dudas de lo imperante que es investigar en torno al comportamiento suicida en adolescentes, y que este debe ser llevado a cabo con los resguardos éticos necesarios, para lo cual es perentorio avanzar hacia definiciones y estándares más precisos, que permitan tanto a equipos de investigación como comités de ética, tomar las mejores decisiones respecto a la procedencia o no de ejecutar un proyecto en este ámbito.

Las definiciones y las alternativas que el equipo de investigación vaya determinando para dar forma a su proyecto de investigación tendrán implicancias éticas, por lo que es necesaria una reflexión ética permanente desde la for-

mulación del proyecto, durante toda la ejecución y en la difusión y diseminación de sus resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deeley ST, Love AW. Does asking adolescents about suicidal ideation induce negative mood state? *Violence Vict.* 2010;25(5):677-88. doi: 10.1891/0886-6708.25.5.677.
2. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005 Apr 6;293(13):1635-43. doi: 10.1001/jama.293.13.1635.
3. Langhinrichsen-Rohling J, Arata C, O'Brien N, Bowers D, Klibert J. Sensitive research with adolescents: just how upsetting are self-report surveys anyway? *Violence Vict.* 2006 Aug;21(4):425-44.
4. Blades CA, Stritzke WKG, Page AC, Brown JD. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clin Psychol Rev.* 2018 Aug;64:1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2018.07.001. Epub 2018 Jul 5.
5. Hasking P, Tatnell RC, Martin G. Adolescents' reactions to participating in ethically sensitive research: a prospective self-report study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015 Aug 21;9:39. doi: 10.1186/s13034-015-0074-3.
6. Lloyd-Richardson EE, Lewis SP, Whitlock JL, Rodham K, Schatten HT. Research with adolescents who engage in non-suicidal self-injury: ethical considerations and challenges. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015 Sep 28;9:37.

- doi: 10.1186/s13034-015-0071-6.
7. Lothen-Kline C, Howard DE, Hamburger EK, Worrell KD, Boekeloo BO. Truth and consequences: ethics, confidentiality, and disclosure in adolescent longitudinal prevention research. *J Adolesc Health*. 2003 Nov;33(5):385-94. doi: 10.1016/s1054-139x(03)00184-8.
 8. Smith AU, Schwartz SJ. Waivers of parental consent for sexual minority youth. *Account Res*. 2019 Aug;26(6):379-390. doi: 10.1080/08989621.2019.1632200. Epub 2019 Jun 21.
 9. King CA, Kramer AC. Intervention research with youths at elevated risk for suicide: meeting the ethical and regulatory challenges of informed consent and assent. *Suicide Life Threat Behav*. 2008 Oct;38(5):486-97. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.486.
 10. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
 11. eFisher CB. Adolescent and parent perspectives on ethical issues in youth drug use and suicide survey research. *Ethics Behav*. 2003;13(4):303-32. doi: 10.1207/S15327019EB1304_1. PMID: 15000093.

Retomando el camino hacia el futuro. Creando nuevos puentes para avanzar.

Retaking the road to the future. Creating new bridges to move forward.

Dra. Claudia Amarales¹

Este congreso del 2023, se enmarca en el total retorno a la normalidad, pero con la experiencia que nos han dejado los años de pandemia. Sobre todo con las herramientas de la conexión cibernética. Hoy podemos, más fácilmente, crear ciencia para poder construir un espacio más amigable para nosotros y para nuestros niños.

En las últimas décadas hemos tenido grandes avances científicos, y sentimos que de alguna manera estamos alcanzando ese futuro que alguna vez soñamos. Y ese futuro, que es prometedor, es a la vez incierto y desafiante, ya que nos enfrenta a dilemas enormes, difíciles y complejos de abordar.

Es por estos desafíos que el congreso del 2023 quiere ser una mirada al futuro, pretende ser un eslabón de reflexión y proyección en que nos acercemos y organicemos como profesionales, para crear ciencia juntos y avanzar en trabajos colaborativos entre distintos centros de formación. Así como con regiones, para poder crear conocimiento dentro de nuestro país,

que permita tener una mirada más realista de nuestra infancia. Queremos aprender y aportar desde la SOPNIA a que los niños de nuestro país y sus familias puedan tener una mejor atención en salud, basada en nuestra realidad, y otorgarles de esta forma una mejor calidad de vida. Y, en ese sentido, tal como se planteó en el congreso del 2022, queremos apuntar hacia el uso racional de los recursos, tanto diagnósticos como terapéuticos, en un momento de la historia de nuestro país y de nuestro mundo en que los recursos son limitados. Es prioritario hacer un uso racional de estos recursos desde una mirada de justicia distributiva, una mirada ética, pensando siempre en lo mejor para nuestros niños y nuestros pacientes, pero también para nuestro medio ambiente y para nuestro país.

Es esta la mirada que queremos entregar en el congreso 2023.

Estamos abiertos a la colaboración y queremos la máxima participación de todos los socios y no socios, médicos de neurología pediátrica y psiquiatría

1. Neuropediatra, Presidenta Congreso SOPNIA 2023.
Jefa unidad de Neurología Pediátrica Hospital Carlos van Buren.
Docente Programa de formación de neurología pediátrica Universidad de Valparaíso.
Correspondencia: camarales@gmail.com

infantojuvenil, psicólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, profesores diferenciales, etc.

TEMAS

Además de nuestros comités científicos, queremos incorporar un comité de arte y recoger algunas de las enseñanzas que nos dejó la pandemia, en que muchas veces desde la música, desde las obras de arte de los museos, se nos abría una ventana para poder sentirnos conectados con el resto del mundo. La identidad cultural hoy es más importante que nunca, nos genera el sentido de pertenencia tan necesario hoy para defendernos de las corrientes globalizantes y homogeneizantes que han generado vacío y desorientación en las nuevas generaciones. Queremos destacar la importancia de la cultura, y por eso, hacer el congreso en la región de Valparaíso, cuya ciudad capital ha sido declarada por la UNESCO como patrimonio de la humanidad, no sólo es una señal de que la Sociedad se abre a las regiones, es también un guiño a la cultura y por eso queremos hacer énfasis en que nuestros socios participen en la expo arte a través de pintura, fotografía, telares y también eventualmente a través de actividades musicales.

Nuestros comités estarán constituidos en neurología por la doctora Daniela Muñoz, neuróloga pediátrica con especialidad en movimientos anormales,

quien tiene gran capacidad de trabajo y creatividad, y una energía renovada y contagiosa tan necesaria hoy en día. Y, en el comité de psiquiatría, la doctora Patricia González, psiquiatra infantojuvenil, con una vasta experiencia en clínica y también con una gran capacidad de organizar y trabajar en equipo. Incorporaremos también en nuestro equipo al subcomité de trabajos científicos, a quienes le daremos la misión de entregar un mayor puntaje a los trabajos que logren el trabajo colaborativo, ya sea en colaboración con otros centros de la región metropolitana y sobre todo aquellos trabajos que incorporen a los centros de otras regiones. Y además, en la línea de reforzar las investigaciones de alto nivel, se ha organizado un taller para analizar proyectos de trabajos de distintos centros, que permitan profundizar nuestros análisis y conclusiones.

Y en el comité de arte, como siempre, el destacado doctor Jorge Förster, quien durante tantos años se ha preocupado de entregarnos una mirada más luminosa a través de su Expoarte.

Los invitamos a participar en el XL Congreso de la SOPNIA, enviando sus trabajos y participando activamente en cada actividad de este reencuentro.

Para que juntos “Retomemos el camino hacia el futuro. Creando nuevos puentes para avanzar”.

Sitios de interés a través de páginas web

Sociedades

- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia www.sopnia.com
- Sociedad Chilena de Pediatría www.sochipe.cl
- Sociedad Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía www.sonepsyn.cl
- Sociedad Chilena de Salud Mental www.schilesaludmental.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.escapnet.org
- Sociedad Europea de Neurología Pediátrica www.epns.info

Escuela de Postgrado

- Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile: Postgrado - Escuela de Medicina UC.
- Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile www.postgradomedicina.uchile.cl

Revistas

- Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia: www.sopnia.com
- Revista Chilena de Neuropsiquiatría: www.sonepsyn.cl/index.php?id=365

www.scielo.cl/scielophp?pid=0717-9227-&script=sci_serial

- Revista Pediatría Electrónica: www.revistapediatria.cl
- Child and Adolescent Psychiatry (inglés): www.jaacap.com
- Child and Adolescent Clinics of North America (inglés): www.childpsych.theclinics.com
- European Child & Adolescent Psychiatry (inglés): www.springerlink.com/content/101490/
- Development and Psychopathology (inglés) <http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP>
- Seminars in Pediatric Neurology (inglés) <http://www.sciencedirect.com/science/journal/10719091>
- Pediatric Neurology (inglés): www.elsevier.com/locate/pedneu
- Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com
- Revista Europea de Epilepsia (inglés): www.seizure-journal.com

Sitios recomendados en Psiquiatría

- Parámetros prácticos www.aacap.org/page.www.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
- Autismo (inglés) www.autismresearchcentre.com
- Suicidalidad (inglés) www.afsp.org
- Déficit atencional: www.tdahlatino-america.org www.chadd.org (inglés)

Sitios recomendados en Neurología

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

Otros sitios recomendados para residentes

- Temas y clases de neurología: <http://sites.google.com/a/neuropedh-rrio.org/docencia-pregrado-medicina/>
- Artículos seleccionados del BMJ: www.bmj.com/cgi/collection/child_and_adolescent_psychiatry

Sitios recomendados para pacientes

- Recursos generales (inglés) www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia www.aacap.org/cs/resource.centers
- Trastorno afectivo bipolar (inglés): <http://www.bpkids.org/learn/resources>
- Trastorno afectivo bipolar (español) <http://www.sochitab.cl>
- Epilepsia: Liga Chilena contra la Epilepsia www.ligaepilepsia.cl

Salud Mental

- Programa Habilidades para la Vida: <http://www.junaeb.cl/pr>

on - tus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html

- Chile Crece Contigo: www.crececontigo.cl
- Segunda encuesta online efectos del covid-19 en el uso de alcohol y otras drogas en Chile 2021. [Puedes revisar y descargar los principales resultados aquí.](#)
- CONACE: www.conace.cl
- Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008: http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=384:descarga-el-octavoestudio-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: Salud mental - WHO | World Health Organization.

- Congreso Internacional de Epilepsia, 2-6 septiembre 2023, Dublin, Irlanda.



- Congreso Peruano de Psiquiatría: 7-9 Septiembre 2023, Lima.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

XXVII CONGRESO PERUANO DE PSIQUIATRÍA 2023

"Determinantes sociales en salud mental"

CONGRESO REGIONAL WPA 2023

Del 07 al 09 de setiembre del 2023
Swissôtel Lima

¡REGÍSTRATE A TARIFA TEMPRANA HASTA EL 31 DE ENERO!

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

CATEGORÍAS	Hasta febrero 2023	Hasta marzo 2023	Hasta junio 2023	Después
Psiquiatras y otras especialidades médicas	USD 200	USD 250	USD 270	USD 300
Médico Residente	USD 150	USD 170	USD 190	USD 210
Otros prof. de la salud	USD 160	USD 180	USD 200	USD 220
Socios Hábiles APP	INSCRIPCIÓN LIBRE			

FORMAS DE PAGO
Depósito a cuenta dólares del Banco Scotiabank
Cta. Cte: Nº 000-0180956

CCI: 009-234-000000180956-65
Código SWIFT: USSW33CH23800A
Nombre: Asociación Psiquiátrica Peruana
RUC: 2016651098

EJES TEMÁTICOS

- ✓ Determinantes sociales en la salud mental
- ✓ Sociedad, cultura y salud mental
- ✓ Salud mental en poblaciones vulnerables
- ✓ Salud mental comunitaria
- ✓ Innovaciones en tratamientos psiquiátricos

INSCRÍBETE AQUÍ

INFORMES E INSCRIPCIONES
Grupo Milenium (+51) 984 776 332
informes3@grupomilenium.pe

Reuniones y Congresos

- Congreso Sonepsyn 16-18 noviembre 2023, Antofagasta.



- XI Jornada Internacional SOCHITAB. Jueves 07 y viernes 08 de septiembre 2023. Hotel Mandarín Oriental, Av. Kennedy 4601, Las Condes. www.sochitab.cl

XI JORNADA INTERNACIONAL SOCHITAB PROGRAMA JUEVES 07 DE SEPTIEMBRE	
08:30 HS - 08:45 HS	BIENVENIDA PRESIDENTE SOCHITAB Dr. Ulises Ríos
08:45 HS - 09:45 HS	TRATAMIENTO PERSONALIZADO PARA DISTINTOS PERFILES DE COMPLEJIDAD EN DEPRESIÓN Ps. PhD Paula Dagnino
09:45 HS - 10:20 HS	"SHARED DECISION-MAKING" PARA EL TRATAMIENTO DE LA FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR Dr. Manuel Fuentes
10:30 HS - 11:00 HS	MESA DE DISCUSIÓN Moderadora: Dra. Jimara Hermosilla
11:00 HS - 11:30 HS	COFFEE BREAK
11:30 HS - 12:15 HS	ENTENDER LA HETEROGENEIDAD GENÉTICA EN EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA PUERTA PARA LAS APLICACIONES DE LA MEDICINA GENÓMICA Dra. María Leonor Bustamante
12:15 HS - 13:00 HS	HETEROGENEIDAD EN TRASTORNOS BIPOLARES: IMPLICANCIAS CLÍNICO TERAPÉUTICAS Sergio Strejilevich
13:00 HS - 13:30 HS	MESA DE DISCUSIÓN Moderador: Dr. Felipe Silva
13:30 HS - 14:30 HS	SIMPÓSIO SATELITE LUNDBECK
14:30 HS - 15:30 HS	COFFEE BRUNCH
15:30 HS - 16:15 HS	AVANCES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN EL TRASTORNO BIPOLAR Dr. Eduard Vieta
16:15 HS - 17:00 HS	WHY DON'T WE HAVE BETTER PSYCHIATRIC DRUGS? Dr. Nassir Ghaemi
17:00 HS - 17:30 HS	COFFEE BREAK
17:30 HS - 18:30 HS	DIÁLOGOS CLÍNICOS I : EDUARD VIETA, NASSIR GHAEMI, SERGIO STREJILEVICH, PAUL VOHRINGER Moderadores: Dr. Ulises Ríos, Dr. Alberto Aedo

XI JORNADA INTERNACIONAL SOCHITAB PROGRAMA VIERNES 08 DE SEPTIEMBRE	
08:20 HS - 08:30 HS	BIENVENIDA
08:30 HS - 09:00 HS	ROL DEL CÍRCULO DE APOYO A PARES Dr. Jorge Cabrera
09:00 HS - 09:45 HS	EL ROL PRONÓSTICO DEL TEMPERAMENTO EN LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO Dr. Paul Vohringer
09:45 HS - 10:30 HS	TRUTHS AND FALLACIES OF PSYCHIATRY Dr. Nassir Ghaemi
10:30 HS - 11:30 HS	MESA DE DISCUSIÓN Moderador: Dr. Luis Risco
11:00 HS - 11:30 HS	COFFEE BREAK
11:30 HS - 12:15 HS	DESENLACE CLÍNICO DE LOS PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Dr. Rodrigo Córdova
12:15 HS - 13:00 HS	PSIQUIATRÍA DE PRECISIÓN Dr. Eduard Vieta
13:00 HS - 14:00 HS	DIÁLOGOS CLÍNICOS II : EDUARD VIETA, NASSIR GHAEMI, SERGIO STREJILEVICH, RODRIGO CÓRDOBA Moderadores: Dr. Ulises Ríos, Dr. Alberto Aedo
14:00 HS - 14:30 HS	COFFEE BRUNCH
14:30 HS - 15:30 HS	S1. LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA EN LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO Dra. Jimena Hermosilla
	S2. TEC EN LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO Dr. Felipe Silva
	S3. ÚLTIMOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS RELEVANTES EN LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO Dr. Alberto Aedo
15:30 HS - 16:15 HS	¿CON QUÉ PARÁMETROS TOMAR DECISIONES TERAPÉUTICAS? Dr. Sergio Strejilevich
16:15 HS - 17:15 HS	DIÁLOGOS CLÍNICOS III: CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS BIPOLARES Equipo Clínico FEA Horwitz y Círculo Polar

 WWW.SOPNIA.COM

 [congreso.sopnia](https://www.instagram.com/congreso.sopnia)  569 61408910



XL CONGRESO
SOPNIA
VIÑA DEL MAR 2023




Retomando el camino hacia el futuro
Creando nuevos puentes para avanzar

PM
8 noviembre



HORARIOS Talleres pre-congreso

Sala híbrida
Presencial con transmisión
en vivo y directo 

12:30	Registro y Acreditación			
14:00	Casos de difícil diagnóstico		Salud mental Infanto Juvenil Pandemia: crisis como oportunidad Dra. Consuelo Aldunate	
16:00	TALLER 1 Terapias de alto costo	TALLER 2 Neuromuscular	TALLER 3 ¿Cómo transformar una idea en un buen proyecto de investigación?	TALLER 4 TBC
	Ceremonia inaugural			
18:20	Palabras de bienvenida Dra. Claudia Amarales			
19:30	Plenaria Inaugural: Ley TEA Dra Valeria Rojas Grupo GTD			
19:50	TEA: Experiencia últimos 10 años Dr. Urión			
20:15	Cocktail de bienvenida			

 TALLER 5
Neonatología

 TALLER 6
Sueño

 WWW.SOPNIA.COM

 [congreso.sopnia](https://www.instagram.com/congreso.sopnia)  569 61408910

Reuniones y Congresos



**XL CONGRESO
SOPNIA**
VIÑA DEL MAR 2023

Retomando el camino hacia el futuro
Creando nuevos puentes para avanzar

Sala híbrida
Presencial con transmisión
en vivo y directo



9 noviembre

AM



8 al 10
Noviembre

HORARIOS

8:30

9:00

9:30

10:00

10:30

12:30

14:00

16:00

Altas Capacidades (AACC)
Coordinan: Dra. Valeria Jeanerret, Dra. Marcela Abuffhele
Invitada Internacional: Ps. Ma. Caridad García Cepero (Colombia)

Un paseo por "Giftedland", concepciones e hitos alrededor del estudio y educación de estudiantes con altas capacidades
Ps. María Caridad García Cepero, Ph.D. (Colombia)

Realidad chilena de las altas capacidades, doble excepcionalidad (2E) y mujeres con AACC.
Ps. María Paz Gómez y Ps. M. Leonor Conejeros

Mesa redonda

Coffee break

Neurología	Psiquiatría
<p>MÓDULO I Enfermedades Metabólicas</p> <p>Coordinadoras: Dra. Tatiana Muñoz Dra. Carolina Arias</p> <p>Resultados a largo plazo y desafíos futuros en los Trastornos del Ciclo de la Urea Dr. Marshall Summar</p> <p>Actualización en Trastornos Genéticos y Metabólicos del Neurodesarrollo. Dr. David K. Urión</p> <p>Seguimiento a largo plazo de errores innatos del metabolismo y futuros desafíos a nivel nacional. Dra. Carolina Arias</p>	<p>MÓDULO II Epilepsia</p> <p>Coordinadoras: Dra. Keryma Acevedo Dra. Loreto Llanos</p> <p>Controversias en espasmos epilépticos y síndrome de West: definición de refractariedad y recada. ¿Cómo tratar cuando nada funciona? Dra. Chellamani Harini</p> <p>Encefalopatías Epilépticas y Corticoides. ¿Cuándo, cuánto, a quién? Dra. Cynthia Margart</p> <p>Desafíos diagnósticos en encefalopatía Epiléptica del desarrollo con activación de descarga de espiga-onda lenta en sueño. Dra. Arantza Uñet</p>
<p>MÓDULO III Trauma: un puente desde la clínica al tratamiento</p> <p>Coordinadoras: Dra. Lilian Brand Dra. Fanny Leyton</p> <p>El impacto de los eventos traumáticos en el desarrollo Dra. Nuria Tur</p> <p>Abordaje del trauma desde el EMDR Dra. María Eugenia Hurtado</p> <p>Mesa redonda</p>	
<p>Simposio Box Lunch Satélite de la Industria (TEVA - TBC) TDAH Neurología y Psiquiatría</p>	<p>Simposio Box Lunch Satélite de la Industria (Axon Pharma - TBC)</p>
<p>Trabajos Libres Neurología 1</p>	<p>Trabajos Libres Neurología 2</p>
<p>Trabajos Libres Neurología 3</p>	<p>Trabajos Libres Psiquiatría 1</p>
<p>Trabajos Libres Psiquiatría 2</p>	

Coffee break



**XL CONGRESO
SOPNIA**
VIÑA DEL MAR 2023

Retomando el camino hacia el futuro
Creando nuevos puentes para avanzar

Sala híbrida
Presencial con transmisión
en vivo y directo



9 noviembre

PM



8 al 10
Noviembre

HORARIOS

16:30

18:00

20:00

NEUROLOGÍA	PSIQUIATRÍA
<p>MÓDULO IV Sustancia Blanca/Neuroinmunología</p> <p>Coordinadoras: Dra. Paolo Santander Dra. Andrea Schlatter</p> <p>Leucodistrofias y leucoencefalopatías puesta al día en aproximación diagnóstica. Dra. Mónica Troncoso</p> <p>Actualización en MOGAD, aspectos clínicos y tratamientos actuales. Dra. Wilson-Murphy</p> <p>Patrones neuroradiológicos y diagnóstico diferencial en enfermedades de sustancia blanca. Dr. Carlos Robles</p>	<p>MÓDULO V Neurointensivo Neuropronóstico: Elementos que nos ayudan</p> <p>Coordinadoras: Dra. Carla Manterola Dra. María José Hidalgo</p> <p>Predictores Clínicos de Mal pronóstico Neurológico Dra. Carla Manterola</p> <p>Imágenes en Neuropronóstico Dra. Ximena Stecher</p> <p>Futuro, marcadores biológicos Dr. Hachi Mansur</p>
	<p>MÓDULO VI Terapia Conductual Dialéctica Niños (DBT-C)</p> <p>Coordinadoras: Dra. Consuelo Aldunate Dra. Marcela Ortega Dra. Marcela Abuffhele</p> <p>Expositora: Ps. Ma. Ignacia Montt</p> <p>Charla "DBT-C: Adaptación del modelo DBT para niños y sus padres"</p> <p>Taller "Habilidades centrales de regulación emocional basado en modelo DBT-C"</p>
	<p>MÓDULO VII Salud mental escolar en Chile: Avanzando con las botas puestas</p> <p>Coordinadores: Dr. Mario Valdivia Dr. Alfonso Correa Ps. Ricardo Musalem</p> <p>Salud mental escolar en Chile: pasado, presente y futuro Ps. Rodrigo Rojas Andrade</p> <p>Violencia Escolar Ps. Jorge Varela</p> <p>Desarrollo de talento, como factor de protección de salud mental en la escuela Ps. María Caridad García Cepero</p>
<p>Tertulia con actividad artística local (SOPNIA Talent)</p>	



WWW.SOPNIA.COM

@ congreso.sopnia

569 61408910

Reuniones y Congresos



**XL CONGRESO
SOPNIA
VIÑA DEL MAR 2023**

Retomando el camino hacia el futuro
Creando nuevos puentes para avanzar

Sala híbrida
Presencial con transmisión
en vivo y directo

AM
10 noviembre



HORARIOS

7:30	Desayuno con los expertos Inscripción previa	
8:30	Trabajos de Plataforma Neurología	Trabajos de Plataforma Psiquiatría
10:30	COFFEE BREAK	
11:00	<p>NEUROLOGÍA</p> <p>MÓDULO VIII NEUROMUSCULAR Coordinadoras: Dra. Rocío Cortés Dra. Karin Kleinstauber</p> <p>Situación diagnóstica y terapéutica de Atrofia Muscular Espinal en Hospital Garrahan Dra. Soledad Monges</p> <p>Distrofia Muscular de Duchenne: generalidades en el diagnóstico y tratamiento Dra. Rocío Cortés</p> <p>Experiencia en tratamiento con Ataluren en Distrofia Muscular de Duchenne Dra. Soledad Monges</p>	<p>MÓDULO IX TR MOVIMIENTO Coordinadoras: Dra. Daniela Muñoz Dra. Magdalena Torres</p> <p>Actualización en estatus distónico: Diagnóstico y tratamientos Dr. Darius Ebrahimi-Fakhari</p> <p>Nuevas Terapias en Trastornos del Movimiento en Pediatría. Dr. Darius Ebrahimi-Fakhari</p> <p>Genética en los Trastornos del Movimiento Dr. Dario Ortigoza</p>
	<p>MÓDULO X</p> <p>Estado Mental de Alto Riesgo (EMARS) Coordinadora Dra. Adriana Gutiérrez</p> <p>Expositores: Ps. Sebastián Corral Dra. Sandra Venegas Dr. Alejandro Maturana</p>	<p>PSIQUIATRÍA</p> <p>MÓDULO XII Simposio vinculación temprana, regulación y salud mental del bebé Coordinadora Dra. Carolina González</p> <p>Construcción de los primeros vínculos entre el bebé y sus cuidadores: la base del desarrollo infantil Ps. Marcia Olhaberry</p> <p>Interacciones triádicas, personalidad y desarrollo infantil: desde el embarazo al posparto Ps. Antonia Muzard</p> <p>Depresión materna y vinculación temprana: Diseño y evaluación de una aplicación para la prevención Ps. Pamela Franco</p> <p>El video-feedback como herramienta para el abordaje de la depresión materna posparto: ¿Qué cambia y cómo cambia? Ps. Catalina Sieverson</p>
13:00	Cheese and wine EXPOARTE	



**XL CONGRESO
SOPNIA
VIÑA DEL MAR 2023**

Retomando el camino hacia el futuro
Creando nuevos puentes para avanzar

PM
10 noviembre



HORARIOS

14:30	<p>NEUROLOGÍA</p> <p>MÓDULO XII Neurogenética Coordinadores: Dr. Vicente Quiroz Dr. José Ignacio Marín</p> <p>Fenotipificación Profunda en Trastornos Neurogenéticos Dr. Armin Raznahan</p> <p>Cómo la Neurogenética ha revolucionado el Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia Pediátrica. Dr. Angel Aledo</p> <p>Molecular diagnosis of epilepsy and dyskinesias Dr. Darius Ebrahimi-Fakhari</p>	<p>MÓDULO XIII Neurología en enfermedades Pediátricas. Coordinadores: Dr. Cesar Mateluna Dra. Javierre Jofre</p> <p>Consideraciones neuroológicas en niños con COVID-19. Dr. Wilson Murphy</p> <p>Actualización en Debilidad del Paciente Crítico Dr. Carlos Jaque</p> <p>Accidente Cerebrovascular en paciente pediátrico: Evaluación y Tratamiento Dra. Agnieszka Kiellian</p>	<p>PSIQUIATRÍA</p> <p>MÓDULO XIV</p> <p>Terapia Basada en la Mentalización para niños y adolescentes: Desde la teoría a la práctica Coordinadora Dra. Fanny Leyton</p> <p>La Mentalización como herramienta en el trabajo terapéutico con niños y sus padres Ps. Marcia Olhaberry</p> <p>Un programa de tratamiento ambulatorio intensivo para adolescentes con Trastorno de Personalidad Dra. Nuria Tur</p> <p>Mesa redonda</p>
16:30	Coffee break		
17:00	<p>Reunión Socios SOPNIA Recepción nuevos socios, votación estatutos</p>		
21:00	<p>Cena de Clausura Premio OLEA - VIDEO Estadio Español de Viña del Mar</p>		



WWW.SOPNIA.COM

@ congreso.sopnia 569 61408910

Actualizadas en diciembre 2021.

Estas instrucciones han sido elaboradas considerando el estilo y naturaleza de la revista y adoptando los requisitos establecidos para los manuscritos para revistas biomédicas, acordados por el “International Committee of Medical Journal Editors”, actualizado en noviembre de 2003 en el sitio web www.icmje.org.

Se favorecerá la educación continua de los profesionales de la SOPNIA, mediante trabajos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos comentados. 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 en otra revista. En caso contrario se adjuntará información de publicaciones previas, explícitamente citadas, o permisos cuando el caso lo amerite. Todos los trabajos originales serán sometidos a revisión por pares (dos a tres), seleccionados por el comité editorial, quienes asignarán al trabajo, de modo independiente, una de las siguientes cuatro categorías: 1) aprobado sin reparos, 2) aprobado con reparos menores, 3) aprobado con reparos mayores, o 4) rechazado. En los casos de aprobación con reparos, el(la, los, las) autor(a, es, as) deberá(n) ajustarse a los plazos establecidos para el reenvío.

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 y casos clínicos, debe realizarse con **consentimiento informado**, requisito que deberá quedar explicitado en el método, así como en cualquier moda-

lidad de investigación, deberá explicitarse la **Aprobación del Comité de Ética** de la institución donde se realiza el estudio. Adicionalmente, el(la, los, las) autor(a, es, as) deberán describir cualquier relación financiera o personal con personas y organizaciones, que pudieran dar lugar a un **conflicto de intereses** en relación con el artículo que se remite para publicación.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS DE FORMATO Y ESTILO.

Los trabajos deben estar escritos en español (utilizar la última edición del Diccionario de la Lengua Española, de la Real Academia Española y su versión electrónica (www.rae.es)), 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 las tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos. El trabajo general se enviará, a espacio y medio, con letra Arial 12.

El título en español con letra Arial 20 en negrita, el título en inglés con letra Arial 16. Utilice mayúsculas exclusivamente para: INTRODUCCION, MATERIALES Y METODOS, RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. Utilice negrita cursiva en *autores* y en las siguientes palabras contenidas en los resúmenes en español e inglés: **Objetivo, Método, Resultados, Conclusiones, Palabras claves. Abstract, Introduction, Objectives, Methodology, Results, Conclusions, Keywords.** Para facilitar el proceso editorial, todas

las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho. Se aceptan archivos electrónicos en formato word. Deben anexarse los archivos de las figuras en JPEG (300 DPI o superior). Cada figura debe tener su pie correspondiente.

El texto se debe redactar 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 un párrafo separado se debe mencionar dónde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se debe especificar a continuación, si es un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se debe agregar un pie de página con el nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quién se dirigirá la correspondencia.

2. Resumen

En la hoja siguiente se redactará un resumen en español e inglés, de aproximadamente 150 palabras, incluyendo los objetivos del trabajo, procedimientos básicos, resultados principales y conclusiones.

3. Palabras Claves

Los autores deben proveer cinco 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 de hasta 3.000 palabras, con hasta 40 referencias y cinco tablas o figuras. Los trabajos deben contar con la siguiente estructura:

a. Introducción

Debe aportar el contexto del estudio, se plantean y fundamentan las preguntas que motivaron el estudio, los objetivos o las hipótesis propuestas. Los objetivos principales y secundarios deben estar claramente precisados. Se incluirá en esta sección sólo aquellas referencias estrictamente pertinentes.

b. Método

Debe incluir exclusivamente información disponible al momento en que el estudio o protocolo fue escrito. Toda información obtenida durante el estudio pertenece a la sección de resultados.

Diseño del estudio (explícito), además se deben incluir explicaciones claras acerca de cómo y por qué el estudio fue formulado de un modo particular.

Selección y descripción de los participantes: se deben describir 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, según pertinencia.

Instrucciones a los(as) Autores(as)

Se deben identificar los métodos, equipos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente como para permitir a otros investigadores reproducir los resultados. Se deben entregar referencias y breves descripciones cuando se trate de métodos preestablecidos, o descripciones detalladas cuando se trate de métodos nuevos o modificados. Se deben identificar de forma precisa todas las drogas o productos químicos utilizados, incluyendo el nombre genérico, dosis y vía de administración.

Análisis de datos: Se describirán los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector el acceso a la información original y la verificación de los resultados reportados. Deben especificarse los métodos estadísticos utilizados para el análisis de datos. Se recomienda hacer referencia a trabajos estándares para explicar el diseño y métodos estadísticos sofisticados. Cuando sea el caso, se debe especificar el software estadístico utilizado.

d. Resultados

Se presentarán 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 enfatizarán los datos más importantes. Los resultados numéricos deben expresarse en valores absolutos y relativos (porcentajes). Los hallazgos derivados de variables cuantitativas deben ser expresados con medidas de tendencia central y dispersión pertinentes. Se debe evitar utilizar 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 deben enfatizar 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 deben comparar y contrastar los resultados con aquellos de otros estudios relevantes y atingentes, estableciendo las limitaciones del estudio y explorando las implicaciones de los hallazgos, tanto para futuros estudios como para la práctica clínica.

Las conclusiones deben vincularse con los objetivos del estudio, evitando realizar afirmaciones o plantear conclusiones no respaldadas por los resultados. 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. Citaciones.

La numeración de las entradas de la lista debe ser consecutiva, de acuerdo al orden de aparición en el texto.

Las citas de referencias en el texto deben identificarse con números arábigos entre corchetes. Por ejemplo:
- La investigación sobre los trastornos del espectro autista (TEA) abarca distintas disciplinas [3, 6-8].

Listado de referencias

La lista de referencias sólo debe incluir

trabajos citados en el texto y que hayan sido publicados o aceptados para su publicación. Siempre que sea posible, se privilegiará las referencias a trabajos originales por sobre las revisiones. Se optará por un número pequeño de referencias a trabajos originales que se consideren claves. Deberá evitarse el uso de abstracts como referencias. Las comunicaciones personales y los trabajos no publicados sólo deben mencionarse en el texto y designarse como “en prensa”, “en revisión” o “en preparación” y deberán tener autorización para ser citados. No utilice notas al pie o al final de la página como sustituto de la lista de referencias.

Si se dispone de ellos, incluya siempre los DOI como enlaces de DOI completos en su lista de referencias (por ejemplo, “<https://doi.org/a1b2c3>”).

Artículo de revista

El formato a utilizar en las referencias bibliográficas de artículos de revista debe ser el sugerido en el manual de estilo de la Asociación Médica Americana (AMA) 10a edición. Idealmente, deben indicarse los nombres de todos los autores, pero también se aceptará el uso de “et al” en las listas largas de autores desde el sexto autor. Utilice siempre la abreviatura estándar del nombre de las revistas según la lista de abreviaturas de títulos del ISSN (<https://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-ltwa/>). Por ejemplo:

- Meyers E, DeSerisy M, Roy AK. Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD): An RDoC perspective. *J Affect Disord.* 2017;216:117-122. doi:10.1016/j.jad.2016.08.007.
- Westra D, Schouten MI, Stunnenberg BC, et al. Panel-Based Exome Sequencing for Neuromuscular Disorders as a Diagnostic Service. *J Neu-*

romuscul Dis. 2019;6(2):241- 258. doi:10.3233/JND-180376.

Para otro tipo de publicaciones, atégase al formato de los siguientes ejemplos:

Libro

- Swaiman K (2018) *Swaiman’s Pediatric Neurology (Sixth Edition)*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2013-1-00079-0>.

Capítulo de un libro

- Camfield P, Camfield C (2017) *Principles of Management and Outcome*. In: *Swaiman’s Pediatric Neurology (Sixth Edition)*. Elsevier, pp 501-505. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-37101-8.00062-X>.

Documento en línea

- Organización mundial de la salud (2014) *Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista*, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA67.8, pp 13. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=35. Consultado el 15 de febrero de 2021.

g. Tablas.

Las tablas se presentarán en formato .doc o .docx a doble espacio, cada una en hoja separada y se numeran consecutivamente según su orden de aparición. Se sugiere evitar usar líneas divisorias internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografía-

Instrucciones a los(as) Autores(as)

das 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 imágenes clínicas o de anatomía patológica, se deben enviar impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127 x 173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicativas, es decir, contener título y explicación detallada (barras de amplificación, flechas, nombres y escalas en los ejes de las gráficas.) Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo al 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, con independencia a la autoría de la imagen.

i. Abreviaciones y Símbolos

Se usarán abreviaciones estándar, evitando su uso en el título. En todos los casos, se debe explicitar el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto. Una página adicional de abreviaturas no es requerida.

5. Revisión de Temas

Extensión del tema y elementos de apoyo: hasta 3.500 palabras, hasta 80 referencias y cinco 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, hasta 10 referencias y tres 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. Publicaciones duplicadas

Podrán enviarse artículos publicados en otras revistas con el consentimiento de los autores y de los editores de éstas. 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).

Carta Compromiso de envío de artículo a proceso de postulación para publicación en Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

En mi condición de autor(a), envío el presente artículo para consideración de publicación en la Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia de Chile.

Título del Artículo:

Confirmando que el artículo enviado es original y no ha sido presentado para revisión de forma simultánea ni publicado en otra revista científica. El material escrito, tablas y figuras del artículo no han sido reutilizados de material previamente publicado en esta u otra revista científica, a menos que el artículo sea una ampliación de un manuscrito anterior o una traducción de material original solicitada por el equipo editorial.

Los resultados son presentados tal como se registraron, sin fabricación, manipulación o falsificación de los datos escritos e/o imágenes. Se respetaron las normas de la(s) institución(es) en la que se realizó el estudio, respecto de la adquisición, selección y procesamiento de los datos.

No se presentan datos, teorías ni textos de otros autores como si fueran propios, específicamente, se reconoce la autoría del material copiado, resumido o parafraseado, usando comillas para indicar frases literales tomadas de otra fuente, con la correspondiente referencia y permiso para el uso de material con derechos de autor, si correspondiera.

En caso de existir fuentes de financiamiento o compromisos financieros con la industria privada o el estado se detallan a continuación (deje en blanco en caso de no existir):

Indique la contribución propia y de cada coautor(a) al artículo presentado en las siguientes categorías: 1) Conceptualización, 2) Metodología, 3) Análisis de resultados, 4) Redacción y preparación del manuscrito, 5) Adquisición de fondos y 6) Supervisión.

Firma y tipo de contribución de los(as) autores(as), quienes certifican contribuciones y aprobación final del trabajo.

Firma de coautores(as)

Nombre del(la) coautor(a):

Nombre del(la) coautor(a):

Nombre del(la) coautor(a):

Nombre del(la) coautor(a):

Instrucciones a los(as) Autores(as)

Nombre del(la) coautor(a):

Nombre del(la) coautor(a):

Nombre del(la) primer(a) autor(a):

Dirección del(la) primer(a) autor(a):

Correo del(la) primer(a) autor(a):

Firma del(la) primer(a) autor(a):

Declaración de conflictos de interés (marque con una cruz la casilla y detalle):

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Los autores declaran tener eventuales conflictos de interés.

Autora: Dra. Bernardita Prado Alcalde

Nombre: “El faro”

Técnica: Pigmentos de acuarela sobre lámina de papel.

Se expuso en la Expoarte del año 2019.