ISSN-0718-3798
Versión digital

# Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

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

Indexada en LILACS y LATINDEX / Volumen 34, Nº 3, Diciembre 2023

**EDITORIAL**

- 45 años transitando por la Neurología Infantil.
  *45 years traveling through Child Neurology.*

**REVISION DE TEMAS**

- ¿Cómo se está estudiando la co-ocurrencia entre trastorno del espectro autista y disforia de género en la población adolescente?
  *How is the co-occurrence between autism spectrum disorder and gender dysphoria being studied in the adolescent population?*
- Camuflaje social en niños, niñas y adolescentes con autismo.
  *Social camouflage in children and adolescents with autism.*

**CONTRIBUCIONES**

- Obituario Dr. Carlos Almonte.
  *Obituary Dr. Carlos Almonte.*
- La "Estrategia Metafórica" y el "Cuento de Animales": dos legados del Dr. Carlos Almonte.
  *The "Metaphorical Strategy" and the "Animal Story": two legacies of Dr. Carlos Almonte.*
- Consenso internacional sobre medidas de resultado de tratamientos de depresión y ansiedad en población infanto-juvenil: recomendaciones para su aplicación en Chile.
  *International consensus on outcome measures for the treatment of depression and anxiety in children and adolescents: recommendations for their application in Chile.*
- Postulación del Dr. Fernando Pinto Laso al Premio "Dr. Ricardo Olea Guldemont" 2023.
  *Dr. Fernando Pinto Laso application for the "Dr. Ricardo Olea Guldemont" Prize 2023.*

**NOTICIAS**
**REUNIONES Y CONGRESOS**
**INSTRUCTIVO PARA AUTORES(AS), ACTUALIZADO**

# DIRECTORIO 2022-2023

**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.


Todos los derechos reservados

**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**

| | |
|---|---|
| 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 Kleinsteuber S. | Universidad de Chile. Clínica Las Condes |
| Dra. Flora de la Barra M. | Universidad de Chile. Santiago |

**COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL**

**Neurología**

| | |
|---|---|
| Dr. Jaime Campos | Hosp. Clínic. de San Carlos. Madrid. España. |
| Dr. Agustín Legido | Universidad de Philadelphia. U.S.A. |
| Dr. Jorge Malagón | Academia Mexicana de Neurología. México |
| Dr. Joaquín Peña | Hospital Clínico la Trinidad. Venezuela |
| Dr. Giussepe Platzi | Hospital Bambin Jesus. Roma. Italia |
| Dr. Victor Ruggieri | Hospital J. P. Garrahan. Buenos Aires. Argentina |
| Dr. Darcy Krueger | Cincinnati Children´s Hospital Medical Center USA |

**Psiquiatría**

| | |
|---|---|
| Dra. Susan Bradley | Universidad de Toronto. Canadá. |
| Dr. Pablo Davanzo | Universidad de California UCLA. U.S.A. |
| Dr. Francisco De la Peña | Universidad Nacional Autónoma de México |
| Dr. Daniel Pilowski | Universidad de Columbia. U.S.A. |

 Todos los derechos reservados

**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: jusilva2@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, fono: 226320884, email: sopnia@sopnia.com, sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

Todos los derechos reservados

# INDICE

EDITORIAL

- **45 años transitando por la Neurología Infantil.**
  *45 years traveling through Child Neurology.*
  Dr. Fernando Pinto Laso 7

REVISION DE TEMAS

- **¿Cómo se está estudiando la co-ocurrencia entre trastorno del espectro autista y disforia de género en la población adolescente?**
  *How is the co-occurrence between autism spectrum disorder and gender dysphoria being studied in the adolescent population?*
  Carolina Morales, Natalia Martín, Camila Asenjo, Mariam Ferrada, Alicia Figueroa 10
- **Camuflaje social en niños, niñas y adolescentes con autismo.**
  *Social camouflage in children and adolescents with autism.*
  Dra. Clara Alvarado, Dra. Francisca Rosso, Dra. Marcela Ortega 29

CONTRIBUCIONES

- **Obituario Dr. Carlos Almonte.**
  *Obituary Dr. Carlos Almonte.*
  Dr. Alfonso Correa 38
- **La "Estrategia Metafórica" y el "Cuento de Animales": dos legados del Dr. Carlos Almonte.**
  *The "Metaphorical Strategy" and the "Animal Story": two legacies of Dr. Carlos Almonte.*
  Dra. Katerina Sommer, Dra. Ana Marina Briceño, Dra. Marcela Abufhele 42
- **Consenso internacional sobre medidas de resultado de tratamientos de depresión y ansiedad en población infanto-juvenil: recomendaciones para su aplicación en Chile.**
  *International consensus on outcome measures for the treatment of depression and anxiety in children and adolescents: recommendations for their application in Chile.*
  Vania Martínez, Karolin R. Krause, Rosario Valdebenito 50
- **Postulación Dr. Fernando Pinto Laso al Premio "Dr. Ricardo Olea Guldemont" 2023.**
  *Dr. Fernando Pinto Laso application for the "Dr. Ricardo Olea Guldemont" Prize 2023.*
  Dra. Mónica Troncoso Sch., Dra. Ledia Troncoso A. y todo el equipo multidisciplinario del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán 60

NOTICIAS 65

REUNIONES Y CONGRESOS 67

INSTRUCTIVO PARA AUTORES(AS), ACTUALIZADO 69

 Todos los derechos reservados

# 45 años transitando por la Neurología Infantil.

## 45 years traveling through Child Neurology.

***Dr. Fernando Pinto Laso[1].***

Tras haber recibido la importante distinción Premio Dr. Ricardo Olea, situación que me ha llenado de orgullo y felicidad y que he tomado con humildad, siento la necesidad de hacer un recorrido por estos 45 años, que han sido muy significativos en mi desarrollo personal y experiencia profesional.

Mi primer contacto con la neurología infantil sucedió durante el internado de pediatría, en el Hospital Luis Calvo Mackenna, donde conociera al Dr. y Profesor Mariano Latorre. El profesaba un muy buen trato y relación con los niños e internos y aquello me cautivó. Luego, en la rotación por neurología infantil, durante la beca de pediatría, y bajo la tutela del Dr. Luis Schlack, continuó aumentando la motivación por la especialidad.

Cuando me trasladara al servicio del Dr. Fernando Novoa el año 1997, en el Hospital San Borja Arriarán (en ese entonces Paula Jaraquemada) comprendí que esta sería mi especialidad y bajo su tutela y dirección comencé la formación. En ese entonces no existía en Chile una beca formal de neurología infantil, sino hasta años más tarde. CONACEM en 1995 evaluó y certificó a los médicos que la ejercían, de manera estricta y meticulosa. La beca formal, al principio (1987), fue de 4 años y luego de 3 años.

Mi relación con el Dr. Novoa fue muy estrecha durante más de un cuarto de siglo, con mucha amistad y abundante trabajo docente, de investigación, en proyectos y atención de pacientes.

Para ese entonces SOPNIA contaba con 12 socios neurólogos y 5 psiquiatras.

Nos reuníamos cada 2 meses en los distintos hospitales. El presidente era el Dr. Jorge Amestoy y el secretario el Dr. Novoa. No teníamos secretaria ni secretaría.

El cuaderno de actas era custodiado por la secretaria de la biblioteca del Hospital Roberto del Rio, con el apoyo del Dr. Alejandro Manterola.

En esa época el requisito para ingresar

1. Neurólogo pediatra
Profesor titular Universidad de Chile
Premio Dr. Ricardo Olea 2023
Correspondencia a Dr. Fernando Pinto: drfernandopinto@gmail.com

Todos los derechos reservados

a SOPNIA era 2 o más años trabajando en un servicio de neurología infantil y la presentación de un trabajo de investigación en una de las reuniones de SOPNIA. Habiéndose incrementado el número de socios se realizaron elecciones para elegir una nueva directiva, siendo elegido el Dr. German Schlager como Presidente y yo como Secretario (1981). Las cuotas sociales de SOPNIA eran bajas y existían pocos fondos, por lo que aumentamos la cuota y ello, sumado a pequeñas donaciones, nos permitió arrendar y alhajar una pequeña oficina de 3 metros cuadrados en el edificio del Colegio Médico, en calle Esmeralda, además de contratar 3 horas diarias de secretaria y los insumos necesarios.

Comenzamos a relacionarnos con Sociedades Latinoamericanas hasta que se fundó FESLANI (Federación de Sociedades Latinoamericanas de Neurología Infantil) con gran apoyo de Uruguay, Argentina y Venezuela.

Logramos organizar el Primer Congreso Latinoamericano de Neurología Infantil (1986) con apoyo de la Teletón y mucho éxito, por el número de participantes y la sistencia de Profesores Latinoamericanos.

Se imprimieron los diplomas de socios y el logo de SOPNIA, cuyo autor fue el marido de la Dra. Flora de la Barra. Inclusive se redactaron los estatutos de SOPNIA, con ayuda y supervisión de un abogado. Entonces, las reuniones comenzaron a realizarse mensualmente, siempre rotando por los hospitales.

Las sociedades son fuertes según su número de socios, por lo que se abrieron las puertas a profesionales afines, que trabajaran con niños (fonoaudiólogos, psicopedagogos, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc.) con derecho a voz, pero no a voto, percibiendo el resto de las regalías de SOPNIA. Esta medida incrementó el número de socios y las arcas de la Sociedad.

Al término de esta directiva se comenzó a alternar la presidencia entre Neurólogo Infantil y Psiquiatra infantil, lo cual ha ido ampliando la mirada de SOPNIA y de su revista, hoy indexada, mérito en gran parte de la Dra. Isabel López.

En esa época, alrededor de 1990, el San Borja comenzaba a recibir becados formales de neurología infantil (4 por año) y estadías de perfeccionamiento por meses, la mayoría de médicos extranjeros.

Yo viajé por un año a USA, para mi formación en ultrasonografía cerebral y de columna, además de neurología neonatal; 3 meses a París para aprender la técnica de doppler transcraneal e intrauterino; un entrenamiento en Finlandia para ultrasonografía intraoperatoria y un mes a Yugoslavia para reforzar estas técnicas, siendo todas instauradas en el Hospital San Borja e incorporadas a la docencia, hasta la actualidad.

Una gran donación de la Fundación Braun, de Punta Arenas, nos permitió implementar, para ese entonces, técnicas nuevas en un hospital público: monitoreo EEG, potenciales evocados, electromiografía y velocidad de conducción, PC, renovar todas las camas y ropa del servicio. Un proyecto que ganamos, permitió ampliar nuestra planta física y concretar 3 salas de trabajo y 1 sala de estar para los médicos.

 Todos los derechos reservados

Me correspondió asumir la presidencia de la Sociedad Chilena de Pediatría, luego asumiría la dirección del Departamento de Pediatría, Cirugía Infantil y Neurología Infantil de la Universidad de Chile, Campus Central, por 3 períodos, hasta culminar con mi nombramiento de profesor titular de la Universidad de Chile. Todo esto, siempre apoyado y estimulado por el Dr. Novoa.

Al poco tiempo, el Dr. F. Novoa decide trasladarse a Viña del Mar y yo, más tarde, siguiendo sus pasos, decido trasladarme a Coyhaique (2004), motivado porque era la única región de Chile aislada y sin neurología infantil.

Había que comenzar desde el principio, un gran desafío que poco a poco fue dando frutos. Asumí la Jefatura de Pediatría y con apoyo de la U. de Chile y el Servicio de Neurología Infantil del San Borja, bajo la brillante jefatura de la Dra. Mónica Troncoso, logré concretar más de 40 cursos breves de diversos temas pediátricos para educación continua de médicos de atención primaria y generales de zona, todos de 3-6 horas académicas reconocidas.

En resumen, estos 45 años han sido apasionantes. Desgraciadamente han transcurrido muy rápido. Recuerdo los primeros, en que con fonendoscopio, martillo y oftalmoscopio más anamnesis y semiología neurológica, debíamos enfrentarnos a todo.

Hoy me maravillo de toda la tecnología disponible: imágenes (de amplio espectro); exámenes genéticos, metabólicos, enzimáticos; tecnologías neuroquirúrgicas y otras robóticas; posibilidades de tratamientos genéticos y enzimáticos (antes insospechados!!!!!).

Mi mensaje a los becados: **disfruten esta gran especialidad que tanto ayuda a nuestros pacientes en su integración a la sociedad y a nuestro desarrollo personal y profesional. Vienen tiempos más maravillosos y avances increíbles.**

Todos los derechos reservados

# ¿Cómo se está estudiando la co-ocurrencia entre trastorno del espectro autista y disforia de género en la población adolescente?

## How is the co-occurrence between autism spectrum disorder and gender dysphoria being studied in the adolescent population?

***Carolina Morales[1], Natalia Martín[1], Camila Asenjo[1], Mariam Ferrada[1], Alicia Figueroa[2].***

**Resumen.** ***Introducción***: En los últimos años aumentaron las investigaciones sobre co-ocurrencia de trastorno del espectro autista (TEA) y disforia de género (DG) secundario a la necesidad de una mayor comprensión de este fenómeno clínico emergente. ***Objetivos***: Caracterizar los estudios en torno a la co-ocurrencia entre TEA y DG en adolescentes. ***Metodología:*** Se realizó una revisión sistemática bibliográfica. Se seleccionaron los estudios que mencionaron esta correlación e incluyeron población adolescente. ***Resultados:*** La búsqueda inicial arrojó un total de 97 publicaciones. Finalmente, de acuerdo a los criterios de elegibilidad, se incluyeron 35 artículos. Existen escasos estudios enfocados sólo en adolescentes, amplios rangos de prevalencia de esta relación y heterogeneidad en los instrumentos utilizados. ***Conclusiones:*** Al evaluar individuos con DG se debiese llevar a cabo un screening de TEA, y viceversa, para no pasar por alto esta co-ocurrencia. Cabe destacar que quienes presentan TEA tienen particularidades relacionadas con el pensamiento y planificación a futuro que hay que considerar al momento de realizar cualquier tipo de tratamiento afirmativo irreversible, enmarcado dentro de un proceso terapéutico multidimensional.
***Palabras claves:*** Adolescentes, Disforia de género, Trastorno de Espectro Autista (TEA), Condición de Espectro Autista (CEA), Autismo.

**Abstract**. ***Introduction.*** Research on co-occurrence of autism spectrum disorder (ASD) and gender dysphoria (GD) increased in recent years driven by the need for greater understanding of this emerging clinical phenomenon. ***Objective.*** To characterize studies on the co-occurrence of ASD and GD in adolescents. ***Methodology.*** A systematic literature review was conducted. Studies mentioning this correlation and including adolescent population were selected. ***Results.*** The initial search showed a total of 97 publications. 35 articles were included in the review that met the eligibility criteria. There are few studies focused only on adolescents, there is a wide range of prevalence of this relationship and heterogeneity in the instruments used. ***Conclusions.*** When evaluating individuals with GD, an ASD screening should be conducted,

1. Médicas residentes de segundo año de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur.
2. Profesora, PhD., Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur; Laboratorio de Psiquiatría Traslacional; Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay.
Correspondencia: Dra. Carolina Morales Nass. Correo: caromorales@ug.uchile.cl. Gran Avenida José Miguel Carrera 3100, San Miguel, Santiago, Chile.

 Todos los derechos reservados

and vice versa, to avoid overlooking this cooccurrence. It is important to note that those with ASD have particularities related to cognitive development that need to be considered when undergoing any type of irreversible affirmative treatment, within a multidimensional therapeutic process.

***Keywords***. Adolescents, Gender dysphoria, Autism Spectrum Disorder (ASD), Autism.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las alteraciones del neurodesarrollo se encuentra el trastorno del espectro autista (TEA), condición que, de acuerdo con el DSM-5, se manifiesta clínicamente, por una parte, con dificultades de funcionamiento en dos áreas que son la comunicación e interacción social, y por otra, por la presencia de patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades [1]. El TEA afecta aproximadamente al 1,5% de la población general [2], no obstante, en el último tiempo se registra, tanto una mayor incidencia como un diagnóstico cada vez más precoz. A nivel científico, clínico y de salud pública, diversos autores se han interesado en estudiar sus variables y el manejo asociado a esta condición [3]. Los síntomas característicos de la manifestación clínica se presentan, generalmente, durante el periodo temprano del desarrollo, sin embargo, también es posible que surjan con el transcurso del ciclo vital cuando las exigencias sociales, culturales o cognitivas, sobrepasan las habilidades del individuo. En consideración con lo anterior, durante la vida una persona con TEA puede sufrir comorbilidades con otros trastornos de salud mental, como, por ejemplo: trastornos depresivos, ansiosos, conductas suicidas, episodios de psicosis, trastornos de la conducta, trastorno de déficit atencional, disforia de género (DG), entre otros [4]. La literatura define la DG como el malestar causado por la incongruencia entre la identidad de género de un individuo y el sexo biológico asignado al nacer, dado que, estas personas no se identifican ni sienten dicho sexo como propio [5].

En los últimos años la proliferación de estudios sobre el tema indica un aumento en la pesquisa de DG en quienes presentan TEA [6] y, del mismo modo, se ha puesto de manifiesto la necesidad de profundizar en la comprensión de este fenómeno clínico emergente, sobre el que se tiene un conocimiento insuficiente, por lo que se ha planteado como una necesidad a estudiar dentro de la comunidad científica.

Cabe mencionar que la identidad de una persona se estructura según varias dimensiones, y el género es una de ellas. Cada individuo expresa su identidad de género en base a la construcción de sus vivencias y sentido de si mismo, pudiendo ser coincidente o no con el sexo asignado biológicamente [7]. A temprana edad, es posible observar las manifestaciones conductuales del proceso de identificación de género que puede visualizarse ya a los 2 años [8]. Estudios recientes han señalado que en niños, niñas y adolescentes (NNA) con TEA, el desarrollo de la identificación de género estaría relacionado con la edad mental más que con la cronológica, reportando un porcentaje creciente de variabilidad de género en NNA con TEA [9]. Algunos autores reportan que la expresión de género opuesto al género biológico sería parte de las manifestaciones obsesivas y restringidas dentro del TEA, sin embargo, otros autores refieren que ésta sería consecuencia

Todos los derechos reservados

de las alteraciones en las dimensiones biológicas, sociales y cognitivas [10]. Algunos artículos sostienen que existirían conceptos diferentes de cómo el autismo y la disforia de género interactúan entre si. Cooper especifica cómo profesionales de la salud, que trabajan en está área, han descrito estrategias de comunicación y adaptaciones clínicas que han implementado en sus atenciones para satisfacer de mejor forma las necesidades de los pacientes con esta condición [11]. Sin embargo, estas modificaciones se sustentan principalmente en la experiencia individual de cada profesional, lo que refleja que éstos no cuentan con respaldo científico para guiar su actuar.

Otra consideración relevante es la línea de investigación que incluye trabajo con adolescentes [5]. Se recomienda que el enfrentamiento de los profesionales de salud mental que trabajan con sujetos con DG, se realice de acuerdo a la edad del individuo. De esta forma, el abordaje con adolescentes difiere del de adultos, ya que los primeros se encuentran en un proceso de búsqueda de identidad, y dentro de ella la de género, en cambio, los segundos, puede que ya lo hayan completado. A partir del consenso de expertos, se ha publicado una guía clínica [12] que permite brindar orientación a los médicos con respecto a la evaluación de adolescentes con TEA y DG. Así, se busca dar respuesta al desafío actual de realizar screening, diagnóstico y atención para los pacientes que presentan esta coocurrencia, aportando pautas concretas a los clínicos en estos aspectos.

El objetivo de esta revisión sistemática es caracterizar los tipos de estudios que se han realizado en torno a la co-ocurrencia entre TEA y DG en población adolescente, y que cuyo fundamento radique en proporcionar evidencia científica a los profesionales de salud mental, que les sea útil en su práctica clínica.

## METODOLOGÍA

### Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Esta revisión sistemática se realizó a partir de una búsqueda en la base de datos PubMed y LILACS. No se limitó respecto a tipos de estudios ni tampoco al año de publicación. También se revisaron las listas de referencias de los artículos que se encontraron, con el objetivo de detectar otras publicaciones que estuvieran relacionadas, excluyendo literatura gris. Dentro de la estrategia de búsqueda, las palabras clave que se utilizaron fueron: "Adolescent", "Gender Dysphoria", "Autism spectrum disorder (ASD)", "Autism spectrum condition (ASC)", "Autism".

### Criterios de elegibilidad

Se incluyeron todos los estudios que:

- Independientemente del diseño, tamaño de la muestra o año de publicación, abarcaran los términos TEA y DG en el título, resumen y/o palabras clave.
- Se encuentren en idioma inglés o español.
- Consideren adolescentes entre 10 y 19 años.
- Relacionen TEA y DG en esta población.

### Extracción de datos

En consideración con la revisión realizada, para sistematizar la información se priorizaron los siguientes datos: 1) referencia (autor/año); 2) objetivos del

 Todos los derechos reservados

estudio; 3) tipo de estudio; 4) tamaño muestral; 5) Instrumentos utilizados, y 6) principales conclusiones en torno al TEA y DG.

**Selección de estudios**

La información recogida se presenta en la Figura 1, donde se muestra el diagrama de flujo que siguió el curso de la investigación. En la búsqueda inicial se encontraron 97 registros (95 de la búsqueda en PubMed y 2 referencias en LILACS). Se evaluó la elegibilidad primero según la información expuesta en el título y abstract de cada artículo, seleccionando 50 documentos. Finalmente, luego de la lectura completa de cada manuscrito, 16 de ellos fueron excluidos según las variables registradas y los criterios de elegibilidad, quedando como resultado 34 estudios.

RESULTADOS

En esta revisión se incluyeron 34 artículos relevantes publicados entre los años 2010 al 2022, que describen alguna relación entre TEA y DG en población adolescente. Estos se encuentran disponibles en la Tabla 1. Esta publicación abarca 3 revisiones sistemáticas (incluido 1 metaanálisis), 7 revisiones narrativas, 6 estudios de casos y controles, 10 estudios transversales, 4 reportes de casos, 2 estudios cualitativos, 1 consenso de expertos y 1 carta al editor. La mayoría de los artículos revisados corresponden a países occidentales. La prevalencia entre TEA y DG fue evaluada sólo en 7 publicaciones (2 revisiones sistemáticas, 2 estudios casos y control, 3 estudios transversales).

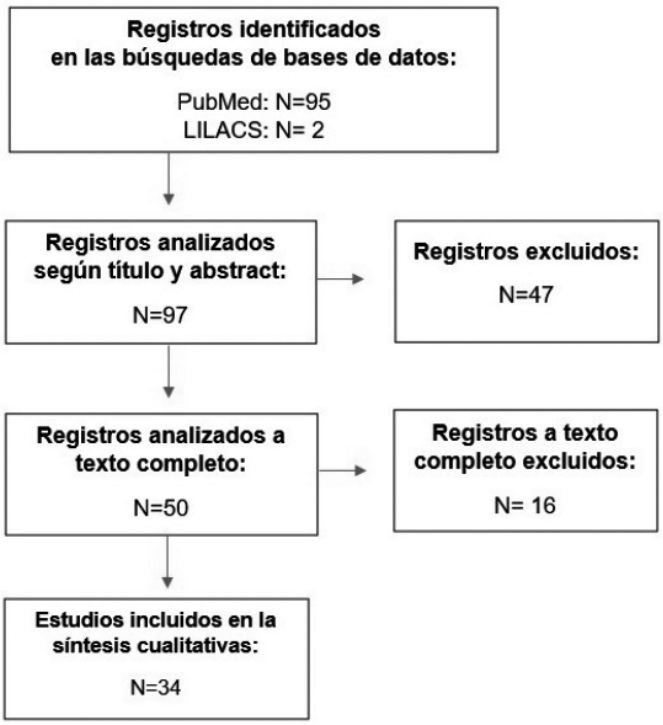



**Figura 1**. Diagrama de flujo de selección de estudios

Con respecto a la población de estudio en los artículos cuantitativos, 11 correspondían a población de niños y adolescentes, 4 incluyeron adolescentes y adultos, y 1 no especificó grupo etario en su metodología. En cuanto a los reportes de casos clínicos, la mayoría fueron enfocados en población adolescente a excepción de un artículo que incluyó además un adulto de 29 años. En relación con la cantidad de estudios incluidos en las revisiones bibliográficas, éstos oscilan entre 15 y 95 artículos.

Las 3 revisiones sistemáticas [13,15], consideran la co-ocurrencia de TEA y DG en la población infantil y adolescente desde diferentes enfoques. En cuanto a las 7 revisiones narrativas [16,22], estas investigan de manera más general las asociaciones y problemas que experimentan los individuos con TEA e incongruencia de género (IG), así como las hipótesis subyacentes relacionadas con el desarrollo evolutivo de esta población, y las implicancias que esto puede tener para el diagnóstico y tratamiento.

De los 6 estudios de casos y controles, 2 evaluaron sintomatología/rasgos autistas en NNA con DG [23,24], mientras que otros 4 indagaron sobre identidad de género no conforme o diagnóstico de DG en una muestra de pacientes con TEA, en comparación con una población neurotípica [25,28].

De los 10 estudios con diseños transversales, 6 publicaciones [9,29,33] exploran y caracterizan la variación de género en NNA con TEA u otro trastorno del neurodesarrollo, mientras que 4 artículos evaluaron la prevalencia de TEA [34,36] o trastornos del neurodesarrollo [37] en NNA que ya tenían diagnóstico de DG o eran jóvenes trans.

Entre los reportes de caso, encontramos 3 artículos [3,38,39] que describen casos clínicos de jóvenes con co-ocurrencia de TEA y DG y comentan sus evoluciones e intervenciones, mientras que otro [40] utiliza un caso clínico para discutir las limitaciones de los estudios que correlacionan estas dos condiciones.

Por último, en esta revisión se decidió incluir 1 estudio Delphi de consenso de expertos [12], 1 carta al editor [41] y 2 estudios cualitativos [11,42] por la información relevante que aportan, incluyendo experiencias individuales tanto de adolescentes como de médicos que atienden a estos jóvenes.

Respecto a las evaluaciones realizadas, 8 estudios primarios reportaron evaluaciones clínicas por profesionales de psiquiatría o psicología. Se encontró heterogeneidad en la aplicación de los instrumentos, contabilizando un total de 23, siempre en relación con las variables estudiadas. Entre los principales destacan el Child Behaviour Checklist (CBCL) y criterios DSM para disforia de género, Autism Spectrum Quotient (AQ) y Social Responsiveness Scale (SRS) en sus 2 versiones para TEA o rasgos y el Youth Self Report (YSR) para síntomas asociados.

## DISCUSIÓN

Sin duda, la visibilidad de este tema clínico es fruto de la multiplicidad de cambios socioculturales que han ocurrido en los últimos 20 años a nivel mundial. El papel del género en la formación de la identidad global de los individuos suscita particular interés en la

 Todos los derechos reservados

**Tabla 1 – Características principales de los estudios**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| De Vries et al (2010)[34] | Establecer incidencia de TEA en NNA con DG y describir características clínicas específicas de estos individuos | Estudio transversal | 204 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, DISCO-10*, criterios DSM IV * para DG. | Incidencia de TEA en adolescentes con DG arrojó 6.5 % . |
| Jacobs et al (2014)[38] | Explorar el impacto de las características de quienes tienen TEA en la identidad de género individual, la expresión y el proceso de psicoterapia | Reporte de casos | 2 adolescentes | --- | Los autores sugieren que el tener TEA no impide la transición de género en las personas de alto funcionamiento, y consideran que se debiese desarrollar mayor investigación para sugerir técnicas que ayuden a quienes tienen TEA a explorar su identidad de género |
| Van Schalkwyk et al (2015)[16] | Indagar la literatura existente sobre las preocupaciones relacionadas con el género y TEA. | Revisión narrativa | 19 artículos | --- | Algunos autores han concluido que la DG es más común en personas con TEA, sin embargo la literatura existente es cuantitativamente limitada . |
| Glidden et al(2016)[13] | Revisión bibliográfica sobre la co-ocurrencia entre DG y TEA | Revisión sistemática | 19 artículos | --- | 1 estudio reportó coocurrencia en población infantojuvenil: 4.7% entre TEA y DG |
| Janssen et al (2016)[29] | Revisión retrospectiva de fichas clínicas de NNA con el fin de contribuir a la evidencia de la coocurrencia de TEA y DG | Estudio transversal | 492 individuos | CBCL* | 5.1 % de muestra local de TEA respondió de forma afirmativa al ítem 110 de CBCL. No hubo evidencia de que la edad esté relacionada con la aprobación del ítem. |
| Shumer et al (2016)[35] | Evaluar la prevalencia de TEA en NNA de una clínica de género | Estudio transversal | 39 individuos | ASDS* | 23,1% de los pacientes con DG tuvieron una clasificación de posible, probable o muy probable de Síndrome de Asperger según la escala ASDS |

Todos los derechos reservados

**Tabla 1 (continuación)**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| Van Der Miesen et al (2016)[17] | Revisión bibliográfica sobre tasas de coocurrencia e hipótesis subyacentes entre TEA y DG | Revisión narrativa | 25 artículos | --- | 2 estudios reportaron coocurrencia en población infantojuvenil: 7.8% entre TEA y DG, 14.5% entre población con síntomas de TEA y DG |
| Dewinter et al (2017)[25] | Comparar las experiencias y orientaciones sexuales en adolescentes y adultos con TEA vs población general, y explorar la identidad de género en el grupo con TEA. | Estudio de casos y controles | 8739 individuos | --- | Alrededor del 22% de las mujeres y el 8% de los hombres con TEA reportaron alguna manifestación de DG. No hay datos de DG en la población control |
| Akgül et al (2018)[24] | Examinar los rasgos autistas y las funciones ejecutivas que pudieran requerir atención clínica en NNA con DG | Estudio de casos y controles | 75 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, DSM-5*, SRS-2*, BRIEF* | Grupo con DG tuvo alteraciones en función ejecutiva, adicional a alteraciones en comunicación social en comparación con el grupo control. |
| George et al (2018)[26] | Explorar la asociación entre los rasgos autistas y DG en una muestra de individuos con TEA y población neurotípica | Estudio de casos y controles | 570 individuos | AQ*, GIDYQ* | La tasa de transexualidad experimentada en la muestra de TEA fue del 3,9 %, mayor que las estimaciones de prevalencia existentes. |
| Turban et al (2018)[41] | Cuestionar la metodología utilizada en los estudios que correlacionan la sintomatología TEA y las variaciones de género. | Carta al editor | ----- | --- | Representación excesiva de los síntomas del TEA entre los jóvenes transgénero que pueden corresponder a déficits sociales secundarios al estrés y rechazo social |
| Turban et al (2018)[18] | Analizar estudios que en el último tiempo hayan prestado mayor atención a una supuesta relación entre DG y TEA | Revisión narrativa | ----- | --- | No estableció una sobrerrepresentación de DG en personas con TEA o viceversa. Los estudios existentes resaltan que los jóvenes con TEA puede tener variabilidad de experiencias relacionadas con el género, incluyendo DG, pero faltan estudios al respecto |


Todos los derechos reservados

**Tabla 1 (continuación)**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| Strang et al (2018)[42] | Estudio de experiencias individuales en adolescentes con diversidad de género y TEA confirmado | Estudio cualitativo | 22 individuos | Entrevista semiestructurada | Los enfoques de evaluación de género deben adaptarse a los adolescentes neurodiversos. Se deben crear diversas alternativas del tratamiento ajustadas a las demandas que este grupo puede experimentar durante la formación de su identidad de género |
| Strang et al (2018)[12] | Guía clínica inicial para la evaluación y atención de adolescentes con TEA y DG | Estudio Delphi de consenso de expertos | 22 expertos | --- | Las variaciones de género deberían tener screening de TEA y viceversa. Esta exploración debe ser mayor en el tiempo antes de realizar un tratamiento irreversible |
| Van Der Miesen et al (2018)[27] | Comparar el deseo autoinformado de ser del sexo opuesto de adolescentes y adultos con TEA y población general | Estudio de casos y controles | 3242 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, YSR*, ARS*, DSM*, CSBQ*, ASBQ*. | La prevalencia de aprobación autorreportada de adolescentes con TEA fue del 6,5% y 3.1% en los controles no referidos. |
| Van Der Miesen et al (2018)[23] | Evaluar presencia de sintomatología TEA en NNA con DG. | Estudio de casos y controles | 3245 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, CSBQ*, DSM IV*. | La prevalencia de sintomatología que sugiere TEA fue de 14.5% en niños y adolescentes con DG (vs 3.5% en la muestra de control). |
| Øien et al (2018)[14] | Identificar estudios que incluyeran la coocurrencia de TEA y DG entre 1946 y 2018 | Revisión sistemática | 47 estudios | --- | Marcado aumento en los estudios sobre el tema en las últimas dos décadas. Algunos estudios afirman que actualmente no hay evidencia suficiente para indicar si DG está asociado con TEA. |
| Hisle – Gorman et al (2019)[28] | Indagar diagnóstico de DG en pacientes NNA con TEA que se atienden el Sistema de Salud Militar (USA). | Estudio de casos y controles | 292572 individuos | CIE - 9* para diagnóstico de TEA y DG | Pacientes con TEA tienen cuatro veces más probabilidades de ser diagnosticados con DG |

Todos los derechos reservados

**Tabla 1 (continuación)**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| Mahfouda et al (2019)[30] | Explorar la psicopatología y la calidad de vida en NNA con diversidad de género y TEA en comparación con mismo grupo etáreo sin TEA | Estudio transversal | 104 individuos | SRS-2*, YSR*, PedsQL* | Los NNA con diversidad de género y TEA asociado comprenden un grupo especialmente vulnerable que corre un riesgo marcado de dificultades de salud mental, particularmente trastornos de internalización y mala calidad de vida. |
| Cáceres et al (2020)[19] | Recopilar y analizar datos respecto a las conflictivas vivenciadas por adolescentes con TEA de alto funcionamiento en el área afectivo-sexual de su desarrollo, comparados con adolescentes sin TEA o al desarrollo psicosexual normativo. | Revisión narrativa | No especificado | --- | La evidencia muestra relación de los síntomas nucleares de TEA con conductas no normativas en torno a sexualidad, conflictos en orientación sexual e identidad de género que afecta su desempeño social global. |
| Lehmann et al (2020)[31] | Evaluar prevalencia de coocurrencia de rasgos TEA y DG en una muestra de adolescentes y adultos | Estudio transversal | 123 individuos | AQ*, Cambridge Behavior Scale, RAADS-14*. | Prevalencia combinada entre las 3 escalas para rasgos TEA fue de 17.2 % |
| Wieckowski et al (2020)[32] | Examinar las diferencias de género y DG en un Muestra de pacientes hospitalizados con TEA de 4 a 20 años | Estudio transversal | 722 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, ADOS-2*, SCQ*, EDI*. | los pacientes tanto masculinos como femeninos con TEA presentaron niveles clínicamente elevados de desregulación emocional en general. Las mujeres presentaron mayor DG. En cuanto a la edad, se encontró que en personas de mayor edad estaba más presenta la DG. |
| Brunissen et al (2021)[33] | Caracterizar las diferencias sexuales en las expresiones, identidades y preocupaciones relacionadas con el género en NNA con TEA. | Estudio transversal | 163 individuos | GIQ* | Hallazgos sugieren que las niñas con TEA parecen más propensas a tener preferencias, gestos y apariencias de género no conforme. |
| Fortunato et al (2021)[40] | Explorar los aspectos críticos de algunos rasgos considerados como autista que están involucrados en la angustia relacionada con GD. | Reporte de caso | Adolescente de 13 años | --- | Clasificar la DG como una sola entidad patológica y asociarla con los TEA parece reflejar una visión obsoleta y reduccionista de las complejidades del género. |


Todos los derechos reservados

**Tabla 1 (continuación)**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| Mcphate et al (2021)[9] | Comparar la prevalencia de la variación de género en NNA con y sin trastornos del neurodesarrollo | Estudio transversal | 1734 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, CBCL*. | La variación de género se informó en un 3.1 % en comparación con 1.7 % en control local y 0.7 % en controles de CBCL. La tasa más alta entre diagnósticos de trastornos de neurodesarrollo la obtuvo el TEA en un 5.2 %. |
| Pecora et al (2021)[21] | Indagar en la literatura existente respecto de las personas con TEA y su interés sobre la sexualidad, conductas y relaciones íntimas. | Revision narrativa | 95 artículos | --- | Las mujeres con TEA se presentan con mayor diversidad en su sexualidad, y es menos probable que se identifiquen con el sexo asignado al nacer, que los hombres con autismo y las mujeres con un desarrollo típico. |
| Quiroga et al (2021)[22] | Realizar descripción general de la literatura sobre la coocurrencia de DG y CEA en NNA en base a elementos del desarrollo psicosexual infantil normativo y los elementos propios del CEA. | Revisión narrativa | 16 artículos | --- | Pese a que existen datos sugerentes de una coocurrencia, las bases teóricas y metodológicas que apoyan este hecho son frágiles y exigen un examen cuidadoso y detallado. |
| Strauss et al (2021)[36] | Investigar la prevalencia de TEA en jóvenes trans de 14 a 25 años, su salud mental y experiencias en el acceso a la atención de afirmación de género. Datos tomados de Trans Pathway Study | Estudio transversal | 859 individuos | --- | 22,5% de los participantes tenía dg de TEA. Este grupo tenía más probabilidades de tener psicopatología, conductas autolesivas, suicidalidad, retraso en diagnóstico de DG y tratamiento. |
| Zupanic et al (2021)[39] | Reporte de caso de adolescente con TEA y DG que realiza una transición médica y social lenta | Reporte de caso | Adolescente de 16.5 años | --- | A pesar de que el proceso diagnóstico en adolescentes con TEA y diversidad de género puede requerir más tiempo, el TEA en sí mismo no es una contraindicación para tratamientos afirmativos. |
| Cooper et al (2022)[11] | Investigar las perspectivas de los médicos del NHS que trabajan con NNA y adultos TEA que experimentan DG | Estudio cualitativo | 16 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, entrevista semiestructurada | Los médicos describieron el autismo y la DG como significativamente interrelacionados. Todos pensaron en cómo adaptar su práctica clínica con estos pacientes y reducir las barreras para apoyarlos de mejor manera. |

Todos los derechos reservados

**Tabla 1 (continuación)**

| Autor (año de publicación) | Objetivo del estudio | Tipo de estudio | Tamaño muestral | Instrumentos | Conclusiones entre TEA y DG |
|---|---|---|---|---|---|
| Hilton et al (2022)[37] | Evaluar la frecuencia de trastornos del neurodesarrollo en NNA que recibieron diagnóstico de DG. Investigar la contribución de rasgos autistas y el distrés psicológico general al distrés relacionado con el género. | Estudio transversal | 64 individuos | Evaluación clínica por profesional de SM, UGDS*, DASS-21*, AQ* | El 20.31% de la muestra cumplió con criterios para al menos un trastorno del neurodesarrollo. Frecuencia de TEA se estimó en un 6.25% |
| Manjra et al (2022)[20] | Analizar las metodologías utilizadas por estudios cuantitativos para evaluar la evidencia de la asociación entre diversidad de género y TEA en población de NNA | Revisión narrativa | 15 artículos | --- | Todos reportaron asociación entre diversidad de género y TEA. |
| Kallitsounaki et al (2022)[15] | Evaluar si la evidencia actual indica un vínculo entre TEA y disforia o incongruencia de género. | Revisión sistemática y metaanálisis | 47 artículos | --- | Alta prevalencia de Incongruencia de género y DG en TEA. Metaanálisis revela que estimación combinada de prevalencia de diagnóstico de TEA en personas con IG/DG fue de 11 %. Alta heterogeneidad. |
| Valdés et al (2022)[3] | Analizar un caso clínico de coocurrencia de TEA y DG en un adolescente desde una comprensión psicodinámica de su identidad personal | Reporte de caso | 1 adolescente | --- | En sujetos con TEA es frecuente que se retrase o bien no se consolide la identidad sexual, coexistiendo una difusión de identidad y de género. |

*ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule; AQ: Autism Spectrum Quotient; ASBQ: Adult´s Social Behavior Questionnaire; ASDS: Asperger Syndrome Diagnostic Scale; ASR: Adult Self Report; BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive function; CBCL: Child Behavior Checklist; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; CSBQ: Children's Social Behavior Questionnaire; DASS: Depression Anxiety and Stress Scale; DISCO: Diagnostic Interview for Social and Communication disorders; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EDI: Emotion Dysregulation Inventory; GIDYQ: Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire; GIQ: Gender Identity Questionnaire; PedsQL: Pediatric Quality of Life Inventory; RAADS-14: Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale; SCQ: Social Communication Questionnaire; SRS: Social Responsiveness Scale; UGDS: Utrecht Gender Dysphoria Scale; YSR: Youth Self Report;

comunidad científica, especialmente, en lo referido al desarrollo de la identidad en la población neuro divergente. Lo anterior se refleja en un mayor número de estudios en la última década. Esta revisión sistemática intentó resumir los estudios publicados en inglés y en español en el campo de la DG y TEA en adolescentes en la última década. A continuación, destacamos algunas observaciones metodológicas y conceptuales extractadas del análisis.

En primer lugar, entre las investigaciones analizadas destaca en forma recurrente la indiferenciación de los subgrupos en la población de estudio. En diferentes trabajos revisados se incluyen adolescentes y adultos, sin tener en cuenta, una clasificación por subgrupos poblacionales. Consideramos que la especificación etaria de estas poblaciones, aparte de necesaria, es pertinente, dadas las particularidades evolutivas y las implicancias

 Todos los derechos reservados

que esto tiene para su tratamiento.

En segundo lugar, los datos de las publicaciones presentadas en esta revisión sugieren que la coocurrencia entre TEA y DG es frecuente. Sin embargo, Kallitsounaki [15] muestra que las tasas positivas de casos de TEA en personas con DG/IG oscilan entre el 1,2 y el 68%. En este sentido, esta amplia dispersión sugiere que las bases metodológicas en las que se sustentan estos estudios son inconsistentes y exigen una revisión más detallada y cuidadosa. La diferencia en las prevalencias posiblemente sea consecuencia de la heterogeneidad de los instrumentos utilizados, lo que impide comparar los estudios entre si y/o extrapolar los resultados al contexto local. Un ejemplo de esto es el uso de escalas de screening para TEA que tenderá a sobredimensionar la prevalencia, al incorporar los casos falsos positivos. Este hecho se repite con las categorías e instrumentos diagnósticos, ya que sus actualizaciones tienden a capturar expresiones más sutiles de los cuadros de DG y TEA, generando un aumento en la prevalencia y coocurrencia de ambos trastornos.

Un tercer aspecto relevante tiene relación con la metodología diagnóstica que se observa en los estudios escogidos. En forma predominante, se prioriza el uso de los sistemas categoriales DSM y CIE, en sus distintas versiones, quedando desplazado el uso de entrevistas clínicas que, a nuestro juicio, constituyen un instrumento de mayor valor informativo y semiológico que las escalas clínicas. Comprendemos que esta preferencia se debe a su fácil implementación, simplicidad diagnóstica y ahorro de recursos, pero consideramos que, al prescindir de las entrevistas clínicas, se pierden hechos relevantes que ayudan a precisar el cuadro. Por otro lado, siguiendo con el aspecto metodológico, en varios estudios se utilizaron diferentes instrumentos que, en su mayoría, no eran herramientas diagnósticas. Ejemplos de lo anterior son el CBCL y YSR, que son instrumentos más abarcativos que buscan detectar problemas emocionales y conductuales en NNA, mientras que la SRS evalúa solamente las capacidades socioafectivas de individuos TEA. Estas herramientas psicométricas, utilizadas en forma total o parcial, no son adecuadas para elaborar un diagnóstico, ya que estos problemas emocionales y conductuales pueden manifestarse en diversos trastornos. Así, al utilizar estas escalas, podemos pesquisar sintomatología o rasgos característicos que no representan un TEA per se. Estudios demuestran que hasta un 80% de los pacientes pediátricos con trastornos del ánimo y ansiedad puntúan en rango clínico para las escalas AQ, SRS, ASDS [43,45].

En el estudio de Vries [34], al aplicar la escala DISCO (entrevista semiestructurada aplicada a los cuidadores para pesquisar dificultades sociales y de comunicación sugerentes de TEA) en población infantojuvenil con DG, se observa una mayor puntuación en adolescentes al comparar con niños. Si pensamos que el TEA suele diagnosticarse en edades tempranas, este marcado aumento de sintomatología reflejada en la escala DISCO en población adolescente sería contradictorio. Lo anterior podría explicarse a causa de las mayores tasas de ansiedad y depresión que experimentan los jóvenes transgénero, las cuales van progresando desde la infancia a la adolescencia [46,47]. Un estudio de 55 personas transgénero seguidas desde la niñez tardía hasta la

Todos los derechos reservados

adultez temprana mostró, en una población de adultos trans, que la atención quirúrgica y hormonal afirmativa resultó con un funcionamiento global indistinguible de la población general [48]. Esta evidencia sugiere que los entornos afirmativos de género pueden reducir las tasas de ansiedad y depresión que se observan en estos jóvenes, lo que eventualmente se podría reflejar en un menor puntaje al momento de aplicar estas escalas. A partir de esto queda en evidencia la importancia de hacer un diagnóstico preciso, tanto de TEA como DG, con el fin de proporcionar las intervenciones más favorables para cada población. Asimismo, el estudio de De Vries [48] demostró que los tratamientos afirmativos durante la adolescencia en población transgénero neurotípica permitieron un mejor funcionamiento global de los individuos en su adultez. Las guías de experto incluidas aquí plantean diversas consideraciones en relación con la cautela en las intervenciones afirmativas en la población TEA, dadas las particularidades cognitivas y socio afectivas de esta población [12]. Éstas subrayan que las evaluaciones clínicas deberían ser longitudinales, con el fin de no simplificar estos síntomas con la condición autista, sino comprender que estos déficits sociales y de comunicación pueden ser secundarios al rechazo y estrés social que sufre la población transgénero. Esta sintomatología, representada en los altos puntajes de los instrumentos empleados, puede ser reversible al reducir su estrés social y propiciar entornos que reafirmen sus identidades.

Un cuarto cuestionamiento metodológico corresponde a la evidente subrepresentación étnica y cultural de los estudios. La mayoría de ellos provienen de países occidentales, principalmente, Estados Unidos, Reino Unido y Australia, generando una baja representación de otras culturas en la problemática planteada. Esta brecha coincide con la literatura disponible que sugiere que etnias no caucásicas están subrepresentadas, tanto en la investigación como en los protocolos que rigen la práctica clínica, lo que al parecer también se extiende a la población infantojuvenil. Por ejemplo, en América Latina la escasa investigación existente se centra en Chile y Brasil. La etnicidad es determinante en el funcionamiento de las sociedades, por tanto, es crítico contar con estudios que reflejen esta diversidad [20].

Como un quinto aspecto, queremos destacar el carácter altamente especializado de aquellos estudios que incluyeron entrevistas por parte de profesionales capacitados en el área de salud mental, resaltando así la importancia del criterio clínico. También destacamos los estudios cualitativos, en especial aquellos relacionados con las experiencias individuales de las personas con TEA y DG, ya que el conocimiento de sus vivencias entrega una mejor comprensión de su condición, lo que a su vez podría orientar lineamientos para futuras intervenciones individuales y grupales.

En línea con los estudios revisados que sugieren la coocurrencia de ambos trastornos en la población adolescente, y las implicancias que ésta tendría para intervenciones posteriores, es necesario aumentar la evidencia científica existente. Consideramos beneficiosa la realización de estudios longitudinales controlados con un mayor número de participantes para analizar esta coocurrencia de forma evolutiva. Sumado a esto, es imprescindible precisar el

 Todos los derechos reservados

carácter de los instrumentos psicométricos y diagnósticos que se emplean, así como la inclusión de evaluaciones clínicas que profundicen la comprensión. Además, es necesario aumentar el número de investigaciones en población no occidental para enriquecer la evidencia existente y abrir conversaciones en relación con otras perspectivas étnicas, que hasta el momento han sido poco estudiadas [20].

Finalmente, en la medida en que se amplíe la evidencia en torno a la problemática de DG en TEA. se evitará su subestimación por parte de los profesionales de salud para entregar una atención más integral a esta población. Así también, la visibilización del tema facilitará un mejor afrontamiento de las personas con TEA y DG, y su mejor integración psicosocial. Inclusive, la consideración de estas temáticas en los programas de formación de salud mental nos invita a reflexionar y avanzar hacia la creación de dispositivos de acompañamiento y soporte de salud mental en esta población.

**Limitaciones de nuestro estudio**

Esta revisión sistemática se focalizó en artículos escritos en inglés y español que abordaran algún tipo de correlación entre TEA y DG. El filtro idiomático posiblemente excluyó investigaciones de utilidad para comprender el estudio de esta correlación. Además, debido a que no encontramos suficientes publicaciones exclusivas en población adolescente, decidimos ampliar la búsqueda a trabajos que incluyeran ésta como objetivo de estudio, abarcando así artículos con población infantil y adulta. Por último, al concentrar nuestro análisis en una edad acotada, se excluyeron una cantidad considerable de estudios en adultos que, tal vez, nos permitirían haber descrito de forma más precisa el estudio de esta coocurrencia.

## CONCLUSIONES

En la presente revisión sistemática analizamos estudios que abordaban la coocurrencia entre TEA y DG en población adolescente. El tema forma parte de un tópico de investigación reciente, que ha presentado una acelerada progresión en los últimos cinco años, aun cuando se estudia hace más de una década. No obstante, pese a este creciente interés, continúa siendo un área poco estudiada tanto en psiquiatría como en otras áreas de la medicina. Junto con lo anterior, se concluye que la fiabilidad de algunos de los resultados aquí compilados se ve afectada por la heterogeneidad en las metodologías utilizadas, uso de herramientas poco específicas cuyos fines no han sido validados en esta población, diferencias en las consideraciones diagnósticas de la variable principal, la poca diferenciación de la población de estudio y la escasez de estudios longitudinales. Lo anterior, plantea dificultades para poder contrarrestar y comparar la literatura disponible, es decir, aumenta la convicción de que este tema clínico debe ser estudiado con mayor profundidad y rigor científico.

En suma, pudimos comprobar la existencia de una amplia variedad de conclusiones respecto del tema planteado, donde destaca la premisa de que al evaluar individuos con DG se debiese llevar a cabo un screening de TEA, y viceversa. Lo anterior, obedece a la necesidad de no pasar por alto la coocurrencia entre estos dos trastornos. Cuando esta comorbilidad está presente, la exploración diagnóstica debiese

Todos los derechos reservados

formar parte de un proceso riguroso y prolongado en el tiempo, antes de realizar cualquier tipo de tratamiento afirmativo irreversible, dado que quienes presentan TEA cuentan con particularidades relacionadas con el pensamiento y planificación a futuro. De ahí la importancia de detectar esta co-ocurrencia, de llevar a cabo un proceso diagnóstico y terapéutico mediante un trabajo oportuno, colaborativo y multidimensional, para dar respuesta a las necesidades particulares de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing.
2. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. Lancet. 2018;392(10146):508–20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30078460/
3. Valdés R F, Pacheco P B, Bedregal G P. Co-ocurrencia de trastorno del espectro autista y disforia de género en la infancia: análisis de la identidad personal desde un enfoque psicodinámico. Andes Pediatr, 2022;93(1):99–104. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000100099
4. Vohra R, Madhavan S, Sambamoorthi U. Comorbidity prevalence, healthcare utilization, and expenditures of Medicaid enrolled adults with autism spectrum disorders. Autism, 2017;21(8):995-1009. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/1362361316665222
5. The World Professional Association for Transgender Health (2012) Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version. WPATH. Disponible en: https://www.wpath.org/publications/soc Consultado el 08 de enero del 2023.
6. May T, Pang K, Williams KJ. Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. Int J Transgend, 2017;18(1):7-15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2016.1241976.
7. Cooper K, Smith LGE, Russell AJ. Gender identity in autism: Sex differences in social affiliation with gender groups. J Autism Dev Disord, 2018;48(12):3995–4006. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705922/
8. Almonte C, Montt M.E (2019). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia (Tercera edición). Editorial Mediterráneo.
9. McPhate L, Williams K, Vance A, Winther J, Pang K, May T. Gender variance in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions from Australia. Arch Sex Behav, 2021;50(3):863–71. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788061/
10. Mukaddes NM. Gender identity problems in autistic children. Child Care Health Dev, 2002 ;28(6):529-32. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12568483/
11. Cooper K, Mandy W, Russell A, Butler C. Healthcare clinician perspectives on the intersection of autism and gender dysphoria. Autism, 2022;27(1):31-42. Disponible en: http://dx.doi.


 Todos los derechos reservados

org/10.1177/13623613221080315
12. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries ALC, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol, 2018;47(1):105-15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462
13. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. Sex Med Rev, 2016;4(1):3-14 Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003
14. Øien RA, Cicchetti DV, Nordahl-Hansen A. Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. J Autism Dev Disord. 2018;48(12):4028–37. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7
15. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence. A systematic literature review and meta-analysis. J Autism Dev Disord. 2022; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-022-05517-y
16. Van Schalkwyk GI, Klingensmith K, Volkmar FR. Gender identity and autism spectrum disorders. Yale J Biol Med. 2015;88(1):81-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25744543/
17. Van Der Miesen AIR, Hurley H, De Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. Int Rev Psychiatry. 2016;28(1):70-80. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199
18. Turban JL, Van Schalkwyk GI. "Gender dysphoria" and autism spectrum disorder: Is the link real? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57(1):8-9.e2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.08.017
19. Cáceres J, Ortega B. Conflicts in the Sexual Sphere in Adolescents with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. Rev. Chil Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. 2020 Dic :31 (3): 75-89. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1382261}
20. Manjra II, Masic U. Gender diversity and autism spectrum conditions in children and adolescents: A narrative review of the methodologies used by quantitative studies. J Clin Psychol [Internet]. 2022;78(4):485-502. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/jclp.23249
21. Pecora LA, Hooley M, Sperry L, Mesibov GB, Stokes MA. Sexuality and gender issues in individuals with autism spectrum disorder. Psychiatr Clin North Am. 2021;44(1):111-24. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2020.11.009
22. Quiroga F, Lubiano A. Gender disphory and autistic spectrum condition: a review on their relationship. Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. 2021 Dic :32 (3):49-59. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369794
23. Van der Miesen AIR, De Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. J Autism Dev Disord. 2018;48(5):1537–48. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-017-3417-5

Todos los derechos reservados

24. Akgül GY, Ayaz AB, Yildirim B, Fis NP. Autistic traits and executive functions in children and adolescents with gender dysphoria. J Sex Marital Ther. 2018;44(7):619-26. Disponible en: http://dx.doi.org/1.1080/0092623X.2018.1437489
25. Dewinter J, De Graaf H, Begeer S. Sexual orientation, gender identity, and romantic relationships in adolescents and adults with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2017;47(9):2927–34. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28597143/
26. George R, Stokes MA. Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. Autism. 2018;22(8):970-82. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/1362361317714587
27. Van der Miesen AIR, Hurley H, Bal AM, De Vries ALC. Prevalence of the wish to be of the opposite gender in adolescents and adults with autism spectrum disorder. Arch Sex Behav. 2018;47(8):2307-17. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10508-018-1218-3
28. Hisle-Gorman E, Landis CA, Susi A, Schvey NA, Gorman GH, Nylund CM, et al. Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. LGBT Health. 2019;6(3):95-100. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252
29. Janssen A, Huang H, Duncan C. Gender variance among youth with autism spectrum disorders: A retrospective chart review. Transgend Health. 2016;1(1):63-8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2015.0007
30. Mahfouda S, Panos C, Whitehouse AJO, Thomas CS, Maybery M, Strauss P, et al. Mental health correlates of autism spectrum disorder in gender diverse young people: Evidence from a specialised child and adolescent gender clinic in Australia. J Clin Med. 2019;8(10):1503. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jcm8101503
31. Lehmann K, Rosato M, McKenna H, Leavey G. Autism trait prevalence in treatment seeking adolescents and adults attending specialist gender services. Eur Psychiatry. 2020;63(1):e23. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.23
32. Wieckowski AT, Luallin S, Pan Z, Righi G, Gabriels RL, Mazefsky C. Gender differences in emotion dysregulation in an autism inpatient psychiatric sample: Gender differences in emotion dysregulation in ASD. Autism Res. 2020;13(8):1343-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32222097/
33. Brunissen L, Rapoport E, Chawarska K, Adesman A. Sex differences in gender-diverse expressions and identities among youth with autism spectrum disorder. Autism Res. 2021;14(1):143–55. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/aur.2441
34. De Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. J Autism Dev Disord. 2010;40(8):930-6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9
35. Shumer DE, Reisner SL, Edwards-Leeper L, Tishelman A. Evaluation of Asperger syndrome in youth presenting to a gender dysphoria clinic. LGBT Health. 2016;3(5):387-90. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2015.0070

 Todos los derechos reservados

36. Strauss P, Cook A, Watson V, Winter S, Whitehouse A, Albrecht N, et al. Mental health difficulties among trans and gender diverse young people with an autism spectrum disorder (ASD): Findings from Trans Pathways. J Psychiatr Res [Internet]. 2021;137:360-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33761424/
37. Hilton MN, Boulton KA, Kozlowska K, McClure G, Guastella AJ. The co-occurrence of neurodevelopmental disorders in gender dysphoria: Characteristics within a paediatric treatment-seeking cohort and factors that predict distress pertaining to gender. J Psychiatr Res. 2022;149:281-6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.018
38. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender Dysphoria and co-occurring autism spectrum disorders: Review, case examples, and treatment considerations. LGBT Health. 2014;1(4):277-82. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26789856/
39. Zupani S, Kruljac I, Šoštari Zvonar M, Drobni Radobuljac M. Case report: Adolescent with autism and gender dysphoria. Front Psychiatry [Internet]. 2021;12:671448. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2021.671448
40. Fortunato A, Giovanardi G, Innocenzi E, Mirabella M, Caviglia G, Lingiardi V, et al. Is It Autism? A Critical Commentary on the Co-Occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder. J Homosex. 2021 Jun 7;69(7):1204-1221. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2021.1905385
41. Turban JL. Potentially reversible social deficits among transgender youth. J Autism Dev Disord. 2018;48(12):4007–9.Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3603-0
42. Strang JF, Powers MD, Knauss M, Sibarium E, Leibowitz SF, Kenworthy L, et al. "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. J Autism Dev Disord. 2018;48(12):4039–55.Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6
43. Pine DS, Guyer AE, Goldwin M, Towbin KA, Leibenluft E. Autism spectrum disorder scale scores in pediatric mood and anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2008;47(6):652-61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31816bffa5
44. Tonge NA, Rodebaugh TL, Fernandez KC, Lim MH. Self-reported social skills impairment explains elevated autistic traits in individuals with generalized social anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2016;38:31-6. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.005
45. White SW, Bray BC, Ollendick TH. Examining shared and unique aspects of Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder using factor analysis. J Autism Dev Disord. 2012;42(5):874-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10803-011-1325-7
46. De Vries ALC, Kreukels BPC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Comparing adult and adolescent transsexuals: an MMPI-2 and MMPI-A study. Psychiatry Res.

Todos los derechos reservados

2011;186(2–3):414-8. Disponible en:http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.033

47. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. Clin Child Psychol Psychiatry. 2016;21(1):108-18. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/1359104514558431
48. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics. 2014;134(4):696–704.Disponible en: http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-2958

 Todos los derechos reservados

# Camuflaje social en niños, niñas y adolescentes con autismo.

## Social camouflage in children and adolescents with autism.

***Dra. Clara Alvarado[1], Dra. Francisca Rosso[1], Dra. Marcela Ortega[2].***

**Resumen.** La presente revisión examina el fenómeno del camuflaje social en niños y adolescentes con autismo, destacando su evolución desde observaciones iniciales en la década de 1980 hasta estudios recientes. Se llevó a cabo una búsqueda en Pubmed de 2020 a 2023, identificando 11 artículos relevantes. Se analizan las estrategias de camuflaje, los métodos de medición y los hallazgos en población infanto juvenil, abordando diferencias de género, camuflaje en redes sociales y su relación con la salud mental. Se destaca la falta de representatividad en las muestras y la necesidad de estudios longitudinales. Los resultados sugieren que el camuflaje puede tener efectos variados, y la comprensión de este fenómeno es crucial para la atención y la planificación de intervenciones en salud mental en niños y adolescentes con autismo.
***Palabras claves:*** "Camuflaje social", "adolescentes o niños", "no adultos".
**Abstract.** This review examines the phenomenon of social camouflage in children and adolescents with autism, highlighting its evolution from initial observations in the 1980s to recent studies. A Pubmed search was conducted from 2020 to 2023, identifying 11 relevant articles. Camouflage strategies, measurement methods and findings in the child and youth population are analyzed, addressing gender differences, camouflage in social networks and its relationship with mental health. The lack of representativeness in the samples and the need for longitudinal studies is highlighted. The results suggest that camouflage can have varied effects, and understanding this phenomenon is crucial for the care and planning of mental health interventions in children and adolescents with autism.
***Keywords:*** "Social camouflaging", "adolescents or childs", "not adults".

## INTRODUCCIÓN

Si se traza una línea de tiempo desde 1943 hasta el presente, se evidencia cómo diversos estudios intentan explicar las diferencias en la frecuencia diagnóstica del autismo entre hombres y mujeres. Cuarenta años después que Leo Kanner y Hans Asperger describieron inicialmente esta condición, Lorna Wing en el año 1981, observaba que algunas "chicas" con autismo sin déficit intelectual pasaban desapercibidas en evaluaciones y planteó que las mujeres podrían tener mejores habilidades socio-comunicacionales que los hombres.

Hoy en día una de las teorías que intenta dar respuesta a la diferencia en dichas frecuencias es el concepto del camuflaje social. Se trata de una estrategia de afrontamiento social usada principalmente por personas dentro

1. Residente de psiquiatria infantojuvenil.
2. Psiquiatra infantojuvenil.
Correspondencia a Dra. Marcela Ortega: marcela.ortega@hegc.gob.cl.

Todos los derechos reservados

del espectro autista para ocultar déficits en sus habilidades sociales. La investigación en adultos es más amplia, por ello la presente revisión tiene como objetivo dar a conocer información que se ha recabado sobre el camuflaje social en población infanto juvenil durante los últimos tres años destacando su implicancia en la práctica clínica.

## MÉTODO

Se realizó una búsqueda en plataforma Pubmed que incluye los términos "social camouflaging" y "adolescents or childs", "not adults" desde el año 2020 a 2023. El resultado arrojó un total de 11 artículos y el criterio de selección determinó que fueran pertinentes a la temática: camuflaje social en niños, niñas y adolescentes (NNA) con autismo. Esto incluyó un total de 6 artículos. Adicionalmente, se aportan datos de dos estudios en población adulta y 1 en infantes que abordan métodos de medición del camuflaje social.

Se revisó la definición del concepto de camuflaje social, sus estrategias, métodos de medición y posteriormente la información concerniente a lo que se ha investigado en NNA con autismo. Lo anterior otorga información respecto a las diferencias de camuflaje entre sexo masculino y femenino, las tendencias de camuflaje en grupos de adolescentes jóvenes y tardíos, el camuflaje en el contexto de las redes sociales, los síntomas internalizantes que pueden asociar y experiencias de adultos autistas en relación con el camuflaje.

Los autores son referentes del campo del camuflaje social y algunos de ellos se han identificados como autistas. Los test utilizados han demostrado ser fiables y válidos en investigaciones anteriores.

## DESARROLLO

Según la Real Academia Española, camuflar hace referencia a disimular la presencia ante el enemigo; en su segunda acepción, disimular dando a algo el aspecto de otra cosa. En el marco psicológico, un nuevo concepto de camuflaje surge desde la perspectiva del autismo y las habilidades sociales.

El camuflaje social es definido principalmente como "el uso de estrategias por personas autistas para minimizar la visibilidad de su autismo durante situaciones sociales" (Hull et al, 2017). Otros autores lo describen como una estrategia de afrontamiento en la que un individuo oculta el comportamiento que puede ser visto como socialmente inaceptable y realiza un 'performance social' para ser considerado más neurotípico" (Lai et al, 2017).

Ambas definiciones convergen en la idea de disimular la presencia de conductas autistas (neuroatípicas) procurando mostrar un aspecto neurotípico. Algunos ejemplos incluyen hacer contacto visual, usar frases o bromas preaprendidas durante una conversación, imitar a través de la mímica comportamientos sociales o gestos de otros y tener un "libreto" aprendido para comportarse socialmente y evitar comentarios personales que podrían ser calificados como hirientes o incómodos para otros (Lai et al, 2017).

El mecanismo por el cual se lleva a cabo el camuflaje social comprende tres estrategias: compensación, enmascaramiento y asimilación (Hull et al, 2017). Si bien no han sido descritas como estrategias consecutivas, se explican como tal con el fin de facilitar su comprensión.

 Todos los derechos reservados

La compensación hace referencia a compensar las dificultades desde el momento en que un individuo nota que carece de ciertas habilidades sociales y registra las habilidades de un otro más hábil socialmente. Por ejemplo, copiar el lenguaje corporal y facial aprendiendo claves sociales a través de libros o películas. El enmascaramiento ("masking" en inglés) implica ocultar rasgos autistas o "portar" una persona no autista aplicando lo previamente registrado en la compensación. Un ejemplo de ello es ajustar la cara y cuerpo para lucir relajado, mostrándose menos neuroatípico. Por último, la asimilación comprende intentar encajar socialmente al momento de interactuar con otras personas, se describe como una performance en donde el individuo se desenvuelve como alguien neurotípico (Hull et al, 2017).

Las siguientes afirmaciones ejemplifican el proceso desde la compensación a la asimilación. "He tratado de mejorar mi comprensión de las habilidades sociales observando a otras personas" (compensación). "Siempre pienso en la impresión que le doy a otras personas" (enmascaramiento). "En situaciones sociales, siento que estoy 'actuando' en lugar de ser yo mismo" (asimilación) (Hull et al, 2017). Se podría decir que en la compensación el individuo "copia", en el masking se "monitorea" y ajusta y, en la asimilación, "actúa".

Se trataría de un proceso que va desde adentro hacia afuera, desde lo cognitivo a la conducta y, por ende, se habla de un estado autista interno y un estado autista externo (Lai et al, 2017). El primero percibido por el propio individuo y el segundo, la presentación conductual, percibido por los demás o por evaluadores. Lai y colaboradores (2011) en un grupo de mujeres adultas, a través de un método de observación clínica, encontraron menos rasgos autistas en comparación con sus pares hombres. Sin embargo, un hallazgo inesperado fue que el mismo grupo de mujeres, mediante autoreportes, se autopercibió con más rasgos autistas que sus pares hombres. La diferencia en la autopercepción del estado autista interno entre hombres y mujeres motivó la búsqueda de una respuesta, los métodos de medición del camuflaje social. Estas medidas se organizan en métodos de discrepancia, observacionales y de autoreporte cuantitativo (Hull et al, 2020).

El método de discrepancia calcula la brecha entre el estado autista interno y la presentación autista externa de la persona en contextos sociales interpersonales. Lai y colaboradores (2017) estimaron el estado autista interno a través del Autoreporte de rasgos autistas (AQ, Autism Spectrum Quotient) y el estado autista externo mediante observación clínica con la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS), concluyendo que se obtendrán puntajes más altos a mayor discrepancia entre el estado autista interno y el externo (Lai et al, 2017).

Los estudios observacionales miden conductas específicas y experiencias que reflejan camuflaje. El estudio "El arte del camuflaje" (Dean et al, 2017) codificó los comportamientos sociales de escolares con trastorno del espectro autista (TEA) durante el recreo y descubrió que las niñas con TEA utilizaban conductas compensatorias para enmascarar sus dificultades sociales, mientras que los niños con TEA tendían a jugar solos, lo que facilitaba la detección de sus dificultades sociales.

Todos los derechos reservados

Esto destaca la existencia de un sesgo de género en la percepción del TEA y sugiere la búsqueda de comportamientos compensatorios en contextos educativos a la hora de identificar infantes con problemas sociales y evitar que las niñas queden sin ser identificadas.

Por otro lado, dentro de las medidas de autoreporte cuantitativo, el Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas (CAT-Q, del inglés Camouflaging Autistic Traits Questionnaire) se desarrolló a partir de las experiencias de camuflaje de adultos autistas y se administró en línea a adultos autistas y no autistas (Hull et al, 2019). Con buena confiabilidad, comprende 25 afirmaciones agrupadas en compensación, enmascaramiento y asimilación que se responden en encuesta tipo likert. Cuenta con un rango de puntuación entre 25 y 175, siendo el punto de corte cercano al 100. En este estudio encontraron que el puntaje total del camuflaje en mujeres autistas fue mayor que el de hombres autistas, que no existe diferencia entre hombres y mujeres no autistas y que no hay diferencias significativas en el grupo no binario.

Respecto a la población infanto juvenil Wood-Downie y colaboradores (2021) analizaron la diferencia del sexo/género en el camuflaje en niños y adolescentes de 8 a 14 años con y sin diagnóstico de autismo/niveles elevados de rasgos autistas. El estudio utilizó dos operaciones de camuflaje. El método observacional/reflexivo (camuflaje conductual) basado en la prueba de dibujo interactivo (Interactive Drawing Test, IDT) que proporciona un índice de reciprocidad; y el método de discrepancia (camuflaje compensatorio) basado en el test «Leer la mente en los ojos» versión infantil (Reading the Mind in the Eye Test, RMET-C), como índice de la capacidad sociocognitiva para medir la teoría de la mente. Los resultados sugieren que las mujeres autistas muestran niveles más altos de camuflaje que los hombres autistas (Figura 1).

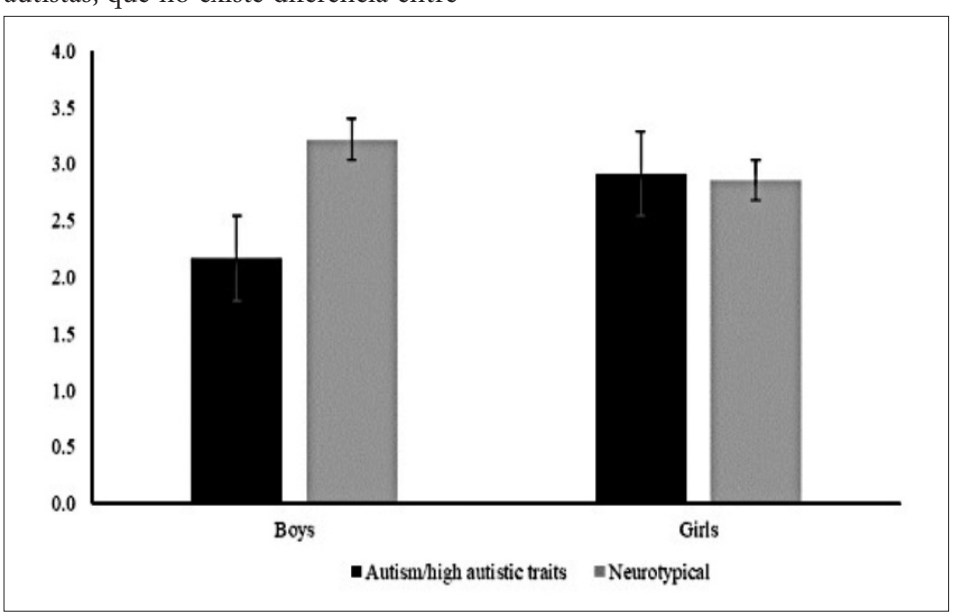



**Figura 1.** Puntuaciones de reciprocidad total (Prueba de dibujo interactiva (IDT); van Ommeren et al. 2012, 2015) y errores estándar para infantes y adolescentes de ambos sexos en los grupos de autismo/altos rasgos autistas y neurotípicos[6].

 Todos los derechos reservados

Jorgenson y colaboradores (2020) exploraron las diferencias en el comportamiento de camuflaje mediante el CAT-Q en adolescentes autistas y neurotípicos de 13 a 18 años, con un enfoque en el sexo y el diagnóstico. Si bien las mujeres presentaron niveles más altos de camuflaje, se observó una interacción entre la edad y el diagnóstico que indicaría un posible efecto de la edad en las conductas de camuflaje. Los neurotípicos muestran mayor uso de camuflaje social a medida que avanzan en su adolescencia, mientras que los adolescentes autistas exponen menos conductas de camuflaje a medida que crecen (Figura 2). En esa línea y, en base a estudios en adultos, se podría plantear que el proceso se invertiría en la adultez.

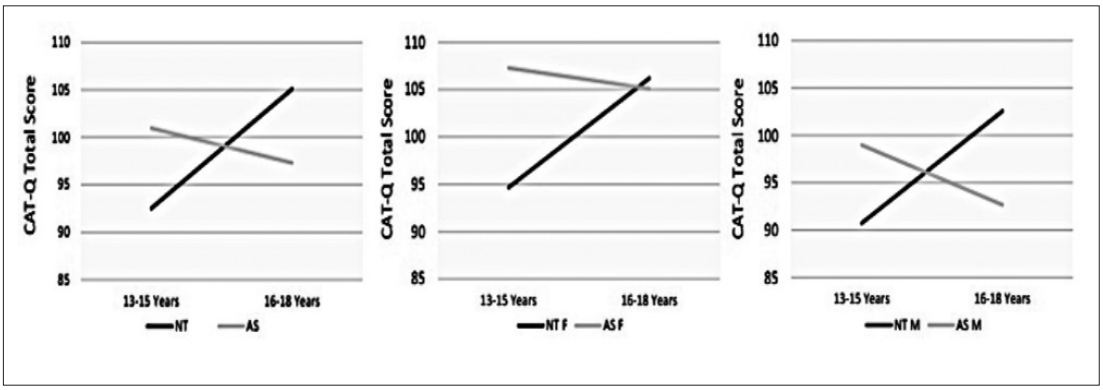



**Figura 2.** Interacciones de edad por diagnóstico para la puntuación total del CAT-Q7. Nota. AS=autista. NT=neurotípico. F=femenino. M=masculino.

En redes sociales las conductas de camuflaje social también estarían presentes. Alicja Jedrzejewska y Jessica Dewey (2021) investigaron los comportamientos de camuflaje en adolescentes autistas y no autistas en contextos offline y online (fuera de línea y en línea). Realizaron un estudio mixto con una fase cuantitativa y otra cualitativa. En la primera fase los participantes completaron medidas sobre conductas de camuflaje fuera de línea con el test CAT-Q y su versión modificada, el Cuestionario de Camuflaje de Rasgos Autistas Online (CATO-Q), fue aplicado para las conductas en línea. El estudio halló que los adolescentes autistas se camuflan más que los adolescentes no autistas en contextos fuera de línea, mientras que los participantes autistas en línea se camuflan menos que fuera de línea. Además, las mujeres se camuflan más que los hombres, independientemente del diagnóstico.

En la fase cualitativa, seis adolescentes autistas con altos puntajes en CAT-Q participaron en entrevistas semiestructuradas sobre experiencias de camuflaje. Las temáticas recopiladas resumen que los hombres disfrutan de juegos sociales y cooperativos que favorecen experiencias de inclusión y conexiones sociales de mayor calidad. Las mujeres, en cambio, expresaron pasar más tiempo en redes sociales altamente visibles favoreciendo un mayor enfoque en la apariencia externa que en la conexión social. El estudio describe al camuflaje social como un mecanismo de defensa usado en individuos que se perciben a si mismos como no aceptados o no pertenecientes.

Todos los derechos reservados

En cuanto a predictores cognitivos, Hull y colaboradores (2021) examinaron cómo la teoría de la mente, la función ejecutiva, el cociente intelectual y la edad podrían influenciar en el camuflaje en adolescentes autistas. Encontraron que un menor número de dificultades en la función ejecutiva predecía un mayor uso de estrategias de camuflaje total y de la subescala de compensación, pero no de las de enmascaramiento o asimilación.

La relación entre el camuflaje y la salud mental en adolescentes autistas y no autistas fue abordada por Bernardin y colaboradores (2021), quienes buscaron síntomas internalizantes con escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Los hallazgos evidenciaron que el camuflaje es un predictor importante de depresión, ansiedad y estrés en ambos grupos y que puede ser particularmente angustiante para las mujeres, independientemente del diagnóstico (Figura 3).

En el mismo sentido, Ross y colaboradores (2022) analizaron el camuflaje y la salud mental en 733 niños y adolescentes autistas. Los resultados indicarían que el camuflaje es un predictor significativo de síntomas internalizantes, como la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas en niños y adolescentes autistas. Sin embargo, este estudio encontró que los adolescentes autistas mayores tenían más probabilidades de camuflarse que los niños. También hubo diferencias de género en cuanto

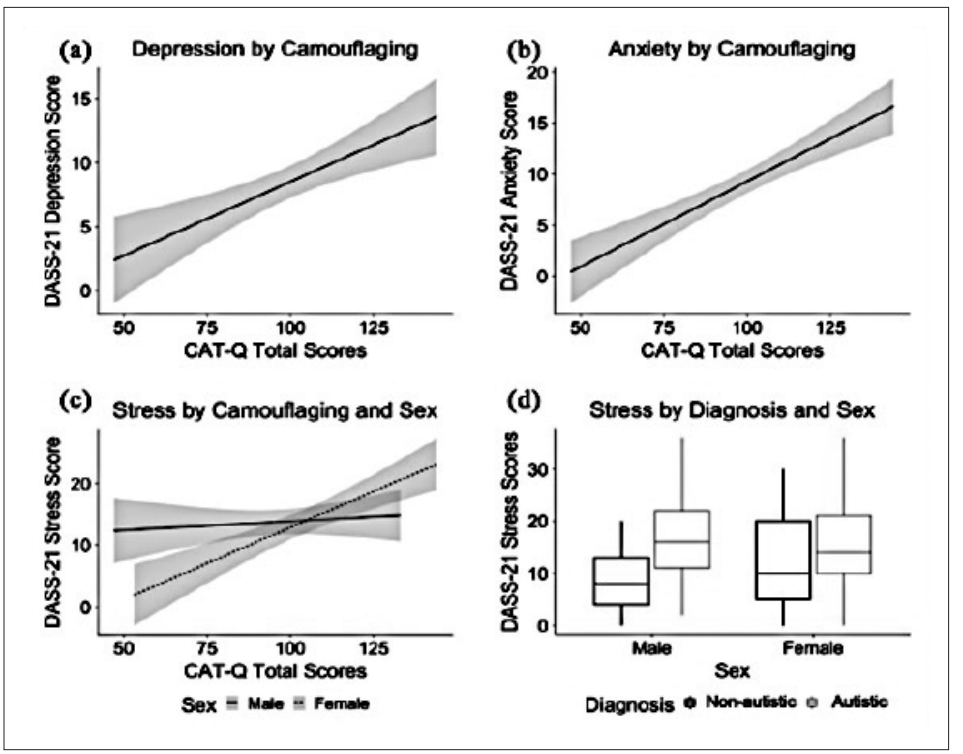



**Figura 3**. Figuras de modelos para puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés del DASS-21: (a) modelo de depresión por camuflaje, (b) modelo de ansiedad por camuflaje, (c) modelo de estrés por camuflaje y sexo y (d) modelo de estrés por diagnóstico y sexo. Las bandas de error representan intervalos de confianza del 95%. CAT-Q: Cuestionario de camuflaje de rasgos autistas; DASS-21: escalas cortas de depresión, ansiedad y estrés[10].

 Todos los derechos reservados

al camuflaje: los padres aportaron más rasgos autistas en las mujeres que en los hombres, mientras que en la evaluación realizada por el médico no hubo diferencias en los rasgos autistas según el sexo.

La investigación cualitativa aporta detalles sobre las experiencias de camuflaje en adultos. Bradley y colaboradores (2021) a través de una encuesta en línea a 277 adultos autistas analizaron su impacto en la salud mental resaltando aspectos positivos como negativos. En los positivos identificaron un mayor acceso a los espacios sociales y la protección contra cualquier daño. Dentro de los negativos mencionaron el agotamiento, aislamiento, deficiente salud mental y física, pérdida de identidad, la aceptación de uno mismo y el retraso en el diagnóstico. Por otro lado, el cese del camuflaje surge luego de recibir el diagnóstico o como parte de un proceso de entendimiento y aceptación, destacando como requerimiento que la sociedad conozca y acepte el autismo para reducir la necesidad de camuflarse en personas autistas.

## DISCUSIÓN

La conceptualización del camuflaje deberá definir hasta qué punto es exclusivo del autismo ya que su presencia en personas no autistas hace referencia a estrategias usadas indistintamente, en diversos grados y en varias etapas del ciclo vital en individuos que se encuentran o no dentro del espectro. Se entiende que el factor común de dar la impresión de ser competente socialmente diverge en los niveles de esfuerzo que implica camuflarse, siendo más demandante para quienes tienen la condición. En esta línea, también sería útil investigar si el camuflaje está presente en otras condiciones que cursan con déficits sociales (ansiedad social, por ejemplo).

Es notable que el camuflaje en el género femenino favorece un sesgo que hace más ardua su identificación, sin embargo; como fenómeno también evidenciado en neurotípicos y el impacto que éste genera en la salud mental, independientemente del género, es importante que se pueda detectar tempranamente con sensibilidad en ambos sexos. En lo anterior radica la relevancia de los hallazgos.

Cabe destacar que los estudios coinciden en algunas de las limitaciones, sobre todo en el tamaño de las muestras; donde si bien el número de participantes ha ido aumentando con el paso de los años, sigue siendo modesto y limita la posibilidad de generalizar los resultados al total de la población autista. Otro punto destacable dentro de las limitaciones son las características de la muestra; observándose una proporción dispar entre participantes mujeres y hombres y entre participantes autistas o neurotípicos. Los datos demográficos y fenotípicos debieran ser más completos, incluyendo por ejemplo el nivel socioeconómico y las habilidades cognitivas, ya que estas características (entre otras) pueden contribuir a explicar las diferencias en los niveles de camuflaje.

La escasa representatividad también se hace evidente en la diversidad de género. Si bien en varios de los estudios solicitaron identificarse sexualmente, los autores no incluyeron dentro del análisis de datos identidades diferentes de la dicotomía masculino-femenino argumentando evitar confusiones en los resultados. Sería relevante integrar

Todos los derechos reservados

dichos datos para comprender cómo se comporta el camuflaje social en esta población entendiendo que dentro de su proceso de identidad suelen usarse conductas y estrategias de camuflaje para desenvolverse socialmente.

Por otro lado, el diseño transversal de los estudios impide evaluar las relaciones causales. Futuros estudios longitudinales prospectivos podrían evidenciar el papel que la edad puede desempeñar en el camuflaje y cómo éste se despliega en personas con o sin autismo puesto que en los estudios se vieron efectos opuestos. Jorgenson y colegas (2020) observaron que, en el transcurso de la adolescencia, los jóvenes autistas se camuflaron menos; en cambio, Ross y colaboradores (2022) encontraron que los adolescentes autistas mayores tenían más probabilidades de camuflarse que los niños. No se trata de estudios comparables, pero demuestran que el campo de estudio se inclina a conocer cómo evoluciona este fenómeno.

El aporte de los diversos contextos en el camuflaje, como el de redes sociales, también enriquecería la capacidad de evaluar su impacto en las variables de resultado. En este plano, resultaría interesante conocer la opinión de expertos en psicología del desarrollo sobre posibles teorías que puedan explicar el desarrollo de este fenómeno, quizás desde la concepción del self, los mecanismos de defensa o la impresión de manejo.

## CONCLUSIONES

La evidencia señala que el camuflaje social en personas con autismo puede tener tanto efectos positivos como adversos. En general, los efectos varían según el individuo y pueden depender de diversos factores como la efectividad de sus estrategias, la aceptación personal y la percepción del entorno. En algunos casos puede ser una estrategia útil de integración social; en otros, puede requerir un esfuerzo significativo, lo que podría contribuir a la aparición de síntomas internalizantes y problemas de salud mental. Los estudios no son concluyentes en promover la práctica del camuflaje social en caso de efectos positivos, pero desincentivan su uso si desfavorece la salud mental del individuo.

Comprender el concepto es crucial para mejorar la calidad de la atención en salud de NNA con autismo. Esto habilita a los profesionales para detectar señales de camuflaje en poblaciones donde el fenómeno puede pasar desapercibido, evaluar el impacto y planificar intervenciones tempranas que fomenten la salud mental. Para ello se requieren estudios locales en niños, niñas y adolescentes e investigaciones globales con mayores tamaños muestrales, considerando además, el aumento de la prevalencia en el diagnóstico de TEA.

El camuflaje social en NNA con autismo es un tema escasamente abordado en la evaluación y el manejo de estos pacientes. A pesar de no ser un concepto reciente, la investigación en población infanto juvenil, sigue siendo escasa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hull L, Petrides KV, Mandy W. The Female Autism Phenotype and Camouflaging: a Narrative Review. Rev J Autism Dev Disord. 2020;7(4):306-317.doi:10.1007/s40489-020-00197-9.

 Todos los derechos reservados

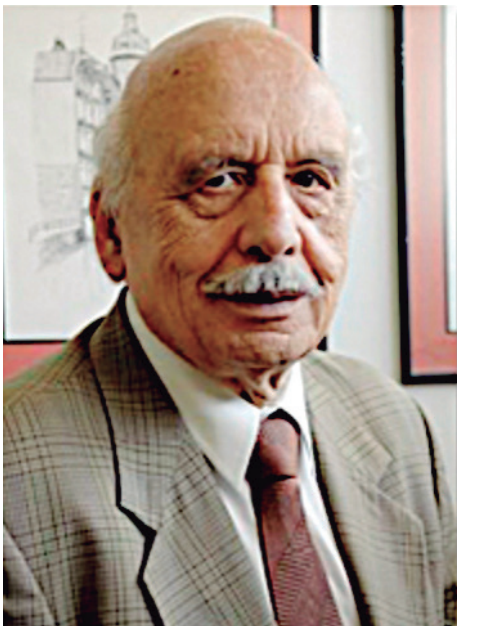
2. Lai MC, Lombardo MV, Pasco G et al. A Behavioral Comparison of Male and Female Adults with High Functioning Autism Spectrum Conditions. PLoS ONE. 2011;6(6):e20835. doi:10.1371/journal.pone.0020835
3. Lai MC, Lombardo MV, Ruigrok AN et al. Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. Autism. 2016;21(6):690-702. doi:10.1177/1362361316671012
4. Dean M, Harwood R, Kasari C. The art of camouflage: Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. Autism. 2016;21(6):678-689. doi:10.1177/1362361316671845
5. Hull L, Mandy W, Lai MC et al. Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). J Autism Dev Disord. 2018;49(3):819-833. doi:10.1007/s10803-018-3792-6
6. Wood-Downie H, Wong B, Kovshoff H, Mandy W, Hull L, Hadwin JA. Sex/Gender Differences in Camouflaging in Children and Adolescents with Autism. J Autism Dev Disord. 2020. doi:10.1007/s10803-020-04615-z
7. Jorgenson C, Lewis T, Rose C, Kanne S. Social Camouflaging in Autistic and Neurotypical Adolescents: A Pilot Study of Differences by Sex and Diagnosis. J Autism Dev Disord.2020;50(12):4344-4355. doi:10.1007/s10803-020-04491-7
8. Jedrzejewska A, Dewey J. Camouflaging in Autistic and Non-autistic Adolescents in the Modern Context of Social Media. J Autism Dev Disord. 2021. doi:10.1007/s10803-021-04953-6
9. Hull L, Petrides KV, Mandy W. Cognitive Predictors of Self-Reported Camouflaging in Autistic Adolescents. Autism Res. 2020. doi:10.1002/aur.2407
10. Bernardin CJ, Lewis T, Bell D, Kanne S. Associations between social camouflaging and internalizing symptoms in autistic and non-autistic adolescents.Autism.2021;25(6):1580-1591. doi:10.1177/1362361321997284
11. Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S, Cassidy S. Autistic Adults' Experiences of Camouflaging and Its Perceived Impact on Mental Health. Autism Adulthood. 2021. doi:10.1089/aut.2020.0071
12. Ross A, Grove R, McAloon J. The relationship between camouflaging and mental health in autistic children and adolescents. Autism Res. 2022. doi:10.1002/aur.2859

Todos los derechos reservados

# Obituario Dr. Carlos Almonte

## Obituary Dr. Carlos Almonte

***Dr. Alfonso Correa[1].***
*Adaptado del homenaje realizado en Congreso SOPNIA 2023.*



**Dr. Carlos Almonte Vyhmeister,** nacido el año 1934, fallece el 15 de septiembre del 2023. Con algunas palabras, intentaré ofrecer una imagen de lo que el Dr. Carlos Almonte fue y seguirá siendo en muchos de nosotros. En base a lo que aquí lean y lo que algunos de ustedes recuerden, podrán complementar esa imagen.

Alto, delgado, de figura imponente (por lo menos para sus alumnos o discípulos). Mirada penetrante, pero tranquila: crítica y acogedora a la vez, desafiante tal vez. Alguien que te hace mirarte a ti mismo. Tal vez por eso se sentía como desafiante, una invitación a mirarse a uno mismo.

Era de las personas que uno no lograba tener claro lo que estaba pensando, pero sabías que estaba conectado, desde lo muy profundo, muy compenetrado, reflexionando cada palabra que decía, si es que creía que correspondía decirla. Siempre hizo la diferencia entre lo que uno quería hacer (apuntando al deseo), lo que se debía hacer (relacionado con la ley) y lo que correspondía hacer (más vinculado con la moral). "El hombre más recto que he conocido", según lo dejó plasmado una sobrina en el obituario de la funeraria del Hogar de Cristo.

Casi todas las personas que han fallecido son queridas por más de alguien, muchas son recordadas con cariño, un poco menos son las que dejan marca en otra… los maestros, son los que hacen

1. Psiquiatra Infantil y del Adolescente.
COSAM Pudahuel.
Jefe Unidad de Psiquiatría Infantil Clínica Alemana de Santiago.
Vicepresidente SOPNIA.
Correspondencia al Dr. Alfonso Correa: acorread@yahoo.es

 Todos los derechos reservados

que esas marcas se conviertan en acciones y que esas acciones sean para dar vida, para nacer en otros. Muchos lo tenemos como un maestro.

**¿Dónde estuvo?**

- Socio fundador SOPNIA: La Agrupación Hospitalaria de Neuropsiquiatría Infantil, en sesión del 14 de octubre 1970 aprobó los estatutos para conformar la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia y se registran como socios fundadores el Dr Amestoy, Almonte, Lucila Capdeville, Nelly Chiófalo…. de tal forma que el 5 junio 1972 se confiere personalidad jurídica a SOPNIA.
- Centro Integral del desarrollo Infantil CIDIN (en el Hospital José Joaquín Aguirre).
- Jefe Servicio Psiquiatría y Salud Mental infantil en el Hospital Roberto del Río.
- Jefe de la Unidad de Psiquiatría de niños y adolescentes en la Clínica Psiquiátrica Universitaria.
- Presidente de la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
- Integrante del Comité de Posgrado de la Especialidad de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia de la Escuela de Posgrado de la Universidad de Chile.
- Premio Dr. Ricardo Olea 2005.
- Edición libro Apuntes de Psiquiatría Infantil para alumnos de 5º de medicina, desde la década del 90, que se convirtió luego en el libro: Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, con 3 ediciones: 2003, 2011 y 2019, cada vez con más temas y con una aproximación actualizada y acorde a las necesidades de los tiempos.
- Autor del Libro "Embudos mágicos, de metáforas y terapia, la estrategia metafórica" 2014. Destaco aquí una metáfora que contó el mismo Dr. Almonte en una entrevista realizada por la propia Universidad de Chile. Esta nos ilustra la simpleza y rapidez en su capacidad de aprovechar las oportunidades: Le dijo una vez un atribulado marido al Dr. Almonte: "Soy capaz de subir al Aconcagua si es necesario para reconciliarme con mi esposa", él respondió. "Si sube, sólo estará más lejos de su mujer y pasará más frío", le respondió el psiquiatra, evidenciándole, de paso, que lo que tenía que hacer no era lo imposible, sino que lo posible.

Esposo de Edith Concilia con quien tuvo 3 hijos; Ethel, Claudia y Juan Carlos, hijos que valoran su gran capacidad de análisis racional de la realidad, con la presencia de humor. Al mismo tiempo, destacan su seriedad y solemnidad esperanzada, explicita Juan Carlos; su capacidad de percepción y su sintonía; su capacidad empática y su entrega; su responsabilidad y su empuje, nos recuerda Claudia. Un actuar altruista, por el prójimo, destaca Juan Carlos. "Encontró la forma de entregarse y darle sentido a su vida en la labor con pacientes y alumnos", creyendo en el aporte para el desarrollo del niño y su familia. Comprendiendo el objetivo de nuestro quehacer en la psiquiatría, que está mucho más allá del cerebro, cual es: "la comprensión simbólica emocional y vincular".

En las sesiones de terapia familiar destacaba su habilidad de estar atento -al mismo tiempo- a cada integrante de la familia, al coterapeuta y a quienes estuviesen tras el espejo. Durante varios años en el Hospital Roberto del Río y luego en la Clínica Psiquiátrica de la Universi-

Todos los derechos reservados

dad de Chile, los días jueves se veían en promedio 3 familias en un total de 4 a 5 horas que incluían: la sesión, el análisis, reflexión, y planificación de la siguiente intervención. En una oportunidad, al finalizar el proceso de una sesión de terapia familiar (del subsistema parental) el padre describió al coterapeuta como ícono, porque "no había dicho nada en todas las sesiones". El equipo tras el espejo no se explicaba la situación ni el significado. En el momento del análisis de la sesión, el Dr. Almonte explicó la gran importancia de los "íconos", para la concepción de mundo en general y en particular para la de este padre, donde el ÍCONO es aquello que dice todo lo profundo que no se puede decir con palabras y que puede modificar vivencias y conductas por sobre cualquier otra experiencia. Aquí un ejemplo de su perspicacia y de la importancia del silencio y de los mensajes implícitos, tan frecuentes en el actuar del Dr. Carlos Almonte con sus pacientes, con las familias y con los propios colegas, residentes y discípulos.

Intensa fue la emoción que tuve al preguntarle a alrededor de 25 profesionales de la salud mental infantil (psicólogos, psiquiatras, neuropediatras, pediatras y psiquiatras de adultos) algún concepto o idea con el que hubieran quedado marcados por la enseñanza del Dr. Almonte. El entusiasmo con el que me contestaron fue impactante, se dieron un tiempo para pensar y respondieron prontamente.

Compartiré algunas de las cosas que contaron (no todas, fueron muchas). Son recuerdos que nos muestran un vínculo entre: 1. Sus enseñanzas, 2. Nosotros como terapeutas y 3. La salud mental de nuestros pacientes. Éstas, son experiencias que trascienden al individuo y que van más allá de aquellos que refieren estos recuerdos (intenten ser interpretados por ellos, hayan -uds. lectores- conocido o no al Dr. Almonte):

- "Destacó por su capacidad de haber tenido amistades por largo tiempo", nos menciona Cecilia Araya quien señala haber trabajado con él por más de 50 años, compartiendo conversaciones hasta las últimas semanas de su vida, "me regaló mucho tiempo y aceptó mis dudas", Pedro Toledo, un amigo, le dice: "cuánto te admiraba, como persona y como profesional, especialmente por tu profunda humanidad, por tus enormes conocimientos históricos, por tu cultura y por tu profunda formación profesional". María Elena Montt, psicóloga, destaca su compromiso en la docencia por generaciones. Gabriela Capurro valora una hermosa conversación en que él le dijo: "si quiere tener una pareja, no críe niños, ellos crecen, se desarrollan y se van, busque un adulto, ése será su par".El psicólogo Ricardo Musalem, que compartió varios años en el Hospital Roberto del Río, destaca la gran cantidad de recursos terapéuticos que manejaba con gran habilidad técnica: el uso de metáforas, la paradoja, la confrontación empática, el desafío, la psicoeducación, el humor, los rituales, el absurdo, la compasión, el uso de la autoridad, y el juego… "se movía a través de todos estos recursos que desarmaban a los pacientes y los ayudaban a cambiar el paradigma de manera inesperada". "Nos enseñó a pensar mucho más allá de las conductas observables", enfatiza Cecilia Breinbauer. "Demostró respeto, reconocimiento y valoración de las personas con las que hizo equipo". A pesar de que a ratos podía parecer alguien severo, exigente, inalcanzable, elevado

 Todos los derechos reservados

(por sobre los demás), sabía trabajar en equipo, sabía escuchar, sabía observar, sabía guardar silencio. Por sobre todo, destaca, como ya dije, su respeto por el otro, por el distinto, por la persona, independiente de conocimientos, recursos, cultura, raza, religión. Patricia Zuñiga recuerda sobre esto: "me maravilló el ver que a pesar de lo grande físicamente, podía conversar y hacer sentir acogido y seguro tanto a un niño de 5 años como a un adolescente".

- "Luchó incansablemente por el desarrollo de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia", nos recuerda el Dr. Ricardo García: "fue uno de los gestores del reconocimiento de la especialidad en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". El también psiquiatra infantil y del adolescente, Alejandro Maturana, destaca que el Dr. Carlos Almonte lograba al mismo tiempo tener la distancia suficiente para mirar, observar y evaluar, y la cercanía necesaria para ayudarte a resolver. Daniela Zalaquett recuerda su disposición permanente para supervisar el trabajo terapéutico y otorgar el tiempo accesible para ello: "En los pacientes complejos nos enseñó a hacer foco, orientando hacia el ejercicio de saber priorizar". Siempre consideró a la familia como lo primordial para la prevención, mantención, tratamiento y evolución de la psicopatología de niños, niñas y adolescentes", nos menciona Tamara Rivera. "Siempre con un enfoque sistémico". Ana Marina Briceño recuerda como parte de sus enseñanzas "la relación entre los hermanos es la más larga de la vida y una de las más desaprovechadas". "Su fuerte era la psicoterapia, que no era común en los psiquiatras de la época", nos dice la psicóloga y amiga Cecilia Araya. Otros recuerdan que todas sus enseñanzas para tratar a padres y las familias "son tan actuales". Como lo que expresa Muriel Halpern: "La repetición obsesiva de la corrección de las conductas oposicionistas solamente aumenta ese comportamiento" y aquí usaba una de sus metáfora: "es como pretender hacer merengue batiendo sólo agua, una y otra vez".
- "Vivirá en todos los que fuimos sus alumnos", dicen varios de sus discípulos. "Es un formador que te hacía pensar, que te impulsaba a que tú investigaras, que te ayudaba a sacar lo mejor de ti, que si necesitaba guardar silencio para que tú tuvieras tu propia opinión, lo hacía".

Lo que aprendimos sigue dando frutos en forma permanente en el trabajo de cada uno. Con él aprendimos cosas que no salen en los libros y que nadie más ha dicho. Era creativo en su pensamiento, singular y original. Recuerdo una vez que contaba que no le habían permitido publicar un artículo porque no habían antecedentes sobre ese tema, que era una condición para publicar algo: lo que claramente atenta contra la oportunidad de abrirse a temas que no se habían pensado antes, haciendo creer que no había nada nuevo que pensar. Te impulsaba a reflexionar y argumentar aunque no siempre uno se atreviese a contradecirlo. Ha sido alguien que abre los ojos a otros.

El uso de metáforas y paradojas ha sido una constante enormemente fecunda. Desborda de una visión integral del ser humano, donde sin necesidad de nombrarla, la dimensión espiritual siempre estuvo y está presente.

Esto nos ha dejado, eso tenemos, eso agradecemos de él y es nuestra misión entregarlo.

Todos los derechos reservados

# La “Estrategia Metafórica” y el “Cuento de Animales”: dos legados del Dr. Carlos Almonte.

## The “Metaphorical Strategy” and the “Animal Story”: two legacies of Dr. Carlos Almonte.

***Dra. Katerina Sommer[1], Dra. Ana Marina Briceño[1], Dra. Marcela Abufhele[1].***

El preludio del libro Embudos Mágicos (1) se inicia así: “*Durante mucho tiempo oí las historias que corrían entre los residentes de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, acerca de las poderosas intervenciones de Carlos Almonte en las sesiones de terapia familiar. Hablaban de estas intervenciones con un perceptible dejo de admiración e incertidumbre, como si hubiesen estado presentes en la creación de un nuevo mundo. Una y otra vez, las sucesivas generaciones de psiquiatras infantiles en formación se referían de la misma manera a ese estilo de hacer terapia, y una y otra vez contaban acerca de aquella realidad como si se estuvieran refiriendo a un modo resplandeciente de entrar en el mundo*”.

Sin duda son muchos aquellos *modos resplandecientes* de entrar al mundo de los pacientes y sus familias que el Dr. Almonte nos transmitió a través de sus años de docente y mentor. Intentar sistematizarlos en una única publicación resulta una tarea inabarcable, sin embargo, quisimos destacar –a modo de homenaje y agradecimiento póstumo- dos de aquellos legados trascendentales a nuestra práctica profesional diaria y que tienen el sello inolvidable del Dr. Carlos Almonte: uno es la estrategia metafórica para el trabajo individual y con familias, el segundo es la herramienta del cuento de animales para el uso clínico con niños, niñas y adolescentes.

### LA ESTRATEGIA METAFÓRICA

“*…cuando otros caminos parecían bloqueados, las metáforas abrían nuevas rutas de alivio y sanación*”.

Si bien el lenguaje de las metáforas es universal, lo que caracterizaba la potencia y efectividad de la producción metafórica del Dr. Almonte era el **momento terapéutico** en que las generaba y aplicaba, considerando el contexto y las características personales del/los receptor/es. Esta característica de la terapéutica individual y familiar del Dr. Almonte causaba gran interés entre sus colegas, alumnos y consultantes, moti-

1. Psiquiatra Infantojuvenil, discípula del Dr. Carlos Almonte.
Correspondencia a Dra. Katerina Sommer: katerinasommer@gmail.com.

 Todos los derechos reservados

vo por el cual en el año 2010 se aventuró a escribir un pequeño libro sobre la estrategia metafórica en el contexto de terapia. Es de este libro que quisimos extraer algunos fragmentos y ejemplos para así (re)impregnarnos de sus palabras, ahora ya sin sonido.

Para el Dr. Almonte la comunicación metafórica es una intervención que intenta sintetizar, focalizar y potenciar determinados momentos del proceso terapéutico, en los que hay una resistencia persistente al cambio en el consultante. El uso de metáforas es una de las herramientas privilegiadas del arte de la comunicación y de la psicoterapia implícita (aquella en la cual el terapeuta induce cambios en el curso natural del proceso personal sin explicitar el hecho o la forma en que se implementan), dirigiéndose a que el consultante tome conciencia sin sentirse amenazado o cuestionado y, por tanto, actúe defensivamente.

El Dr. Almonte señala que la metáfora tiene 2 elementos: uno es el que se escucha, que en general es de conocimiento común y no tiene mucho significado, y el otro elemento es el contenido implícito de las metáforas, a lo que se le puede asignar un significado personal y sería el que produce los cambios.

La metáfora se tiene presente ya que se recuerda y eso permite encontrarle un mayor sentido y realizar una integración más profunda de éste, por eso tiene una fuerza significativa en la toma de conciencia y en la inducción del cambio.

El uso de metáforas es particularmente útil para que el consultante tome conciencia de hechos anteriormente negados, evitados, desplazados, disociados o proyectados. Al coger los contenidos explícitos e implícitos de la narración metafórica enriquece su comprensión del problema, visualiza las mejores opciones de resolución, y le sirve como modelo de lo curativo que significa el poder simbolizar.

Como en todo proceso terapéutico, cuando se utilizan metáforas, es esencial mantener una comunicación interpersonal empática, el clima relacional debe ser respetuoso y de confianza, las intervenciones deben ser oportunas y tiene que existir congruencia entre aspectos verbales y no verbales de la comunicación.

Existen distintos tipos de metáforas en el contexto terapéutico, y se pueden clasificar según el foco de su contenido. Así, hay metáforas enfocadas en los individuos y otra sobre sistemas y subsistemas familiares. A continuación, quisimos presentar un compilado de **algunas** de ellas que nos parecen particularmente útiles, en las palabras propias del Dr. Almonte, entendiendo que resulta imposible abarcar el amplio contexto en el que pudieran ser utilizadas cada una, y cuyo arte radica no sólo en su conocimiento sino en el momento de uso. Es el arte y la magia de la terapéutica del Dr. Carlos Almonte.

**1. Metáforas individuales referidas al papel del terapeuta.**

***1.1. Repara automóviles:*** "Aquí se reparan autos chocados, no buscamos al culpable". Cuando un grupo familiar se empeña en designar a un miembro como único responsable de la disfuncionalidad familiar (chivo emisario), empleamos esta metáfora para descentralizar al miembro índice o excluir

Todos los derechos reservados

del trabajo terapéutico los aspectos judiciales (los que sí están presentes, corresponden a otra instancia) centrándose así la terapia en la reparación y en la prevención de "nuevos accidentes".

**2. Metáforas individuales de uso general.**

***2.1. Endulzar el mar:*** Representa las relaciones no recíprocas. En estas, un individuo puede entregar sus mejores recursos, esfuerzos y sentimientos en beneficio de una relación interpersonal en la cual resulta devaluado, criticado y sus intenciones mal interpretadas.

***2.2. Construir un museo:*** Representa la necesidad de conservar el recuerdo de situaciones traumáticas del pasado, pero habiéndose asumido e integrado, de modo que no sigan ejerciendo efectos nocivos. Para crear un museo se requiere distinguir las situaciones actuales de las pasadas. La creación de un museo metafórico, donde se deja todo aquello que ha de abandonarse una vez trabajado y que sólo se visitará excepcionalmente.

***2.3. Girar cheques sin fondo:*** Alude a las promesas repetidas, formalmente correctas, que habitualmente no se cumplen y que resulta ingenuo seguir aceptando; también puede incluir a las actitudes tramitadoras, en que el receptor, teniendo conciencia de lo doloso de éstas, sigue aceptándolas.

**3. Metáforas en terapia familiar sistémica: al subsistema conyugal.**

***3.1. Construir edificio sin fundamento:*** Proyecto familiar de uno de los cónyuges en el que emplea sus mejores energías, pero al no coincidir con el proyecto existencial del otro, resulta inviable.

***3.2. Anestesiar sin realizar cirugía:*** Señala la capacidad de uno de los miembros para minimizar la gravedad de los hechos, no realizando las correcciones indispensables; así, el acto resulta inútil y las situaciones persisten o se agravan.

***3.3. Aterrizar en la pista:*** Necesidad de estudiar el sitio y momento oportuno de proceder. Se aplica a miembros impulsivos que destruyen o se destruyen por actuar con imprudencia.

**4. Metáforas en terapia familiar sistémica: al subsistema parental y parento filial.**

***4.1. Remar hacia el mismo lado:*** Alude a la necesidad de alianza de los padres a fin de complementar los recursos personales para el logro de objetivos deseados.

***4.2. Permitir que el río corra:*** Para que el río corra, necesita límites en ambas riberas.

**5. Metáforas referidas a los estilos de socialización.**

***5.1. Reparar la gotera:*** La gotera representa un estilo insatisfactorio y persistente de relación y de corrección que consiste en la reiteración de órdenes, consejos y consignas que resultan odiosas y perturbadoras para el receptor, y que suelen, con frecuencia, intensificar el daño estructural, relacional o conductual que intentan corregir.

***5.2. Abandonar la silla de ruedas:*** Se refiere a la modificación del estilo de crianza renunciando a la sobreprotección, y en un sentido

 Todos los derechos reservados

distinto, estimulando el logro de la identidad a través de confiar y reconocer las capacidades de los hijos, fomentando la iniciativa, responsabilidad y autonomía en éstos.

***5.3. Conducir un auto sin freno:*** La imagen es la de un automóvil con mucho motor, pero sin frenos, con el objetivo de representar las conductas impulsivas y de riesgo de un hijo que carece de límites en sus acciones y requiere de un control externo, ejercido por los padres.

**6. Metáforas en situación de crisis**

***6.1. Ser el barómetro de la familia:*** Identifica al miembro más sensible a los cambios del clima familiar y que reacciona con oscilaciones del ánimo y del humor; sus reacciones pueden alertar a los otros miembros de la intensificación de conflictos no resueltos.

***6.2. Apagar el incendio es prioritario a conocer el origen:*** Se emplea en situaciones de urgencia o de riesgo vital, como son los intentos graves de suicidio, en que los padres están más preocupados por tener una explicación de lo ocurrido que en tomar medidas para corregir y prevenir que la situación se repita.

***6.3. Sobrevivir a un terremoto:*** Esta imagen refleja un acontecimiento que repercute en todos los miembros del sistema y puede producir daño irreversible en alguno/s de ellos o en la organización familiar.

**7. Metáforas acerca del poder**

***7.1. Esquivar al torero:*** El provocador intenta desestabilizar al provocado para tener el control de la situación. Representa las conductas manipulatorias y provocativas persistentes. El mensaje implícito es estar alerta para no entrar en el círculo de la provocación, ya que resulta nefasto hacerlo.

***7.2. Evitar peleas de elefantes:*** Se refiere a las inútiles y agotadoras luchas por el poder entre los padres o entre padres e hijos. En la lucha de elefantes, el macho más fuerte se queda con el rebaño, debiendo el más débil abandonarlo. En las familias con niños y adolescentes es necesario que los conflictos se resuelvan a través de la negociación y no por la expulsión.

***7.3. Actuar como príncipe autoritario:*** Representa el uso y abuso del poder usurpado. se refiere al hijo que invierte roles, hace demandas desmedidas y exige su cumplimiento inmediato, amenazando con abandonar la realización de tareas, autoagredirse, abandonar el hogar o destruir bienes. Hace referencia a lo impropio de tales conductas, ya que los reyes están vigentes y en ejercicio del poder.

**8. Metáforas acerca del desarrollo.**

***8.1. Proceder como agricultor:*** Representa el papel de los progenitores y educadores en el desarrollo personal de los hijos. Objetiva la necesidad de que aquéllos realicen bien su papel, el cual tiene que ver con preparar el terreno, elegir la semilla, sembrar, regar, desmalezar y esperar pacientemente el fruto, percibiendo y reconociendo los logros parciales que conlleva este proceso.

***8.2. Ser un árbol con raíces:*** Metáfora referida a la autonomía reflexiva y a la necesidad de los padres de

Todos los derechos reservados

reconocerla, facilitarla y respetarla, a través de limitar el exceso de control en hijos que están en adolescencia media, tardía o adultez.

EL CUENTO DE ANIMALES

Dentro de las herramientas de evaluación que el Dr. Almonte utilizaba y enseñaba a sus becados se encuentra la técnica de "creación de cuentos de animales".

Los niños por lo general están familiarizados con los cuentos y comprenden que éstos le hablan en el lenguaje de los símbolos y no en el de la realidad cotidiana. El cuento nos transmite una idea, desde su principio, a través del desarrollo de su argumento y hasta el final, de que lo que se nos dice no son hechos tangibles ni lugares ni personas reales. Los acontecimientos de las historias llegan a ser importantes a través del significado simbólico que se les atribuye o que se encuentra en ellos.

Solicitarle a un niño que escriba un cuento es un acto desafiante y motivador, la mayoría acepta la tarea y la realiza sin mayor dificultad. El contenido de éste, la extensión y la calidad del cuento dependerá de las capacidades individuales y recursos de cada niño, pero independiente de los aspectos más formales y de la creatividad en particular, estos cuentos entregan información valiosa para visualizar y entender el mundo y las vivencias personales de nuestros pacientes.

En la década de los 90, el Dr Almonte participó en 2 estudios donde se evaluó la técnica de creación de cuentos de animales, en muestras de niños y adolescente de distintos estratos socioeconómicos con y sin patología psiquiátrica. Estos estudios concluyeron que los animales son figuras de fácil identificación con las que los niños pueden manejar relaciones emocionales disfrazando de modo explícito, sentimientos negativos o inaceptables, facilitando así la proyección de sus conflictos.

Esta técnica proyectiva aborda el mundo interno de los niños y adolescentes de manera menos amenazante, es de fácil aplicación, económica, entretenida y motivante para la mayoría de los niños. El Dr. Almonte consideraba importante que sus becados aprendiéramos a desarrollarla ya que afirmaba que es una herramienta muy útil para el terapeuta, sobre todo, en lugares o situaciones, donde no es posible el fácil acceso a evaluaciones psicológicas más costosas y complejas.

Recordamos el asombro que sentimos las primeras veces al leer y analizar los cuentos de nuestros pacientes y ver reflejados en ellos sus conflictos de manera tan clara y completa.

Para realizarla se debe dar a los niños la siguiente **consigna**:
*"Ahora tienes que crear un cuento de animales, es decir que sus personajes sean animales y no humanos. Debe tener un título, un principio, un desarrollo y un final. Es importante que sea creativo e inventado, es decir, que no sea algo que hayas leído o visto en televisión".*

Los cuentos de animales se pueden evaluar desde el punto de vista de su estructuración, organización formal; temáticas; animal protagónico; clima emocional; visión familiar; contexto de la realidad; conflictos presentes y tipos de resolución; y relaciones interpersonales.

 Todos los derechos reservados

**Estructuración**: Una de las primeras observaciones es si el paciente sigue o no la consigna. Desde si se cumplen las partes del cuento, pasando por si agregan personajes humanos ("contaminación humana"), o se copia un cuento existente. Se pueden sospechar rasgos oposicionistas cuando intencionalmente no se siguen estas instrucciones.

**Organización formal**: El orden y estructura del lenguaje pueden verse alterados en los cuadros psicóticos, lo que se observa claramente en el cuento de animales, así como algunas características específicas (neologismos, cambios bruscos y poco comprensibles de tema, pérdida del curso lógico de la trama, entre otros). También nos permitirá identificar trastornos específicos de la lectoescritura o dificultades en la motricidad fina, por ejemplo.

**Temáticas**: Las temáticas elegidas por los jóvenes para sus cuentos son muy variadas, y orientan clínicamente al conflicto principal del consultante. Dificultades en la identidad, temores específicos o difusos, problemas en la relación con pares o con los padres, por ejemplo, pueden encontrarse como los más relevantes del cuento.

**Animal protagónico**: El Dr. Almonte destacaba la importancia de analizar la elección del animal protagónico, donde el niño o adolescente proyecta sus principales características. Un perro fiel y doméstico representará a adolescentes más sumisos, pero, por ejemplo, un cordero sería más extremo en esta cualidad. La elegancia de las jirafas, la superioridad del león, lo inexistente de los unicornios y el cerdo o la vaca como símbolos de una negativa imagen corporal eran algunas interpretaciones habituales, donde incluso se proyectan rasgos de personalidad que pueden ser desadaptativos.

**Clima emocional y contexto de la realidad**: El clima del cuento y el contexto de la realidad están reflejados tanto en las interacciones de los personajes como en el ambiente que los rodea. Es muy diferente un cuento que ocurre en una selva, un campo o si los animales están encerrados o en el zoológico, "la cárcel de los animales" según el Dr. Almonte. Sólo el circo simbolizaba un ambiente aún más deteriorado, pues lo consideraba similar a la esclavitud para los animales.

**Visión familiar**: Se espera que los niños y adolescentes tempranos ubiquen su cuento en un entorno familiar, pero al acercarse a la adultez, la evolución habitual es que se centren en la interacción entre pares. Entonces, cuando un adolescente mayor de 15-16 años plantea temáticas familiares, se puede hipotetizar que está dentro de sus preocupaciones y/o conflictos. Si describen una familia animal, se entiende que proyectarán las características internalizadas de su propia familia.

**Relaciones interpersonales, conflictos presentes y tipos de resolución**: Las características de los animales escogidos y cómo se relacionan durante el cuento, nos permiten visualizar qué tipo de conflicto principal es el que nos presenta quien consulta. Dinámicas competitivas entre hermanos ("el perro y el gato") son temas habituales en la adolescencia inicial, por ejemplo. Los conflictos posibles son muy variados, tanto intra como interpersonales, siendo posible sospechar incluso temáticas relacionadas con traumas o violencia intrafamiliar que se han ocultado intencionalmente del relato explícito. El

Todos los derechos reservados

cómo se resuelve el conflicto principal del cuento será muy ilustrativo: separación, huida, reconciliación o rebelión son algunas de las posibles opciones. Una característica destacable del cuento de animales es que los adolescentes con ideación suicida habitualmente incorporan la muerte como la resolución final, lo que permite identificar estas ideas, así como abrir el diálogo al respecto.

Una etapa fundamental del cuento es la **devolución de la interpretación** al adolescente. El Dr. Almonte nos invitaba a explicarle nuestras hipótesis en un clima de respeto, lo que incluía la opción de que no estuviera de acuerdo con lo que se le planteaba. Algunos temas aparecen incluso cuando el paciente aún no está listo para hablar de ellos, por lo que puede requerirse un proceso para acceder abiertamente a dichos contenidos. El tener esta guía facilita enormemente el proceso diagnóstico y puede orientar el tratamiento. Incluso es una herramienta útil en el seguimiento del caso, pudiendo pedirse cuentos en momentos de crisis, para ver reflejada la mejoría sintomática o previo al alta.

## PALABRAS FINALES

Si preguntamos a cada uno de los residentes de psiquiatría infanto juvenil y psicología, que se formaron bajo el alero del Dr. Carlos Almonte, cuál fue su legado más significativo a la clínica, seguramente tendríamos una cantidad suficiente de estrategias de evaluación y técnicas terapéuticas para escribir un tratado de la especialidad.

Aún más, es posible que el legado más significativo del Dr. Almonte no sea reproducible ni traspasable por ningún medio. De alguna manera, el contacto cotidiano con este maestro nos transformó, y sus enseñanzas se integraron a modo de un parámetro para evaluar nuestro trabajo. A menudo nos encontramos pensando cómo él evaluaría o resolvería determinadas situaciones clínicas complejas a las que nos enfrentamos, considerando no sólo los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales, sino también variables éticas y espirituales.

El Dr. Almonte dedicó más de 50 años de su vida a la docencia, señalando que lo que más amaba de esta era el contacto con la juventud. Ciertamente para él era una gran misión transmitir sus enseñanzas, abriendo los ojos y las mentes de sus jóvenes aprendices o discípulos, a nuevos conocimientos y nuevas maneras de ver y enfrentar el mundo y las dolencias de los niños, adolescentes y sus familias. Esta misión la cumplió con una entrega total, con enorme generosidad y un gran sacrificio, hasta los últimos años de su vida.

Este artículo no pretende ser comprensivo ni abarcar la totalidad de las estrategias y técnicas a modo de "memorias": aquello sería soberbio, inabarcable e imposible; sólo busca ser un pequeño homenaje, un gesto humilde de cariño y gratitud hacia aquel mentor que nos permitió, no sólo adquirir conocimientos, sino también desarrollar habilidades invaluables para nuestro quehacer profesional y personal.

Citando sus palabras: "El vínculo sano es un compromiso, es una relación comprometida, en el vínculo yo acepto cómo es el otro y el otro me acepta como soy, el vínculo es lo que más perdura, la muerte de un ser querido hace que se pierda el contacto físico, pero el

 Todos los derechos reservados

vínculo se mantiene en el recuerdo ya que se internaliza, y ese recuerdo me puede servir, mi imagen de esa persona no está perdida, inclusive puede llegar a servirme aún más, ya que con el tiempo uno logra entender mucho mejor las cosas".

Somos muchas generaciones de profesionales de la salud mental, sus discípulos, quienes internalizamos su vínculo y no dudamos en que nos seguirá acompañando el resto de nuestras vidas, así como seguirán resonando en nuestras mentes, sus valiosas enseñanzas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Almonte Carlos. Embudos Mágicos. De metáforas y terapias: la estrategia metafórica. Santiago: RIL editores, SOPNIA. 1era Ed, 2010)
2. Zegers P., B., Latuf M, V., Slimming A., C., & Almonte V., C. (1996). La Creación de Cuentos de Animales como una Técnica de Apoyo a la Exploración de la Personalidad Juvenil. *Psykhe*, *5*(2). https://doi.org/10.7764/psykhe.v5i2.19497.

Todos los derechos reservados

# Consenso internacional sobre medidas de resultado de tratamientos de depresión y ansiedad en población infanto-juvenil: recomendaciones para su aplicación en Chile.

*International consensus on outcome measures for the treatment of depression and anxiety in children and adolescents: recommendations for their application in Chile.*

***Vania Martínez[1], Karolin R. Krause[2], Rosario Valdebenito[3].***

**Resumen.** El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés) se especializa en el desarrollo de conjuntos de medidas de resultado de tratamientos para condiciones de salud con el objetivo de mejorar la práctica clínica. ICHOM desarrolló una propuesta de medidas de resultado para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático, en población infanto-juvenil de entre 6 y 24 años que fue publicada el 2021. Un grupo de trabajo internacional de 27 personas expertas en clínica, en investigación y por experiencia vivida, alcanzó el consenso a través del método Delphi adaptado con votación anónima iterativa, apoyada por insumos de investigación. Se propone evaluar síntomas, pensamientos y conductas suicidas y funcionalidad a través de siete medidas de resultado informadas primariamente por el o la paciente. Las recomendaciones fueron validadas a través de una encuesta que involucró a 487 participantes en 45 países. Este artículo presenta sugerencias para su aplicación en Chile.
***Palabras claves:*** Depresión, ansiedad, infanto-juvenil, medidas de resultado, consenso internacional.

**Abstract:** The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) specializes in developing sets of outcome measures for health conditions with the goal of improving

1. Doctora en Psicoterapia. Médico Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (Cemera). Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ANID, Programa Iniciativa Científica Milenio, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay) e Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.
2. PhD in Psychology. BA in Sociology and History. Evidence Based Practice Unit, Faculty of Brain Sciences, University College London, Londres, Reino Unido. Anna Freud National Centre for Children and Families, Londres, Reino Unido. Cundill Centre for Child and Youth Depression, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canadá.
3. Licenciada en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay), Santiago, Chile.
Correspondencia: Vania Martínez, Profesor Alberto Zañartu 1030, Independencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: vmartinezn@uchile.cl

 Todos los derechos reservados

clinical practice. ICHOM developed a proposal for outcome measures for depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder in children and young people aged 6 to 24 years that was published in 2021. An international working group of 27 clinical, research, and lived experience experts, reached consensus through the adapted Delphi method, and iterative anonymous voting, supported by research inputs. It is proposed to assess symptoms, suicidal thoughts, and behavior, and functioning through seven primarily patient-reported outcome measures. The recommendations were validated through a survey involving 487 participants across 45 countries. This article presents suggestions for their application in Chile.

***Keywords:*** depression, anxiety, child and youth, outcome measures, international consensus.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental afectan a entre el 10% y el 20% de la población infanto-juvenil en el mundo[1]. Encuestas nacionales de Estados Unidos han encontrado que el 3% de niños, niñas y adolescentes tienen diagnóstico de ansiedad y, entre el 2,1% y 8,1%, tienen depresión[2]. Por otro lado, el 75% de los adultos con trastornos de salud mental reportan el inicio de sus cuadros antes de los 24 años, y el 50% antes de los 14 años[3].

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile es alta entre niños, niñas y adolescentes. En un estudio epidemiológico, la tasa de prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno psiquiátrico fue del 22,5%, de trastornos de ansiedad 8,3% y de depresión 5,1%[4].

Un elemento esencial del fortalecimiento de los servicios de atención de estas prevalentes patologías, es el monitoreo sistemático del progreso de la atención del o de la paciente. Una barrera importante para mejorar la efectividad de la atención en salud mental, es la ausencia o déficit de medición de resultados y la falta de consenso sobre el tipo de medición más adecuado sobre los resultados de los tratamientos[5].

El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (en inglés: International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM; www.ichom.org) es una organización sin fines de lucro que se especializa en el desarrollo de conjuntos estandarizados de medidas de resultado de tratamientos para diversas condiciones de salud, con el objetivo de mejorar la práctica clínica.

ICHOM desarrolló una propuesta para la evaluación de resultados de tratamiento de ansiedad y depresión a partir de los 14 años[6] que incluye las siguientes medidas: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)[7], Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)[8], y la WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)[9]. En adolescentes en Chile, han demostrado tener buenas propiedades psicométricas tanto PHQ-9[10] como GAD-7[11], mientras que el instrumento WHODAS 2.0 ha sido utilizado en Chile en población juvenil con discapacidad física[12].

Posteriormente, ICHOM elaboró un consenso internacional con una propuesta de medidas de evaluación de resultados de tratamientos para depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno por estrés postraumático (TEPT), en población infanto-juvenil entre 6 y 24 años. Este consenso fue publicado en la prestigiosa revista The Lancet Psychiatry el año 2021[13]. El propósito de este

Todos los derechos reservados

artículo es presentar en forma resumida la metodología y recomendaciones de este consenso internacional, y realizar sugerencias para su aplicación en Chile. Se espera lograr mayor difusión y contextualización de medidas recomendadas para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT, en población infanto-juvenil en Chile.

## METODOLOGÍA DEL CONSENSO INTERNACIONAL[13]

Entre octubre del 2018 y diciembre de 2019, se desarrolló el consenso por un grupo de trabajo internacional de 27 personas expertas en clínica, en investigación y por experiencia vivida, provenientes de 13 países, en el que estuvo incluido Chile. La mayor parte de estos países presentan un índice de desarrollo humano (IDH) muy alto. La excepción fueron Brasil, India y Nigeria, con IDH alto, medio y bajo, respectivamente[14]. Se alcanzó el consenso a través del método Delphi adaptado (una técnica de grupo que busca lograr un acuerdo o predicción sobre algún tema en específico), en el que hubo votación anónima iterativa que fue apoyada por insumos de investigación.

Las medidas de resultado son para uso de todas aquellas personas que proveen atención en salud mental a población infanto-juvenil, independiente del entorno clínico de intervención y de la aproximación teórica.

El grupo de trabajo buscó combinar medidas de resultado de autorreporte, de información administrada por padres y madres (o persona cuidadora principal), y pesquisada o registrada por profesionales de salud, para considerar las diferentes perspectivas. Se decidió privilegiar el autorreporte de niños, niñas y jóvenes, así, las medidas informadas por padres y madres (o persona cuidadora principal), son complementarias y también sirven como sustituto cuando niños, niñas y jóvenes no pueden completar las evaluaciones debido a limitaciones de desarrollo o de otro tipo.

Los criterios de valoración incluidos para escoger los instrumentos fueron los siguientes: relevancia (cobertura integral del dominio de resultados seleccionado), factibilidad y aceptabilidad (finalización en menos de 20 minutos, disponibilidad gratuita para su uso en entornos clínicos, validación en niños y jóvenes, y traducción al menos a un segundo idioma), y desempeño psicométrico (confiabilidad entre evaluadores o reevaluación de confiabilidad por encima de 0,70, consistencia interna por encima de 0,70, y evidencia de sensibilidad al cambio).

Las recomendaciones fueron validadas a través de una encuesta que involucró a 463 profesionales, investigadores(as) y creadores(as) de políticas públicas de 45 países, así como 24 jóvenes y padres y madres de Dinamarca, Estados Unidos y Reino Unido.

## FACTORES ASOCIADOS A EVALUAR[13]

La tabla 1 muestra los factores asociados que son relevantes a considerar para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil.

Se propone registrar factores demográficos, clínicos y de complejidad, y variables de intervención. Estos factores debieran ser identificados en la evaluación basal.

 Todos los derechos reservados

Para el nivel educacional de padres y madres (o persona cuidadora principal) se propone usar International Standard Classification of Education (ISCED)[15] (disponible en: https://isced.uis.unesco.org/visualizations/).

Para diagnósticos y comorbilidades, historia de trauma, dificultades en educación o trabajo, se propone usar Current View Tool[16] (disponible en inglés en: https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/current-view/).

**Tabla 1.** Factores a considerar para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil[a]

| | **Descripción** | **Quién reporta** |
|---|---|---|
| ***Factores demográficos*** | | |
| Edad | Año de nacimiento | NNAJ o padre/madre |
| Sexo | Sexo asignado al nacer | NNAJ o padre/madre |
| Identidad de género | "¿Piensas en ti como…?" | NNAJ |
| Educación de padre/madre | Nivel de educación más alto completado por alguno de los padres/madres o persona cuidadora principal usando estándares ISCED | NNAJ o padre/madre |
| Etnia | "¿Te consideras parte de alguna minoría étnica?" | NNAJ o padre/madre |
| Pertenencia a grupo marginado o socialmente excluido | "¿Te consideras miembro de algún grupo marginado o socialmente excluido?" | NNAJ o padre/madre |
| Con quién vive | "¿Cuáles de las siguientes personas viven contigo [con su hijo(a)] en tu [su] casa?" | NNAJ o padre/madre |
| Factores clínicos | | |
| Diagnósticos y comorbilidades | Sección correspondiente de Current View Tool | Profesional de salud |
| Duración de los síntomas | "¿Durante cuántos meses [su hijo(a)] has [ha] estado experimentando síntomas de [condición específica]?" | NNAJ o padre/madre |
| Antecedentes de uso de servicios | "Durante el último año, ¿recibiste [recibió su hijo(a)] alguno de los siguientes tratamientos para [condición específica]? Completa [complete] por separado para (a) medicamentos, (b) psicoterapia y (c) otros". | NNAJ o padre/madre |
| ***Factores de complejidad*** | | |
| Historia de trauma | Sección correspondiente de Current View Tool | Profesional de salud |
| Salud mental parental | "Es útil saber si hay antecedentes familiares de problemas de salud mental. ¿Usted o alguien más en la familia, ha experimentado o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones: ansiedad, depresión, trastorno por uso de sustancias (por ejemplo, alcohol o drogas), esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno somatomorfo (es decir, síntomas físicos inexplicables) u otros?" | Padre/madre |
| Antecedentes parentales de uso de servicios | "¿Alguna vez buscó ayuda para su salud mental?" | Padre/madre |
| Dificultades en educación o trabajo | Sección correspondiente de Current View Tool | Profesional de salud |
| ***Variables de intervención*** | | |
| Foco de intervención (1) | "¿Quién participa activamente en la intervención? (seleccione todas las que correspondan)" | Profesional de salud |

Todos los derechos reservados

**Tabla 1.** (continuación)

| | Descripción | Quién reporta |
|---|---|---|
| ***Factores demográficos*** | | |
| Foco de intervención (2) | "¿La intervención es individual, familiar o grupal (NNAJ o familias)?" | Profesional de salud |
| Enfoque de intervención | "¿Cuál es el enfoque del tratamiento? (seleccione todas las que correspondan)" | Profesional de salud |
| Medicación prescrita | "¿Qué tipo de medicación se prescribe? (seleccione todas las que correspondan)" | Profesional de salud |
| Entorno clínico de intervención (1) | "¿Esta intervención implica pasar la noche en una institución que brinda apoyo de salud mental? " | Profesional de salud |
| Entorno clínico de intervención (1) | "¿Esta intervención implica el uso de una plataforma digital?" | Profesional de salud |

ISCED=International Standard Classification of Education. NNAJ=niño, niña, adolescente o joven.
[a]Esta tabla fue adaptada del artículo Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. Lancet Psychiatry. 2021; 8:76-86 con la autorización de Elsevier.

## MEDIDAS DE RESULTADO[13]

Se propone evaluar síntomas, incluyendo pensamientos y conductas suicidas, y funcionalidad a través de siete medidas de resultado(s) informadas primariamente por el o la paciente (tabla 2).

Algunas características de estas medidas están en la tabla 3.

Se propone que estas medidas sean evaluadas en el diagnóstico basal, cada tres meses durante la intervención, al final de la intervención o en la transición hacia otro entorno clínico (por ejemplo, referencia a servicio de adultos) y seguimiento a un año desde finalizada la intervención o referencia a otro entorno clínico.

Para mayor detalle del consenso internacional y apoyo al sistema de implementación de las medidas de resultado se recomienda visitar la página web https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/depression-and-anxiety-for-children-and-young-people/

## CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud el año 2016 publicó una revisión sistemática de la evidencia con respecto a la efectividad de la consultoría de salud mental en la atención primaria de salud[33]. Una de las conclusiones de ese trabajo es que falta investigación que evalúe la efectividad de las intervenciones en salud mental en la población infanto-juvenil[33]. Además, en un mapeo del estado de la investigación en salud mental de adolescentes y jóvenes en Chile, publicado el año 2022, se reconoce que sigue siendo una necesidad el ampliar los estudios enfocados en la evaluación de los resultados de las intervenciones y tratamientos[34].

Por otra parte, en una revisión de las investigaciones en salud mental infanto-juvenil en Chile durante la pandemia de COVID-19 se plantea como un déficit el que los estudios usen una diversidad de instrumentos para evaluar un mismo problema de salud mental, ya que dificulta la comparación y el meta-análisis de resultados[35].

 Todos los derechos reservados

**Tabla 2.** Medidas de resultados recomendadas para la evaluación de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil y su estado en Chile.

| | |
|---|---|
| **A. Síntomas** | 1. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS-25)[17,18]. La versión de 30 ítems fue adaptada para su uso en Chile para niños y adolescentes[19].<br>2. Obsessive Compulsive Inventory for Children (OCI-CV)[20]. La versión para niños y adolescentes está validada en Chile[21].<br>3. Children's Revised Impact of Events Scale for youth (CRIES-8)[22] y Children's Revised Impact of Events Scale for parents (CRIES-13)[22]. Disponible CRIES-8 en español en https://www.childrenandwar.org/measures No se encontraron validaciones en Chile. |
| **B. Pensamientos y conducta suicidas** | 4. Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)[23]. Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas en adolescentes en Chile[24]. |
| **C. Funcionalidad** | 5. KIDSCREEN-10 index[25]. En Chile fue validada la versión de 52 ítems[26] y ha sido utilizada la versión de 10 ítems[27].<br>6. Children's Global Assessment Scale (CGAS)[28]. Está disponible en español[29]. No se encontraron publicaciones de su uso en Chile.<br>7. Child Anxiety Life Interference Scale for children (CALIS-C)[30] y Child Anxiety Life Interference Scale for parents (CALIS-P)[30]. Está validada la versión en español para niños[31] y para padres[32]. No se encontraron publicaciones de su uso en Chile. |

**Tabla 3.** Características de medidas recomendadas para la evaluación de resultados de tratamientos de ansiedad, depresión, TOC y TEPT en población infanto-juvenil[a]

| Resultado a evaluar | Medida | Nº de ítems | Tiempo | Informante |
|---|---|---|---|---|
| Ansiedad y depresión | RCADS-25 | 25 | < 10 min | NNAJ o padre/madre |
| TOC* | OCI-CV | 21 | < 10 min | NNAJ |
| TEPT** | CRIES-8<br>CRIES-13 | 8<br>13 | < 5 min<br>< 5 min | NNAJ<br>Padre/madre |
| Pensamientos y conductas suicidas*** | C-SSRS | 3 ó 6 | < 5 min | NNAJ |
| Calidad de vida relacionada a la salud | KIDSCREEN-10 index | 11 | < 5 min | NNAJ o padre/madre |
| Funcionamiento global | CGAS | 1 | < 5 min | Profesional de salud |
| Impacto de la ansiedad en la vida diaria**** | CALIS-C<br>CALIS-P | 9<br>9 | < 5 min | NNAJ<br>Padre/madre |

CALIS-C=Child Anxiety Life Interference Scale for children. CALIS-P=Child Anxiety Life Interference Scale for parents. CGAS=Children's Global Assessment Scale. CRIES-8=Children's Revised Impact of Events Scale for youth. CRIES-13=Children's Revised Impact of Events Scale for parents. C-SSRS=Columbia Suicide Severity Rating Scale. KIDSCREEN-10 index=Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People. NNAJ=niño, niña, adolescente o joven. OCI-CV=Obsessive Compulsive Inventory for Children. RCADS-25=Revised Children's Anxiety and Depression Scale. TOC=Trastorno Obsesivo Compulsivo. TEPT=Trastorno por Estrés Postraumático. [a]Esta tabla fue adaptada del artículo Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. Lancet Psychiatry. 2021; 8:76-86 con la autorización de Elsevier. *Sólo para NNAJ con TOC. **Sólo para NNAJ con TEPT. ***A partir de los 10 años. ****Sólo para NNAJ con ansiedad.

Todos los derechos reservados

Por lo tanto, es fundamental que existan medidas de consenso que permitan la comparación tanto a nivel nacional como internacional[5]. Es así que se propone utilizar las recomendaciones del consenso internacional de medidas de evaluación de resultados de tratamientos para depresión, ansiedad, TOC y TPET en niños, niñas y jóvenes entre 6 y 24 años[13] de ICHOM y publicadas en The Lancet Psychiatry el año 2021. Gran parte de las medidas recomendadas ya están disponibles en español e incluso cuentan con validación o aplicación en población infanto-juvenil en Chile.

A futuro se puede avanzar en adaptar y validar las medidas que aún no cuentan con una versión para Chile. Además, se propone evaluar la factibilidad y aporte del uso de este consenso en distintos entornos clínicos y al diseño y evaluación de políticas públicas en salud mental infanto-juvenil en Chile.

AGRADECIMIENTOS

Queremos extender nuestros agradecimientos al Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (en inglés International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM), y al grupo de autores(as) que publicó el artículo "International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder" durante el año 2021 en la revista The Lancet Psychiatry.

Agradecemos a Luz Sousa Fialho, Director of Outcomes Research de ICHOM por la revisión del borrador del manuscrito y sus aportes a éste.

También agradecemos a ANID – Programa Iniciativa Científica Milenio – NCS2021_081 que financia al Núcleo Milenio Imhay.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet. 2011; 378(9801):1515-1525.
2. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Groerer JC., et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental health surveillance among children-United States, 2005-2011. MMWR Suppl. 2013; 62(2):1-35.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication [published correction appears in Arch Gen Psychiatry. 2005;62(7):768]. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.
4. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. J Child Psychol Psychiatry 2012; 53(10):1026-35.
5. Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, Lambert MJ. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. Psychother Res. 2015; 25:6-19.
6. Obbarius A, van Maasakkers L, Baer L, Clark DM, Crocker AG, de Beuers E, et al. Standardization of

 Todos los derechos reservados

health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. Qual Life Res. 2017; 26:3211–25.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. JAMA. 1999; 282: 1737–44.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006; 166: 1092–97.
9. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010; 88: 815–23.
10. Borghero F, Martínez V, Zitko P, Vöhringer PA, Cavada G, Rojas G. Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. Rev Méd Chil. 2018; 146: 479-486.
11. Crockett MA, Martínez V, Ordóñez-Carrasco JL. Propiedades psicométricas de la escala Generalized Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) en una muestra comunitaria de adolescentes en Chile. Rev Med Chil. 2022 Apr;150(4):458-464.
12. Navarrete-Opazo AA. Análisis de discapacidad utilizando WHO-DAS 2.0 versión de 12 preguntas a pacientes de Instituto Teletón Santiago dos años después de su alta institucional. Rehabil. integral. 2018; 13(1):22-31.
13. Krause K, Chung S, Adewuya A O, Albano A M, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder. Lancet Psychiatry. 2021; 8:76-86.
14. Human Development Report 2021/2022. United Nations Development Programme, 2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf
15. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International Standard Classification of Education: ISCED 2011. 2012. https://isced.uis.unesco.org/visualizations/
16. Jones M, Hopkins K, Kyrke-Smith R, Davies R, Vostanis P, Wolpert M. Current view tool: completion guide. London, UK: CAMHS Press, 2013.
17. Ebesutani C, Reise SP, Chorpita BF, Ale C, Regan J, Young J, et al. The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. Psychol Assess 2012; 24:833-45.
18. Ebesutani, C., Korathu-Larson, P., Nakamura, B. J., Higa-McMillan, C., & Chorpita, B. (2017). The revised child anxiety and depression scale 25–parent version: scale development and validation in a school-based and clinical sample. Assessment, 24(6), 712-728.
19. Martínez-González AE, Veas A, Piqueras JA. 30-item version of the revised child anxiety and depression scale in Chilean adolescents: psychometric properties. Curr Psychol 2020: 18 July 1-11.

Todos los derechos reservados

20. Foa EB, Coles M, Huppert JD, Pasupuleti RV, Franklin ME, March J. Development and validation of a child version of the obsessive compulsive inventory. Behav Ther 2010; 41: 121–32.
21. Martínez-González AE, Rodríguez-Jiménez T, Piqueras JA, Vera-Villarroel P, Godoy A. Psychometric properties of the obsessive-compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in Chilean children and adolescents. PLoS One 2015; 10: e0136842.
22. Yule W. Anxiety, depression and post-traumatic stress in childhood. In: Sclare I, ed. Child Psychology Portfolio. Windsor, England: NFER-Nelson, 1997.
23. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011; 168: 1266–77.
24. Núñez D, Arias V, Méndez-Bustos P, Fresno A. Is a brief self-report version of the Columbia severity scale useful for screening suicidal ideation in Chilean adolescents? Compr Psychiatry. 2019; 88: 39-48.
25. Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. Qual Life Res 2014; 23: 791–803.
26. Sepúlveda R, Molina T, Molina R, Martínez V, González E, George M, et al. Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. Rev Med Chile 2013; 141: 1283-92.
27. Martínez V, Rojas G, Martínez P, Gaete J, Zitko P, Vöhringer PA, et al. Computer- Assisted Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Adolescents with Depression in Primary Health Care Centers in Santiago, Chile: A Randomized Controlled Trial. Front Psychiatry. 2019; 10:552.
28. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fischer P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 1228–31.
29. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil. 1999; 1: 18-26.
30. Lyneham HJ, Sburlati ES, Abbott MJ, Rapee RM, Hudson JL, Tolin DF, et al. Psychometric properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS). J Anxiety Disord 2013; 27: 711–19.
31. Orgilés M, Fernández-Martínez I, Morales A, Melero S, Espada JP. Spanish Validation of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS-C): psychometric properties, factorial structure and factorial invariance across gender. Child Psychiatry Hum Dev 2019; 50: 756–63.
32. Orgilés M, Melero S, Fernández-Martínez I, Espada JP, Morales A. The child anxiety life interference scale for parents (CALIS-P): psychometric properties of the Spanish version. Curr Psychol 2020; 1-9.
33. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Efectividad de la consultoría de salud

 Todos los derechos reservados

mental en la Atención Primaria de la Salud en el contexto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental: "Una revisión sistemática y meta-análisis". Gobierno de Chile. 2016. https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/2325

34. Martínez V, Crockett MA, Chandra A, Suwasrawala SS, Ramaprasad A, Núñez A, Gómez-Rojas M. State of Mental Health Research of Adolescents and Youth in Chile: An Ontological Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(16):9889.
35. Lillo-Cabrera I, Bayo-Burgos A, Cánepa J, Meneses R, Crockett MA, Martínez V. Investigaciones en salud mental infanto-juvenil en Chile durante la pandemia de COVID-19: una revisión de alcance. Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc. 2022; 33(2): 10-22.

Todos los derechos reservados

# Postulación Dr. Fernando Pinto Laso al Premio "Dr. Ricardo Olea Guldemont" 2023.

*Dr. Fernando Pinto Laso application for the "Dr. Ricardo Olea Guldemont" Prize 2023.*

***Dra. Mónica Troncoso Sch[1], Dra. Ledia Troncoso A[2], y todo el equipo multidisciplinario del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán.***

Todo el equipo del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán, compañeros de trabajo, alumnos, becados y postbecados, podemos dar fe de que el Dr. Pinto es un claro merecedor del premio "Dr. Ricardo Olea Guldemont", por toda su impecable trayectoria profesional y el gran aporte que ha hecho al desarrollo de la Neurología pediátrica y a la Sociedad de nuestro país.

El Dr. Pinto recibió el título de Licenciado en Medicina el año 1972 en la Universidad de Chile, dos años más tarde se recibiría de Médico Cirujano (1974) en la misma Universidad. Una vez recibido de Médico Cirujano realizó una especialización en Pediatría en la Universidad Católica, y posteriormente Neurología Infantil en el Hospital Clínico San Borja Arriarán campus centro de la Universidad de Chile, reconocido como especialista por el CONACEM en 1995.

Ha recibido innumerables premios durante su trayectoria profesional, entre ellos destacan:

*Dr. Fernando Pinto, recibiendo la certificación que lo acredita como Profesor Titular de la Universidad de Chile.*

- Por ser el impulsor del proyecto de postnatal de 6 meses, que ha causado impacto en el apego y lactancia natural, la Sociedad Chilena de Pediatría 2018

1. Neurologa infantil. Jefa de Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital clínico San Borja Arriarán.
2. Neurologa infantil.
Correspondencia a Dra. Mónica Troncoso: monicatroncososch@gmail.com
Texto realizado en mayo 2023.

 Todos los derechos reservados

lo honró con el Premio "Dr. Fernando Monckeberg", por el impacto que está produciendo en la salud nacional.
- La Sociedad de Pediatría, en el año 2016, nuevamente lo reconoce otorgándole el premio "Dr. Julio Schwarzenberg".

En primer lugar debemos destacar que hasta el día de hoy, tanto en la práctica hospitalaria como privada, sus pacientes son fieles seguidores, lo que manifiestan abiertamente. Además, como compañeros de trabajo fuimos siempre testigos de esta excelente relación médico paciente, por su trato cercano, amable, cariñoso, siempre positivo y esperanzador para con los niños y sus familias, además de su certeza diagnóstica y terapéutica. Lo apoya la obtención del premio Dr. Julio Schwarzenberg por parte de la Sociedad Chilena de Pediatría que apunta, en uno de sus requisitos, a la relación médico paciente de excelencia.

Siempre con el interés de entregar la mejor medicina realizó otras subespecializaciones:

- Neurosonología y Medicina perinatal, en USA Alabama, Atlanta y Utah en los hospitales universitarios.
- Doppler y Medicina perinatal, en París, Francia, Clinique de la Boudeloque mixta: privada y universitaria con Dra. Michelle Uzan.
- Intervencionismo, en Zagreb, Yugoslavia, en hospital estatal con Dr. A. Kuriak.
- Ecografía intraoperatoria, en Finlandia, Helsinki, hospital privado con Dr. Yupila.

Por otro lado, su nivel científico le permitió ser invitado a innumerables actividades tanto como conferencista y en publicaciones.

El Dr. Pinto, desde los inicios de su actividad médica profesional ha trabajado en hospitales públicos, así como también en el área privada.

La mayor parte de su actividad laboral la realizó en el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Clínico San Borja Arriarán, bajo la Jefatura del Dr. Fernando Novoa, siendo sus pares en aquella época la Dra. Ledia Troncoso, María de los Ángeles Avaria, Mónica Troncoso e Isabel López, entre muchos otros, conformando un equipo humano serio, comprometido con los pacientes y siendo un motor en el desarrollo de este servicio.

Con su incansable deseo de mejorar la atención de los pacientes, consiguió donaciones de privados para la habilitación y modernización del Servicio de Neuropsiquiatría Infantil: camas pediátricas, electroencefalograma, monitoreo EEG, Ecógrafo Portátil, máquina para potenciales evocados visuales, auditivos y somatosensoriales, EMG y velocidad de conducción. Además de la construcción de un segundo piso en dicho lugar.

Sumado a la trayectoria que tenía el Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, en su concepto de compromiso de equipo multidisciplinario clínico-docente, con un permanente contacto con sus pacientes y sus profesionales a cargo, el Dr. Pinto contribuyó con una gran motivación a ser posible que fuera reconocido como Centro de Referencia nacional para patologías neurológicas de alta complejidad el año 2000 por el MINSAL y FONASA.

En el año 1983 introdujo en el país la ultrasonografía de cráneo y médula en recién nacidos y lactantes en el HCS-

Todos los derechos reservados

BA, así como también Ultrasonografía Intraoperatoria en Clínica Las Condes y San Borja Arriarán.

Fundador y presidente (1996-2004) de la "Fundación Proceder" (Protejamos el cerebro del niño), la que hasta el día de hoy tiene como objetivo el apoyo económico a pacientes y familiares que asisten al Servicio de Neuropsiquiatría Infantil, tanto para estudios diagnósticos, terapéuticos y estadía, así como también la divulgación científica de nuestra especialidad.

Es uno de los creadores del "Programa de Apoyo Psicológico y Pedagógico al Niño Hospitalizado Hospital Clínico San Borja Arriaran" en 1981, programa pionero a nivel nacional y que funciona hasta la actualidad, formado por psicólogos, psicopedagogos, profesores de educación diferencial, artistas plásticos, educadoras de párvulos y técnicos en párvulos, quienes con su trabajo permanente hacen más amable la hospitalización de los niños y sus padres, mejorando la salud mental de éstos, permitiéndoles además no atrasarse en sus actividades escolares.

**Actividad Docente**

Actualmente el Dr. Pinto es Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, merecido grado académico. Participó en la formación de alrededor de 50 Neurólogos infantiles y Neonatólogos nacionales y más de veinte extranjeros latinoamericanos. Además de su participación en la formación y supervisión de becarios de pediatría, neurología adulto, neurocirugía, psiquiatría infantil tanto como docente y como tutor directo. Formó también a los actuales Médicos Neurólogos neonatólogos en ecografía de cráneo y médula. Fue Director del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil de la Facultad de Medicina Campus Centro de la Universidad de Chile, integrante de las comisiones de exámenes de Pregrado y Postgrado de Pediatría y Neurología Infantil. Participó activamente en la creación y base curricular de la beca de Neurología Pediátrica de la Universidad de Chile, no existente hasta ese entonces en nuestro país.

Pero también realizó actividad docente en otros contextos:

***Conferencista:***
Cursos de postgrado nacionales: 100
Cursos de extensión nacionales: 111
Cursos de postgrado internacionales (Usa, Europa y Latinoamérica, en calidad de Profesor invitado): 38

***Publicaciones nacionales:***
Libros: 1
Capítulos de libro: 28
Revistas: 29

***Publicaciones internacionales:***
Capítulos de libro: 11
Revistas: 9

Dentro de sus últimas publicaciones destacan:

- "Examen y Diagnóstico Neurológico", en el texto "Neurología Pediátrica" de la Editorial Mediterráneo, 2012.
- "Maltrato Infantil y Neurodesarrollo", en el texto "Violencia y Maltrato", editado por el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, de Cuenca, Ecuador, 2012.
- Capítulo del "Síndrome de Déficit Atencional", en el libro "Pediatría Ambulatoria" del Dr. Arnoldo Quezada, 2016.

 Todos los derechos reservados

En el año 2018, publica nuevo capítulo del "Síndrome de Déficit Atencional", en el texto de "Pediatría Ambulatoria", Editorial Mediterráneo.

Su aporte científico también se vio plasmado en otras actividades tales como:

- Presidencia de Congresos Nacionales: 4.
- Presidencia de Congresos Internacionales: 1.

***Sociedades Científicas:***

- Secretario y Director de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia: 1984-1992.
- Vicepresidente y Presidente de la Sociedad Chilena de Pediatría: 1999-2003.
- Presidente de la Filial de Aysén desde el 2006 hasta el 2013.
- Secretario SLANI (Sociedad Latinoamericana de Neurología Infantil): 1996-2000.
- Socio Fundador, Secretario y Director de FESLANI (Federación de Sociedades Latinoamericanas de Neurología Infantil): 2000-2004.
- Socio Fundador y Vicepresidente de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología: 1986 -1990
- Director de ASOCIMED (Asociación Nacional de Sociedades Científicas): 2001-2003.

***Socio de otras Sociedades Científicas:***

- American Academy of Pediatrics
- American Academy of Neurology
- New York Academy of Sciencies
- American Academy of Ultrasound in Medicine
- American Academy of Medical Sonographers
- Socio Honorario de la Sociedad Ecuatoriana de Pediatria 1981.

***Actividades de Extensión Extra-Universitarias:***

- Artículos en diarios y revistas: 87
- Invitación como panelista en TV: 13
- Conferencias de prensa como Presidente de la Sociedad Chilena De Pediatría: 6
- Participación en programas radiales: 18.

ACTUALMENTE

Hasta el día de hoy el Dr. Pinto permanece activo no sólo en lo laboral asistencial, siendo Neurólogo Infantil que se desempeña en el Hospital de Coyhaique, tanto presencial como Telemedicina con las ciudades más rurales de la región, sino también resalta el desarrollo que ha impulsado en la lejana ciudad:

- Reciben Internos de la Universidad de la Frontera y de la Universidad de Los Andes.
- Gestiona lazos con la Universidad de Washington (Seattle USA): la primera semana de septiembre del 2011, 2012 y 2013, recibió la visita de 21 estudiantes y un profesor PhD, realizando con ellos un programa en consultorios, medicina rural e intrahospitalaria.
- En el 2013 comienza un convenio con la Duke University, Birmingham USA, con el profesor Neil Prose, quien ya los ha visitado en tres oportunidades.
- Convenio Universidad de Chile-Hospital Regional Coyhaique, para internado de matronas de la escuela de Obstetricia, la que comenzó con cuatro internas por tres meses a partir de septiembre del 2012 y se renueva con cuatro nuevas a partir de septiembre del 2013 y 2014.

Todos los derechos reservados

- También hace educación a la comunidad, participando en entrevistas en TV y radiales nacionales en temas relativos a la salud infantil, en Coyhaique. En los últimos 15 años ha realizado charlas radiales y en la TV local, más charlas a profesores en colegios de Coyhaique, Puerto Aysén y Chile Chico.

EN RELACIÓN CON SOPNIA

Él escribió una vez: "Me incorporé a SOPNIA en 1982. En esa época no alcanzaba a 30 socios que se reunían mensualmente rotando por los hospitales de Santiago. El presidente era el Dr. Jorge Amestoy. El cuaderno de actas era un cuaderno escolar de matemáticas de 100 hojas marca "Colon" (todavía lo recuerdo). No existía secretaría, ni secretaria. Se le daba una propina a la bibliotecaria del Hospital Roberto del Río y ella llevaba ese cuaderno. Tampoco existía Directorio. A fines del 1983 se hicieron elecciones y se eligió a German Schlager como Presidente y a mí como Secretario. Nos concentramos en las siguientes tareas:

- Acuñamos el nombre de "SOPNIA".
- Hicimos el catastro de Socios.
- Hicimos los diplomas para todos los acreditados (El logo lo diseñó el marido de la Dra. Flora de la Barra).
- Legalizamos e inscribimos la Sociedad.
- Abrimos cuenta corriente para la Sociedad.
- Arrendamos una secretaría en el Colegio Médico (Esmeralda con Mac Iver).
- Contratamos una secretaria a media jornada.
- Compramos una súper máquina de escribir para nuestra secretaría.
- Ordenamos los cobros de cuotas sociales y descuentos por planilla.
- Comenzamos a relacionarnos con otras Sociedades de Neurología Infantil latinoamericanas.
- Realizamos el Primer Congreso Latinoamericano en 1986 (En el auditorio de la Teletón (en Alameda, prestado a 0 $).
- A fines de ese año se hicieron elecciones y quedó como Presidente Fernando Novoa, Germán y yo pasamos a ser Directores".

Por todo lo antes expuesto creemos que nuestra Sociedad está en deuda con uno de nuestros primeros socios, además de haber sido, y seguir siendo, un clínico de prestigio, sólido, siempre teniendo por delante la excelencia en la formación de distintas profesiones, y por sobre todo al paciente…… nuestra razón de ser.

*Servicio de Neuropsiquiatria Infantil.*
*Hospital Clínico San Borja Arriarán.*
*Facultad de Medicina Campus Centro*
*Universidad de Chile.*

 Todos los derechos reservados

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
- Socieda 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/sec- tions/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/con- tent/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_psy-chiatrists
- Autismo (inglés) www.autismresearchcentre.com
- Suicidalidad (inglés) www.afsp.org
- Déficit atencional: www.tdahlatinoamerica.org www.chadd.org (inglés)

**Sitios recomendados en Neurología**

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

Todos los derechos reservados

**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_fa- milies/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/programa-tus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html
- Chile Crece Contigo: www.crececonti- go.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-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile- 2008&catid=74:noticias&Itemid=559
- OMS, Atlas de recursos en Salud Mental del Niño y del Adolescente: Salud mental - WHO | World Health Organization

 Todos los derechos reservados

Todos los derechos reservados

 Todos los derechos reservados

***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 Commitee 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 quedeberá quedar explicitado en el método, así como en cualquier modalidad 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

Todos los derechos reservados

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 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.

 Todos los derechos reservados

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 citaciones de referencias en el texto deben identificarse con números arábicos 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

Todos los derechos reservados

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

Para otro tipo de publicaciones, aténgase 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 fotografia-

 Todos los derechos reservados

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).

Todos los derechos reservados

**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:

Confirmo 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):

 Todos los derechos reservados

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.

Todos los derechos reservados

# ILUSTRACIÓN DE LA PORTADA

***Autora***: Bernardita Prado.

***Nombre:*** Travesías.

***Técnica:*** Óleo sobre tela.

Se expuso en la Expoarte del año 2021.

 Todos los derechos reservados