



REVISTA CHILENA DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ISSN-0718-3798
Versión impresa

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

Volumen 24 – N°2 – Agosto 2013

DIRECTORIO

Presidenta

Dra. Alicia Espinoza Abarzúa

Vicepresidenta

Dra. Viviana Venegas Silva

Tesorera

Dra. Keryma Acevedo Gallinato

Secretaria General

Psp. Gloria Valenzuela Blanco

Past - President

Dra. Maritza Carvajal Gamé

Directores

Dra. Dolly Figueroa Ellinger

Dra. Marcela Concha Cáceres

Dr. Juan Francisco Cabello Andrade

Dr. Juan Enrique González Gastellú

GRUPOS DE ESTUDIO**Grupo de Estudio Trastornos del Desarrollo GTD**

Presidenta

Ps. Andrea Moyano

Grupo de Estudio Adolescencia y Adicciones

Presidente

Dr. Alejandro Maturana

Grupo de Estudio Trastornos del Sueño en Pediatría

Presidente

Dr. Tomás Mesa

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

Presidente

Dr. Ricardo Erazo

Grupo de Estudios Enfermedades Desmielinizantes

Presidenta

Dra. Andrea Schlatter

COMITÉ EDITORIAL REVISTA

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

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

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

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

Dra. Marcela Matamala
Asistente Editora de Psiquiatría

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

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

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

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dr. Carlos Almonte V.	Universidad de Chile, Santiago
Dra. Marcela Larraguibel Q.	Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago
Dr. Tomás Mesa L.	Universidad Católica de Chile, Santiago
Dr. Fernando Novoa S.	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
Ps. Gabriela Sepúlveda R.	Universidad de Chile / Santiago
Dr. Mario Valdivia P.	Hospital Regional de Concepción
Dr. Hernán Montenegro A.	Universidad de Santiago, USACH
Dra. Mónica Troncoso Sch.	Hosp. Clínico San Borja Arriarán, Santiago
Dra. Karin Kleusteuber 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
Dra. Patricia Campos	Universidad de Cayetano Heredia, Perú
Dra. Lilian Czornyj	Hospital de Niños, Garrahan, Argentina
Dr. Philip Evrard	Clinique Saint-Joseph, Francia
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

Psiquiatría

Dra. Susana Bradley	Universidad de Toronto, Canadá.
Dr. Pablo Davanzo	Univ. De California UCLA, U.S.A.
Dr. Gonzalo Morandé	Hospital Niño Jesús, España
Dr. Francisco de la Peña	Universidad Nacional Autónoma de México
Dr. Daniel Pilowski	Universidad de Columbia, U.S.A.

Origen y Gestión

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

Misión y objetivos

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

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

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

Público

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

Modalidad Editorial

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

Resúmenes e indexación

La revista está indexada en Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. <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.: 9-799 5964

Toda correspondencia editorial debe dirigirse a Dr. Ricardo García Sepúlveda. Editor Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678, 2º piso, interior, fono/fax: 2632.0884, email: sopniate.cl, sitio Web: www.sopnia.com Santiago, Chile.

* Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal).

Editorial

- Salud Mental Infanto Juvenil: Cómo avanzamos?
Child and Adolescent Mental Health. How as we move?
Dra. Graciela Rojas 93

Trabajos Originales

- Síndromes de microdelección: enfoque desde fenotipos conductuales y trastornos psiquiátricos
Microdeletion syndromes: focus on behavioral phenotypes and psychiatric disorders
Dra. María Raquel Lipchak, Dr. Juan Enrique Sepúlveda 95
- Estudio Descriptivo del uso de antidepresivos en pacientes bipolares en una unidad de trastornos afectivos bipolares en el sistema público.
Descriptive study of the use of antidepressants in bipolar patients in an affective disorders unit in the public system
Dra. Carolina Obreque S., Dr. Raúl Hernández M., Dr. José Antonio González, Dr. Daniel Silva N, Hernán Silva I. 107
- Autorreporte de Ansiedad en Niños y Adolescentes Chilenos no Consultantes: Análisis de sus Dimensiones
Anxiety self-report on non-consulting Chilean children and adolescents: dimensional analysis
Dra. Gloria Toledo, Dra. Consuelo Aldunate, Dra. Soledad Von Mühlenbrock, Dra. Marcela Larraguibel, Dra. Irene Schiattino 118
- Duelo en una Unidad de Neonatología: Descripción de un taller grupal para una intervención adecuada
Bereavement in a neonatology unit: description of a group intervention
Dra. Laura Kamei, Dra. Claudia Torres, Dra. Mónica Kimelman 125

Casos Clínicos

- Psicosis en un adolescente: Vulnerabilidad a lo largo del desarrollo
Psychosis in an adolescent: vulnerability throughout development
Dra. Paula Zomosa C-M, Dra. Muriel Halpern G. 142

Revisiones de Temas

- **Efectos de la Televisión en niños menores de dos años**
Effects of television on children younger than two years old
Dr. José Villanueva, Dr. Ricardo García 148
- Síndrome de Alto Riesgo de Psicosis: estado del arte
High risk for psychosis syndrome: state of the art
Dra. Caterina Pesce Arón, Dra. Melina Vogel 158

Reuniones y Congresos 164

Grupo de Estudios 166

Noticias 167

Instrucciones a los Autores 169

Salud Mental Infanto Juvenil: ¿Cómo avanzamos?

Child and Adolescent Mental Health. How as we move?

Dra. Graciela Rojas Castillo¹

Las enfermedades mentales son un problema de salud pública en el mundo entero. Aproximadamente 350 millones de personas sufren algún grado de depresión, 90 millones trastornos mentales por abuso de sustancias y 50 millones algún tipo de demencia.

El problema se agrava si consideramos que la mayoría de las personas que padecen alguna enfermedad mental no tiene acceso a tratamiento, a pesar que en la actualidad, hay tratamientos disponibles.

Los sistemas de salud no han logrado enfrentar la carga de enfermedad que conllevan los trastornos mentales. Se sabe que en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales severos no reciben tratamiento, en los países de ingresos altos esta cifra es entre un 35% y un 50%.

Los trastornos mentales son frecuentes, tienen impacto sobre la familia y sobre la sociedad y las personas que padecen estas enfermedades no están recibiendo los tratamientos disponibles.

Un factor que explica lo anterior es que la mayoría de los países no tienen los recursos disponibles para atender la necesidades de salud. Los datos del Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS demuestran que los países no cuentan con los recursos necesarios, que la distribución de éstos es inequitativa y que hay un uso ineficiente de los recursos disponibles. En los países de ingresos bajos, el gasto anual en salud mental por persona es inferior a US\$ 0,25 y el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que, por término medio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 o más personas; otros prestadores de atención sanitaria mental capacitados para utilizar las intervenciones psicosociales son aún más escasos. Del mismo modo, la proporción de países que disponen de políticas, planes y legislación sobre la salud mental es mucho más elevada entre los de ingresos elevados que entre los de ingresos bajos.

La 66^a Asamblea de la Salud de la OMS aprobó un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental para el período 2013-2020. Se trata del primer plan de acción sobre salud mental presentado por la OMS y tiene cuatro objetivos:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.

1 Profesora Titular Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Chile

2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

Este Plan de Acción se basa en seis principios y enfoques transversales:

1. Cobertura universal
2. Derechos humanos
3. Práctica basada en evidencias
4. Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital
5. Enfoque multisectorial y
6. Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

En los últimos 20 años, nuestro país logró incorporar la salud mental a las políticas públicas y establecer acceso universal para algunas patologías y para segmentos de la población que las padece.

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental de la OMS nos brinda la oportunidad de avanzar para enfrentar los problemas de salud mental de la población chilena en un año en el cual las elecciones presidenciales son una oportunidad para discutir las medidas que serán implementadas en los próximos cuatro años en el país.

Un marco de referencia para esta discusión lo entrega el Movimiento de Salud Mental Global que se ha organizado a nivel mundial y que partió el año 2007 a propósito de la publicación de las Series de artículos de Salud Mental Global en la Revista Lancet (2007-2008). El objetivo fue llamar a un plan de acción para implementar tratamientos adecuados para los trastornos mentales, la protección de los derechos humanos de los afectados e impulsar la investigación en el área de salud mental en los países de medianos y bajos recursos. El lema fue "No hay salud sin salud mental".

Hemos avanzado pero aún nos queda camino por recorrer. Un ámbito en el que debemos avanzar es en la implementación de programas de salud mental para la población infanto-juvenil. Tenemos datos que nos indican que esta población tiene tasas de trastornos mentales significativas, que tenemos un número reducido de especialistas en psiquiatría infanto-juvenil y que la mayoría de nuestra población es beneficiaria del sistema público de salud. ¿Es posible entonces implementar programas de salud mental para la población infanto-juvenil con delegación de funciones? Es decir, ¿podemos organizar servicios de salud mental para esta población y asignarle a los escasos especialistas un rol de supervisión para prestaciones que realiza un equipo de salud general entrenados y supervisados por los especialistas?. Son preguntas que esperan respuestas.

Síndromes de microdeleción: enfoque desde fenotipos conductuales y trastornos psiquiátricos

Microdeletion syndromes: focus on behavioral phenotypes and psychiatric disorders

Dra. María Raquel Lipchak¹, Dr. Juan Enrique Sepúlveda²

Resumen. Los síndromes de microdeleción en conjunto, constituyen una importante causa de déficit cognitivo, asociado a variadas malformaciones de distintos sistemas. Para diagnosticarlos, se requiere no sólo conocer su fenotipo físico, sino también el fenotipo conductual que caracteriza a cada patología, lo que a su vez, permitirá que realicemos una intervención integral, más efectiva y por ende con mayor impacto en la calidad de vida del paciente y su familia. En el presente trabajo se revisa un grupo de trastornos por microdeleción de interés, dado su característico perfil neurológico y la psicopatología asociada a cada uno de ellos; describiéndose además las principales características físicas que permiten su reconocimiento.

Palabras clave: *fenotipo conductual, síndrome de microdeleción, del22q11, Williams, Prader-Willi, Smith-Magenis, Cri du chat.*

Abstract. Microdeletion syndromes as a whole, are an important cause of cognitive impairment, associated with various malformations of different systems. Diagnosis suspicion requires not only to recognize the physical phenotype, but also the behavioral phenotype that characterizes each syndrome which, in turn, enable us to make a comprehensive and more effective intervention, and therefore with greater impact on the quality of life of the patient and their family. In this paper we review a group of microdeletion disorders, given its characteristic neurological and psychopathological profile associated with each of them, also describing the main physical characteristics that allow its recognition.

Keywords: *behavioural phenotype, microdeletion syndrome, del22q11, Williams, Prader-Willi, Smith-Magenis, Cri du chat.*

INTRODUCCIÓN

Los síndromes de microdeleción corresponden a entidades originadas por pérdida de un bloque contiguo de genes, de entre 1 a 3 millones de pares de bases de DNA, que no son detectables a través de un cariotipo. Suelen ser de ocurrencia esporádica pero existen casos de herencia autosómica dominante (1).

Es frecuente en estos grupos encontrar algún grado de déficit intelectual, malformaciones de distintos órganos, dismorfias faciales y fenotipos conductuales característicos. Los pacientes con déficit cognitivo presentan niveles de auto y heteroagresión mayores que la población general (4-25%), especialmente cuando existe concomitancia con conductas impulsivas o dificultades en la comunicación, lo cual hace necesario

1. Post-becada Neuropediatría; Hospital Roberto del Río - Universidad de Chile;

2. Clínica Psiquiátrica Universitaria - Hospital Clínico Universidad de Chile.

Correspondencia a: Dra. María Raquel Lipchak, Profesor Alberto Zañartu 1085, Unidad de Neurología, Santiago, Chile. mrilipchak@gmail.com

su pesquisa activa (2). Durante la última década, se ha hecho énfasis en la descripción de los patrones cognitivos y psiquiátricos específicos para una serie de trastornos genéticos, entre los que se incluye el grupo de cuadros que se tratan en este documento (3). El estudio del fenotipo conductual que se manifiesta en cada patología permite caracterizarla mejor, pero también ha contribuido a dilucidar la influencia genética en algunos trastornos psiquiátricos presentes en la población general (4).

A continuación se presentará una revisión de los síndromes de microdelección que tienen un fenotipo conductual característico.

Los objetivos son:

1. Dar a conocer los perfiles conductuales de cada patología
2. Conocer las características físicas de cada enfermedad que nos permitan sospecharla, cuando nos enfrentemos a uno de los fenotipos conductuales de los que se describirán a continuación.

1. Síndrome de microdelección 22q11.2

Este síndrome de microdelección tiene un amplio espectro fenotípico englobando los fenotipos descritos previamente como síndrome de Di George, síndrome velocardiofacial, síndrome de facies alterada asociado a anomalías conotruncales, algunos casos de síndrome de Opitz G/BBB y el síndrome cardiorfacial de Cayler (o facies de llanto asimétrico), todos ellos originados en un mismo trastorno genético (1,5). Su incidencia es de 1: 4.000 recién nacidos vivos (RNV), convirtiéndose en el cuadro de microdelección más frecuente en los seres humanos (1, 5, 6, 7). El patrón de herencia es autosómico dominante pero sobre el 90% de los casos son mutaciones *de novo* (1, 6).

Las manifestaciones clínicas son consecuencia del desarrollo anormal de los arcos branquiales y bolsas faríngeas. Es característica la malformación del paladar con insuficiencia velofaríngea, seguido en frecuencia por las cardiopatías, que son severas en el 40% de los casos. A esto se puede adicionar hipocalcemia secundaria

a disfunción de paratiroides, hipotiroidismo o inmunodeficiencia por hipoplasia tímica (1, 5, 7). La epilepsia es cinco veces más frecuente que en la población general y se está estudiando la relación con el síndrome de Parkinson de inicio precoz (5). Suele sospecharse en el período de recién nacido en base a la malformación cardíaca y/o velofaríngea, pero se sabe que muchos casos pueden pasar desapercibidos hasta la adultez.

A pesar de múltiples estudios, no se ha logrado relacionar el fenotipo conductual con el tamaño de la microdelección ni con el fenotipo físico. Un tercio de los pacientes presenta retraso mental leve a moderado, mientras que el resto alcanza niveles de normalidad. Durante la infancia, son frecuentes las dificultades de aprendizaje siendo el área más afectada la no verbal. Es común también, durante esta etapa del desarrollo, la presencia de déficit atencional, trastorno ansioso, dificultades en la socialización, pataletas y perseveración, es decir comportamiento repetitivo, lo que suele ir mejorando hacia la adolescencia (5, 7). Las principales fallas en la socialización están dadas por la incapacidad de compensar las dificultades del habla con lenguaje no verbal, el poco disfrute junto a otros y las mínimas habilidades para leer las expresiones faciales. Estas dificultades están influenciadas por el nivel socioeconómico de los padres, la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, déficit atencional u otra patología psiquiátrica, no así con su nivel cognitivo (7, 8).

Más del 60% desarrolla a lo largo de su vida algún trastorno psiquiátrico que requiere tratamiento. Pueden presentar episodios depresivos mayores (especialmente durante la adolescencia), trastorno obsesivo compulsivo y los síntomas ansiosos se observan 2-3 veces más frecuentemente que en la población general, pudiendo llegar a constituir un trastorno de ansiedad generalizada. Es relevante señalar que alrededor de un 25% de estos pacientes son diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo en algún punto de su evolución,

lo que es 20 veces más que el resto de la población y conlleva un deterioro en las capacidades intelectuales y habilidades sociales (5-8). Desde la otra mirada, cerca del 1% de los pacientes esquizofrénicos presentan esta delección. La edad de debut, la sintomatología presentada y la respuesta a tratamiento no difiere de los otros pacientes esquizofrénicos, sin embargo se deben tener siempre presente las condiciones médicas asociadas para realizar un enfrentamiento óptimo. Dado el alto riesgo de trastornos psicóticos, se ha tratado de identificar predictores, encontrándose relación con los niveles de ansiedad durante la infancia y errores no perseverantes en el Test de clasificación de cartas de Wisconsin (5).

Dada la multiplicidad de alteraciones posibles, la evaluación inicial de estos pacientes incluye el estudio cardiológico, otorrinolaringológico, renal y revisión periódica del estado inmunitario. Se requiere de intervenciones precoces y constantes en el área del lenguaje y aprendizaje (1), a lo que debería agregarse pesquisa precoz de patologías de salud mental y anunciar a los padres las posibles complicaciones en esta esfera (6).

2. Síndrome de Williams

Tiene una incidencia aproximada de 1:20.000 RNV, se origina por la delección de la región 7q11.23 y es de ocurrencia esporádica (1, 9, 10, 11).

Se describen con una "cara de delfín" (12), tosca, con un diámetro bifrontal estrecho, protrusión periorbitaria, nariz pequeña, puente nasal bajo, hipoplasia del tercio medio facial, filtrum largo, labios gruesos y boca amplia (1).

Dado que dentro de la región crítica de la zona con delección se encuentra el gen de la elastina, estos pacientes presentan alteraciones cardiovasculares (que permiten la sospecha precoz), siendo lo más frecuente la estenosis aórtica supra-avalvular, pero puede estenosarse cualquier arteria, lo que finalmente determina que la mitad de los pacientes desarrolle hipertensión arterial.

Debido a este mismo déficit, pueden presentar hiperlaxitud articular y hernias (1, 9).

Se ha visto que existen múltiples alteraciones asociadas, pudiendo verse afectado casi cualquier órgano de nuestra economía: trastornos endocrinológicos (hipercalcemia, hipotiroidismo, alteración en metabolismo de glucosa), malformaciones renales, malformación de Chiari tipo I, hiperacusia, otitis media recurrente en la infancia con hipoacusia sensorineural en la adultez, patología oftalmológica, dentición anormal, reflujo gastroesofágico y/o constipación (1, 9). Un porcentaje importante presenta restricción del crecimiento intrauterino (9), evolucionando posteriormente con talla baja, por lo que se han creado curvas especiales de crecimiento para estos pacientes (1, 11).

El retardo mental es variable, pero generalmente leve, con CI promedio de 50-60, existiendo mejor desempeño en el área verbal que viso-espacial, por lo que existen dificultades en matemáticas, motricidad fina y apreciación del espacio, alcanzando habilidades en las actividades de la vida diaria equivalentes a las propias de un niño de 6 años (1, 9, 10, 11).

Su fenotipo conductual, es conocido como "cocktail party" ya que presentan alta empatía, deseo de establecer relaciones con otros, habilidades en el reconocimiento de caras y un lenguaje fluido aunque de contenido pobre (3, 9, 10, 13). Esto los hace parecer excesivamente amistosos, sin embargo existen múltiples reportes de excepciones, en que este trastorno genético se ha asociado al autismo (12). Esta facilidad en el contacto social puede constituir riesgo para abuso y/o embarazo, tema que debe trabajarse con los padres.

Hasta el 80% de estos niños cumplen criterios para algún trastorno psiquiátrico, siendo lo más frecuente el trastorno por déficit atencional, ampliamente reportado en niños con déficit cognitivo, independiente de su origen. Varios autores desta-

can la alta presencia de fobias específicas relacionadas especialmente a sonidos fuertes, y los trastornos ansiosos, con ansiedad anticipatoria y síndrome de ansiedad generalizada en más del 50% de los casos, a lo cual pueden sumarse síntomas obsesivos, existiendo contradicción en los estudios acerca de la evolución de estos cuadros (3, 9, 10, 11, 14).

Muchas veces la esfera de la salud mental queda postergada ya que la percepción de esta sintomatología por parte de los padres es baja (14) asociado a la alta concomitancia de patologías médicas, sin embargo es determinante en el desempeño diario de los pacientes, por lo que debe dársele un lugar dentro de los controles de salud.

3. Síndrome de Prader Willi

Este síndrome tiene una incidencia de 1:10.000-15.000 RNV (1). Se debe a la ausencia de contribución paterna de la región cromosómica 15q11.2-11.3. El origen corresponde en el 70% de los casos a una deleción, en el 25% a una disomía uniparental, en un 5% a un defecto en el centro de control de la impronta genómica (imprinting o sello) y en un 1% a una traslocación cromosómica (1, 15). La disomía uniparental implica que ambos cromosomas 15 son maternos, mientras que la alteración en el centro de control de la impronta genómica tiene como consecuencia una transcripción alterada de los genes provenientes del padre y/o la madre, dando lugar a expresión de genes que no deberían estar activos e inactivando otros que debiesen transcribirse.

El riesgo de recurrencia en deleción, disomía uniparental y traslocaciones esporádicas es menor al 1%; en el caso de una traslocación recurrente en la familia, aumenta a 25% y si se trata de un defecto en el centro de control de la impronta genómica, a 50% (1, 15).

Clínicamente se manifiesta en dos etapas: hipotonía severa, dificultad en la alimentación, hipogonadismo y letargia en el período de recién nacido y lactante, para

luego dar paso a déficit cognitivo leve e hiperfagia, evidenciables después de los 2 años. Además de estos elementos centrales, en la etapa preescolar aparece trastorno de conducta, talla baja, manos y pies pequeños y obesidad mórbida. Existe un consenso sobre criterios diagnósticos, que se basa en la clínica (Tabla 1), a lo cual se suman criterios de apoyo, pudiendo realizarse la confirmación diagnóstica por medio de un test de metilación de ADN en el 99% de los casos; los pacientes con traslocación pueden ser detectados por medio de un cariograma (1, 15).

La compulsión por comer es de tal magnitud que los lleva a mentir o robar comida y determina una mayor tasa de mortalidad al compararlos con otros pacientes con retraso mental (15, 16, 17). Se acepta que esto se debe a una alteración en los mecanismos de saciedad, más que en los del hambre, lo que estaría en el contexto de una disfunción hipotalámica que también es responsable de los trastornos hormonales que llevan a la falta de crecimiento y de desarrollo de caracteres sexuales (16, 17).

Dentro del perfil conductual, la mayor fortaleza son los bajos niveles de hiperactividad comparado con otros trastornos genéticos (4). En general, las habilidades de comunicación son buenas y se relacionan con el nivel intelectual de cada paciente, sin embargo este potencial va declinando con la edad (3).

Se ha evidenciado que los niños con Prader Willi tienen conductas autoagresivas, especialmente comerse las uñas, rascarse, pellizcarse y frotarse en forma repetitiva, lo que puede generar lesiones cutáneas de tal magnitud que requieran hospitalización. A esto se asocia agresividad física con otras personas y pataletas, lo cual se acentúa en casos de mayor deterioro cognitivo (2, 15, 16, 17).

Las mayores dificultades adaptativas están dadas por las múltiples compulsiones, que van más allá de la esfera de la alimentación, como lo es la simetría, la necesidad

Tabla 1.
Criterios diagnósticos de Síndrome de Prader-Willi (1)
Criterios mayores (1 punto cada uno)

-
- Hipotonía central neonatal y del lactante, con mala succión que mejora con la edad
 - Trastorno de alimentación con mal ascenso pondoestatural de lactante con necesidad de SNG o técnicas especiales de alimentación
 - Rápida ganancia de peso entre 1 a los 6 años, generando obesidad central
 - Hiperfagia
 - Características faciales: diámetro bifrontal estrecho, ojos almendrados, boca con comisuras hacia abajo
 - Hipogonadismo
-

Criterios menores (0,5 puntos)

- Disminución de movimientos fetales y letargia post natal, que mejora con la edad
 - Trastorno de conducta típica, temper tantrums, conducta obsesiva compulsiva, rígidos, roban, mienten
 - Trastorno/ apnea del sueño
 - Talla baja en relación a la familia
 - Hipopigmentación
 - Manos pequeñas con borde cubital recto
 - Esotropía, miopía
 - Saliva espesa, viscosa
 - Defecto de articulación de la palabra
 - Prurito de la piel
-

Hallazgos de apoyo

- Alto umbral al dolor
 - Disminución de vómitos
 - Escoliosis o cifosis
 - Adrenarquia temprana
 - Osteoporosis
 - Capacidad inusual de resolver puzzles
 - Estudio neuromuscular normal
-

En < 3 años: total de 5 puntos con al menos 4 criterios mayores

En > 3 años: total de 8 puntos con al menos 5 criterios mayores

Tabla 2. Frecuencia de los trastornos en Smith Magenis (22)

Frecuencia	Hallazgos clínicos
Más del 75% de los individuos con SMS	<ul style="list-style-type: none"> • Braquicefalia • Hipoplasia medio facial • Prognatismo relativo con la edad • Cara ancha y cuadrada • Labio superior evertido, en “tienda de campaña” • Ojos hundidos • Manos cortas y anchas • Anomalías del oído medio • Voz ronca y profunda • Retraso psicomotor/ retraso mental • Retraso de lenguaje • Hipotonía • Disfunción oromotora • Trastornos del sueño (ritmo circadiano de la melatonina invertida) • Estereotipias • Conductas autoagresivas • Hiporreflexia
50-75%	<ul style="list-style-type: none"> • Talla baja • Sordera • Escoliosis • Ventriculomegalia cerebral • Insuficiencia velopalatina • Anomalías oculares • Hipercolesterolemia/ hipertrigliceridemia • Estreñimiento
25-50%	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías cardíacas • Trastornos tiroideos • Convulsiones • Déficit inmunológicos (descenso IgA)
Menos del 25%	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías renales/ tracto urinario • Fisura labial/ palatina • Desprendimiento de retina • Anomalías del antebrazo

**Tabla 3. Características evolutivas de Síndrome de Smith- Magenis
(adaptado de ref 21)**

	Clínica	Neurodesarrollo	Comportamiento
Lactante	Braquicefalia, dismorfismo medio facial, cara cuadrada, fisuras palpebrales hacia arriba, labio superior arqueado, apariencia de querubín, pies y manos pequeños Ventrículos encefálicos grandes	Dificultad en alimentación con mal incremento ponderal Hipotonía, hiporeflexia Retraso motor fino y grueso	Poca vocalización y llanto Complaciente Letargia Disminución horas totales de sueño
Pre Escolar	Otitis media crónica, hipoacusia de conducción Miopía Piel y pelo más claros que la familia Baja estatura, voz ronca, marcha en punta de pie Hipercolesterolemia	RDSM, mayor dificultad en lenguaje expresivo, retraso en control esfinteriano Poca sensibilidad al dolor Alteración de la integración sensorial	Estereotipias: lamer, "autoabrazo" Autoagresiones: Trastorno del sueño Personalidad atractiva
Escolares	Prognatismo relativo Cejas abundantes Voz ronca Miopía progresiva Hipoacusia de conducción y/o sensorioneural Escoliosis Marcha con amplia base de sustentación	Debilidades: procesamiento secuencial y memoria a corto plazo Fortalezas: memoria a largo plazo Pie plano o pie cavo Enuresis nocturna Alteración de la integración sensorial	Preferencia por adultos Pataletas, cambios de humor, agresión, impulsividad, hiperactividad Trastorno del sueño Estereotipias: comerse las uñas, inserción de objetos Afinidad por objetos electrónicos
Adolescencia Y adultez	Cuenca ocular profunda Miopía progresiva Hipoacusia Menarquia prematura y menstruación irregular Obesidad Marcha con amplia base de sustentación	Déficit cognitivo Mala adaptación Poca tolerancia al ejercicio	Cambios de humor autoagresión, pataletas, contestador destructivo, desobediente, Trastorno del sueño Bruxismo Hojear libros, balanceo Comunicativos Afinidad por objetos electrónicos

de rehacer las cosas muchas veces y las preguntas repetitivas, lo que está dado en un contexto de perseveración, más que con el objetivo de calmar una idea obsesiva. Esto llega a perjudicar incluso las actividades cotidianas, dado el tiempo que le dedican. Además, se suman los trastornos del sueño y el mal control de las emociones, todo lo cual los hace parecer más incapaces que lo esperado por su nivel intelectual (3, 16, 17). Es frecuente que reaccionen agresivamente cuando se intentan contener sus compulsiones, especialmente al negarles la comida. Se plantea que las dificultades para entender las claves sociales se explicarían por una deficiencia en la "teoría de la mente" lo cual originaría las malas relaciones con los pares y adultos, llevándolos finalmente al aislamiento social (18), sin embargo no se ha aclarado si esta dificultad está en superposición al espectro autista o se relaciona más bien con su discapacidad cognitiva.

Dado que la información genética difiere levemente según cuál sea el mecanismo por el cual se produce el síndrome, se ha estudiado si esto influye en el fenotipo, encontrándose que los pacientes con Prader Willi secundario a disomía uniparental, logran mejor nivel expresivo de lenguaje, se pellizcan menos pero tienen peor memoria visual y mayor riesgo de síntomas del espectro autista, como intereses restringidos y dificultad en el cambio de rutinas (16, 19).

En esta misma línea, durante la última década se ha descrito que el 16% de los pacientes con esta enfermedad presentan episodios psicóticos (15, 20), que pueden ir desde la esquizofrenia hasta la psicosis deficitaria. Todos los casos se han visto en Prader Willi causado por disomía uniparental o alteración en el centro de control de la impronta genómica, no así en los que se originan por delección. La asociación con el mecanismo genético es de tal magnitud, que más del 75% de los pacientes con disomía uniparental o errores de impronta presentan cuadros psicóticos, lo que ha llevado a plantear que la doble expresión de ciertos genes paternos en el cromosoma

15, sería responsable de las psicosis en estos pacientes como también en la población general (16). El inicio es precoz y todos los pacientes han presentado fase prodrómica (19, 20). Por otro lado, en los pacientes que presentan delección del segmento, es más frecuente el trastorno depresivo (16).

El manejo de estos pacientes está centrado inicialmente en la técnica de alimentación, para luego dar paso al manejo de la conducta, llevando una dieta balanceada y realizando ejercicio, logrando estos objetivos desde una limitación heterónoma, dado que perfil psicocognitivo no les permite una regulación autónoma. Se deben realizar todos los esfuerzos por prevenir la obesidad y sus complicaciones asociadas (1), por lo que las intervenciones deben ser precoces. El reemplazo con hormona de crecimiento normaliza la estatura y la masa muscular (1, 16). En este caso, los trastornos psiquiátricos también son relegados a un segundo plano, sin embargo su manejo óptimo mejora la calidad adaptativa del paciente y por ende su calidad de vida y la de toda la familia (16).

4. Síndrome de Smith Magenis

Esta patología ocurre por la delección de 17p11.2, en su gran mayoría *de novo* (1, 21), aunque se han descrito casos secundarios a la mutación puntual de *RAI1*, gen situado en esta región cromosómica (22). Tiene una incidencia 1/25.000 RNV y afecta a todas las razas por igual (1, 21, 22). El riesgo de recurrencia es cerca del 1% ya que debe considerarse la posibilidad de mosaicismo germinal o gonadal (22).

Se caracteriza por retraso mental moderado a severo, asociado a múltiples anomalías congénitas de frecuencia variable (ver anexo 2): braquicefalia, hipoplasia mediofacial, frente y mandíbula prominentes, fisuras palpebrales hacia arriba, anomalías oculares, de oído medio y laringe; sinofris, voz ronca y talla baja, lo que va variando en los distintos estadios de desarrollo (ver anexo 3) (1, 21, 22).

Dado su déficit cognitivo, presentan un

importante retraso del lenguaje, el que además puede estar en contexto de hipoacusia dada las alteraciones del oído medio (21). Las dificultades en el lenguaje, junto a las estereotipias y los trastornos de la integración sensorial, los hacen parecer autistas, pero la intención comunicativa e interacción social están preservadas, y una vez que logran lenguaje se convierten en incesantes conversadores (21, 22, 25).

Dentro de su fenotipo conductual presentan inicialmente letargia y un temperamento fácil, para dar paso a elevados niveles de hiperactividad, impulsividad, estereotipias, trastorno del sueño y conductas autoagresivas. La estereotipia más característica es "auto-abrazarse" cuando están contentos. La autoagresión se presenta en casi todos los niños, y difiere de lo visto en otros grupos, siendo características la onicotilomanía (arrancarse las uñas) y la poliembolomanía (inserción de objetos en distintos agujeros del cuerpo), que están presente en el 75% y 25% de los pacientes respectivamente (2, 4, 21, 22, 23, 24). La agresividad con los otros es más frecuente que en otros trastornos genéticos, pero no más severa y suele ser reactiva, asociada a la alta impulsividad de estos pacientes (23).

Padecen de un severo trastorno del sueño, determinado por un patrón de secreción de melatonina invertido. Esto hace que tengan disminución en las horas totales de sueño, con episodios fragmentados de dormir, excesivas siestas, ronquidos y enuresis (21, 22, 26). Su presencia es un predictor de problemas de comportamiento (24). Se ha intentado intervenir dando melatonina nocturna y betabloqueadores diurnos (para inhibir la liberación de la melatonina) sin éxito alguno. Se desconoce el origen de este trastorno ya que el resto de los ritmos biológicos, como la secreción de cortisol y hormona de crecimiento, no se encuentran alterados (21, 22).

Está descrito que en la adolescencia y adultez presentan pensamientos obsesivos y alta frecuencia de síntomas ansiosos (21), como inquietud cuando deben asistir a

control médico o frente al cambio de rutina. Los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos han demostrado tener utilidad en mejorar los problemas de comportamiento, pero no existen estudios respecto al uso de ansiolíticos (21).

5. Síndrome de Cri du chat

Este es un síndrome genético raro, con una incidencia de 1:15.000-50.000 RNV (27), causado por la delección de 5p15.1-5p15.3. Se manifiesta por llanto similar a un gato, bajo peso al nacer, dificultades en la alimentación, microcefalia, facies redondeada, escoliosis congénita, trastornos cardiovasculares y/o gastrointestinales y retraso mental moderado a severo (28, 30).

Dentro del perfil de comportamiento, cabe destacar que son pacientes con mayor hiperactividad que otros niños de igual nivel cognitivo, lo que se mantiene a lo largo de la vida (30). Además, presentan gran impulsividad, movimientos estereotipados (golpear objetos, balancearse, girar objetos, entre otros), apego obsesivo a los objetos, hipersensibilidad a los estímulos y torpeza motora, por lo que presentan graves dificultades adaptativas y pocas posibilidades de intervención (2, 4, 27, 28). Las conductas agresivas hacia ellos mismos y los demás son frecuentes, destacando dentro de las primeras el golpearse la cabeza y morderse (30). Las fortalezas, considerando el nivel intelectual y las dificultades del habla, son las habilidades comprensivas y la capacidad para seguir normas (2, 4, 27, 28).

Los trastornos del sueño son una queja frecuente en relación a los pacientes con déficit cognitivo, sin ser este grupo la excepción. Lo más frecuente son despertares nocturnos y alteraciones respiratorias como ronquidos, que llevan a un dormir poco reparador (28, 29).

Estudios han demostrado que en la adultez estos pacientes presentan importantes proporciones de afecto positivo anormal (4). Dado la baja frecuencia del síndrome, no existen estudios específicos respecto al manejo, sin embargo se recomienda abordar

Trabajos Originales

tanto las necesidades médicas, las psicológicas y las educativas (30).

CONCLUSIÓN

A lo largo del texto quedan manifiestas las características clínicas que unen a los trastornos de microdelección, como lo es el retraso mental, las múltiples malformaciones y la mayor prevalencia de patología psiquiátrica, especialmente los problemas conductuales, destacando en forma positiva la ausencia de hipersexualización que pudiera complejizar cualquiera de estos cuadros. Quedan explicitados también, aquellos fenómenos que nos permiten distinguir una condición de otra, tanto en las características físicas como en el fenotipo conductual.

Llama la atención la alta frecuencia con la que se describen síntomas o trastornos ansiosos asociados a estos cuadros genéticos, ya que el nivel intelectual, en muchos casos, limita la capacidad de abstracción y de percibir el mundo como una situación amenazante. Esto podría deberse a que la mayoría de los trabajos se basan en encuestas aplicadas a los padres, pudiendo existir un sesgo de interpretación. Si bien en la clínica uno constata que los niños tienen cambios conductuales frente a ciertas situaciones, como ponerse inquietos o irritables, vale la pena cuestionarse si esto traduce un trasfondo ansioso o corresponde a una estructura de pensamiento más concreta y reactiva, propia de un retardo mental.

Se hace evidente lo complejo de la interacción de los distintos elementos que participan en la formación, maduración y modelación del sistema nervioso central, considerando que parte de la expresión clínica corresponde a fenómenos epigenéticos más que a una consecuencia directa de la delección. A esto debe sumarse el hecho de que gran parte de la psicopatología se debe a una alteración mental asentada sobre un cerebro con malformaciones macro o microscópicas, no habiéndose aclarado aun que tan determinante es la malforma-

ción estructural en relación a la patología psiquiátrica específica asociada a cada trastorno.

Independiente de cuál sea la arista por la que nos aproximemos a alguno de estos niños, es importante que realicemos el diagnóstico etiológico. Esto nos permitirá buscar dirigidamente las condiciones asociadas y prevenir las complicaciones esperadas en cada patología y así, ofrecer intervenciones óptimas y oportunas, considerando al paciente en forma integral, e incorporando también a su entorno, entendiendo que aún no es posible realizar un tratamiento etiológico como lo sería la terapia génica pero recordando que, las medidas preventivas o sintomáticas que tomemos tienen impacto en la vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mellado C. Síndromes por microdelección. *Rev Chil Pediatr* 2004, 75 (5): 473-482.
2. Arron K, Oliver C, Moss J, Berg K, Burbidge C. The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes. *J Intellect Disabil Res.* 2011 Feb;55(2):109-20.
3. Di Nuovo S, Buono S: Behavioral phenotypes of genetic syndromes with intellectual disability: Comparison of adaptive profiles. *Psychiatry Research* 2011, 189: 440-445.
4. Oliver C, Berg K, Moss J, Arron K, Burbidge C: Delineation of Behavioral Phenotypes in Genetic Syndromes: Characteristics of Autism Spectrum Disorder, Affect and Hyperactivity. *J Autism Dev Disord* 2011, 41:1019-1032.
5. Philip N, Bassett A: Cognitive, Behavioural and Psychiatric Phenotype in 22q11.2 Deletion Syndrome. *Behav Genet* 2011, May; 41(3): 403-412.
6. Martin N, Mikhaelian M, Cytrynbaum C, Shuman C, Chitayat D, Wesberg R, et al. 22q11.2 Deletion syndrome: Attitudes towards Disclosing the Risk of

- Psychiatric Illness. *J Genet Counsel* published online: 26 July 2012.
7. Baker K, Vorstman J: Is there a core neuropsychiatric phenotype in 22q11.2 deletion syndrome?. *Curr Opin Neurol* 2012, 25:131–137.
 8. Shashi V, Veerapandiyam A, Schoch K, Kwapil T, Keshavan M, Ip E, et al. Social skills and associated psychopathology in children with chromosome 22q11.2 deletion syndrome: implications for interventions. *J Intellect Disabil Res* 2012, sept, volume 56 part 9: 865–878.
 9. Smoot L, Zhang H, Klaiman C, Schultz R, Pober B: Medical overview and genetics of Williams-Beuren syndrome. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2005; 20: 195-205.
 10. Leyfer O, Woodruff-Borden J, Klein Tasman B, Fricke J, Mervis C: Prevalence of Psychiatric Disorders in 4 - 16-Year-Olds with Williams Syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006, September 5; 141B(6): 615–622.
 11. Green T, Avda S, Dotan I, Zarchi O, Basel-Vanagaite L, Zalsman G, Weizman A, Gothelf D: Phenotypic Psychiatric Characterization of Children With Williams Syndrome and Response of Those With ADHD to Methylphenidate Treatment. *Am J Med Genet* 2012, Part B 159B:13–20
 12. Tordjman S, Anderson G, Botbol M, Toutain A, Sarda P, Carlier M, et al. Autistic Disorder in Patients with Williams-Beuren Syndrome: A Reconsideration of the Williams-Beuren Syndrome Phenotype. *PLoS ONE* 7(3): e30778
 13. Klein-Tasman B, Mervis C: Distinctive Personality Characteristics of 8-9- and 10-Year-Olds With Williams Syndrome. *Dev Neuropsychol* 2003, 23(1-2): 269–290.
 14. Dykens E: Anxiety, Fears, and Phobias in Persons With Williams Syndrome; *Dev Neuropsychol* 2003, 23(1-2): 291–316.
 15. Hiraiwa R, Maegaki Y, Oka A, Ohno K: Behavioral and psychiatric disorders in Prader-Willi syndrome: A population study in Japan. *Brain Dev* 2007, 29: 535–542.
 16. Whittington J, Holland A: Neurobehavioral Phenotype in Prader-Willi Syndrome; *Am J Med Genet Part C Semin Med Genet*. 2010; 154C:438–447.
 17. Dykens E, Shaha B: Psychiatric Disorders in Prader-Willi Syndrome Epidemiology and Management; *CNS Drugs* 2003; 17 (3): 167-178.
 18. Mantoulan C, Payoux P, Diene G, Glatard M, Rogé B, Molinas C, Sevely A, et al. PET scan perfusion imaging in the Prader-Willi syndrome: new insights into the psychiatric and social disturbances. *J Cereb Blood Flow Metab* 2011, 31: 275–282.
 19. Dykens E, Roof E: Behavior in Prader-Willi syndrome: relationship to genetic subtypes and age; *J Child Psychol Psychiatry*. 2008, 49-9: 1001–1008
 20. Vogels A, De Hert M, Descheemaeker M, Govers V, Devriendt K, Legius E, et al. Psychotic Disorders in Prader-Willi Syndrome; *Am J Med Gen A* 2004, 127:238–243.
 21. Gropman A, Duncan W: Neurologic and Developmental Features of the Smith-Magenis Syndrome (del 17p11.2). *Pediatr Neurol* 2006, 34:337-350.
 22. Gener B: Síndrome de Smith-Magenis. *Protoc diagn ter pediatr* 2010, 1:37-43.
 23. Sloneem J, Oliver C, Udwin O, Woodcock K: Prevalence, phenomenology, aetiology and predictors of challenging behaviour in Smith-Magenis syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2011, 55 part 2:138–151
 24. Laje G, Bernet R, Morse R, Pao M, Smith A: Pharmacological Treatment of Disruptive Behavior in Smith-Magenis Syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2010, November 15; 154C(4): 463–468.
 25. Blanco-Barca M, Gallego-Blanco M, Ruiz-Ponte C, Barros-Angueira F, Esquete-López C, et al. Síndrome de Smith-Magenis: aportación de dos nuevos casos y aproximación a su característico fenotipo conductual. *Rev Neurol* 2004, 38: 1038-42.

Trabajos Originales

26. Potocki L, Glaze D, Tan D, Park S, Kashork C: Circadian rhythm abnormalities of melatonin in Smith-Magenis syndrome. *J Med Genet* 2000, 37:428–433.
27. Teixeira M, Emerich D, Orsati F, Rimério R, Gatto K, Chappaz I, et al. A description of adaptive and maladaptive behaviour in children and adolescents with Cri-du-chat syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2011; february, 55 part 2: 132–137.
28. Maas A, Didden R, Korzilius H, Braam W, Smits M, Curfs L: Sleep in individuals with Cri du Chat syndrome: a comparative study. *J Intellect Disabil Res* 2009, 53 part 8: 704–715.
29. Maas A, Didden R, Korzilius H, Braam W, Smits M, Curfs L: Exploration of differences in types of sleep disturbance and severity of sleep problems between individuals with Cri du Chat syndrome, Down's syndrome, and Jacobsen syndrome: A case control study. *Res Dev Disabil* 2012, 33: 1773–1779.
30. Cornish K, Bramble D: Cri du chat syndrome: genotype–phenotype correlations and recommendations for clinical management. *Dev Med Child Neurol* 2002, 44: 494–497.

Estudio descriptivo del uso de antidepresivos en pacientes bipolares en una unidad de trastornos afectivos bipolares en el sistema público

Descriptive study of the use of antidepressants in bipolar patients in an affective disorders unit in the public system

*Dra. Carolina Obreque S.*¹, *Dr. Raúl Hernández M.*², *Dr. José Antonio González*³, *Dr. Daniel Silva N.*⁴, *Dr. Hernán Silva. I.*⁵

Resumen. El uso de antidepresivos en la fase depresiva bipolar es controversial. Actualmente existen dos posturas, la purista proclive a evitarlos y la liberal que apunta a ventajas en su uso. El objetivo es dilucidar cual postura prevalece en un hospital del sistema público de salud. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizaron fichas de 81 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar del Hospital Higuera Talcahuano. Variables: sexo, subtipo de Trastorno Bipolar, edad de inicio, intentos suicidas, hospitalizaciones e indicación de psicofármacos diferenciando estabilizadores del ánimo, antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos. Para el análisis se usó programa SPSS 17.0, utilizando las pruebas de Chi-cuadrado y estadísticos descriptivos. **Resultados:** Un 54,3% presentan el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tipo I y un 45,7% al TAB tipo II. Un 50,6% del total de pacientes usaban algún tipo de antidepresivo. De ellos un 65,7% presentaron al menos un intento suicida y un 37,2% nunca presentaron, lo que es estadísticamente significativo. En los pacientes que presentaron intento suicida no hubo diferencia significativa entre los que usaban o no litio. **Discusión:** La mitad de los pacientes estudiados recibían algún tipo de antidepresivos lo que nos permite concluir que en el establecimiento se conduce una postura liberal en relación al uso de antidepresivos a pesar de capacitar al personal médico en la postura purista. Litio fue el estabilizador más indicado sin evidenciarse eficacia antisuicida. **Palabras Claves:** trastorno bipolar, antidepresivos, tratamiento.

Abstract: The use of antidepressant in the depressive phase of bipolar disorder is controversial. Currently there are two conflicting positions, the purists are inclined to avoid them and the liberals find advantages in its use. The objective is to elucidate what position prevails in a hospital in the public health system. **Method:** A descriptive study of cross section. Cards of 81 patients with diagnosis of bipolar disorder from "Las Higuera" Hospital in Talcahuano were analyzed; different data was obtained, sex, bipolar disorder subtype, suicide attempts and indication of psychotropic drugs like mood stabilizers, antidepressants, antipsychotics and anxiolytics. Data analysis : program SPSS17.0 was used, using χ^2 tests and descriptive statistics. Outcome: 54,3%, have a Bipolar Affective Disorder type I diagnosis and 45,7% has type II. 50,6% of all patients used some type of antidepressants. In this group, 65,7%

1 Psiquiatra del niño y del adolescente, Servicio de Psiquiatría Infantoadolescente, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.

2 Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría y salud mental, Hospital Las Higuera, Talcahuano.

3 Psiquiatra. Jefe Servicio Psiquiatría, Hospital de Coquimbo, Coquimbo.

4 Médico General, CESFAM Nonguén, Concepción.

5 Psiquiatra, Profesor titular, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile, sede Norte.

Correspondencia: Dra. Carolina Obreque S.E-mail: cobreque@vtr.net

Trabajos Originales

had at least one suicide attempt, while 37.2% never had. This turned out to be statistically significant. There was no significant difference between patients who received lithium from those who were not in suicide attempt. **Discussion:** Half of the studied patients were receiving some type of antidepressant, which allows to conclude that in this hospital, there is a liberal position in relation to its use, in spite of the medical personnel being trained in the purist position. Lithium was the most suitable stabilizer; though there was no effectiveness against suicide attempt.

Key Words: bipolar disorder, antidepressants, treatment.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica de difícil manejo terapéutico que genera altos índices de discapacidad. Hasta un 30% de la población puede padecer de un trastorno depresivo en cualquier momento de su vida, un 5 a 10% de la población padece de trastorno bipolar¹. La recurrencia de sus episodios provoca un deterioro importante del entorno laboral y social del paciente bipolar con hospitalizaciones frecuentes y altas tasas de suicidio que van del 10 – 15%.^{2,3} Este es el riesgo más importante, presente en el 20% de los pacientes que no reciben tratamiento o cuando la terapéutica es inadecuada y debe ser considerada una complicación potencialmente prevenible.⁴

Los episodios depresivos predominan en la vida del paciente con trastorno bipolar, tanto el subtipo I como el II. Estos episodios son similares clínicamente a los episodios depresivos del trastorno depresivo unipolar y además el trastorno bipolar suele comenzar en torno a un 60% de los casos por un episodio depresivo.^{5,6,7}

La discusión actual gira en el rol que ocuparían los antidepresivos en la fase depresiva de la enfermedad bipolar y en la fase de mantención de ésta.

En la historia de la psicofarmacología, la primera vez que se observaron efectos antidepresivos fue en 1952 por E. Albert Zeller y sus colaboradores de Northwestern University Medical School (Chicago, Illinois) quienes observaron que pacientes que usaban iproniazida para el tratamiento de tuberculosis mejoraban sustancial-

mente su ánimo.⁸ Contemporáneamente el investigador suizo Roland Kuhn⁹, del Cantonal Psychiatric Clinic de Munsterlingen observó las propiedades antidepresivas de un nuevo antihistamínico que estaba testeando al que denominó imipramina que se constituyó en el primer antidepresivo tricíclico, hecho que constituyó un antes y un después en el tratamiento de los cuadros depresivos que hasta ese momento tenían escasa respuesta, cuando el tratamiento más eficaz era la terapia electroconvulsiva a la cual se sometían una gran cantidad de pacientes. Desde entonces se han sintetizado una gran variedad de antidepresivos con distintos mecanismos de acción. Sin embargo, se ha observado a través del tiempo que no todos los cuadros depresivos responden y esto se presenta principalmente en la depresión bipolar. Durante mucho tiempo se han extrapolado los datos encontrados en la literatura sobre Depresión Unipolar a la Depresión Bipolar lo que ha llevado a interpretaciones y observaciones clínicas erróneas con desafortunados resultados en los pacientes.¹⁰

En la actualidad la discusión gira en qué papel juegan los antidepresivos en el tratamiento de la Fase Depresiva del Trastorno Bipolar. Al tratar una fase depresiva se corre el riesgo de precipitar una fase maníaca sumándose la evidencia actual de provocar un cambio en el patrón de la enfermedad acelerando la velocidad de ciclaje y afectando la remisión de los cuadros.¹¹

El manejo de la Depresión bipolar se ha transformado en el mayor desafío clínico y psicofarmacológico generando diversos enfoques terapéuticos. En la actualidad existen dos posturas frente al uso de anti-

depresivos en la Depresión Bipolar:

- Purista: que propone evitarlos sosteniendo una farmacoterapia basada en el uso de estabilizadores. (Postura americana, encabezada entre otros por N. Ghaemi)
- Liberal: postula que los antidepresivos podrían utilizarse en ocasiones con margen adecuado de seguridad y éxito. (Postura europea)¹².

El consenso internacional de quienes sostienen que los antidepresivos deben usarse con mucha precaución en la enfermedad bipolar se basan en variados aspectos a considerar tanto clínicos como conceptuales entre los que destacan:

- El uso de antidepresivos en pacientes que cursan depresión bipolar aumentan significativamente el riesgo de viraje a hipomanía o manía.^{13,14,15}
- No logran remisión total de la sintomatología depresiva y a largo plazo no tienen una mayor eficacia en la prevención de recaídas que los estabilizadores del ánimo.^{16,17}
- Existen estabilizadores del ánimo que logran eficacia en el tratamiento de episodios agudos de depresión bipolar.^{18,19}
- El uso de antidepresivos no se ha constituido en una medida efectiva para la prevención de los intentos de suicidio en los pacientes bipolares a diferencia del litio que ha demostrado su utilidad en este sentido.^{20,21}
- El uso de AD no sería recomendable en la Depresión Bipolar pues provocaría aumento del ciclaje en la evolución de la enfermedad.^{22,23}

Por otra parte se discute que el riesgo de actos suicidas, que es tan prominente en la depresión bipolar ha sido subestimado. Además, el hecho que los estabilizadores del ánimo no han demostrado claramente su eficacia antidepresiva conduce no sólo al riesgo de comportamiento suicida relacionado con la depresión, sino también el riesgo de cronicidad de síntomas depresivos debido a la falta de un tratamiento efectivo de estos síntomas.²⁴ Se debe consi-

derar también el hecho que aparentemente los inhibidores selectivos de serotonina y posiblemente algunos otros antidepresivos modernos tienen sólo un bajo riesgo de inducir un viraje a manía. Se postula que deberían revisarse las directrices sobre el tratamiento de psicofármacos en la depresión bipolar aguda de una manera menos restrictiva sobre el uso de antidepresivos.^{25, 26}

Estudios internacionales demuestran que el uso de antidepresivos en bipolaridad se presenta siguiendo las diferentes posturas en base a la ubicación geográfica donde se realiza las investigaciones siguiendo una línea "purista" (americana) o "liberal" (europea), sin embargo no existen en la literatura chilena trabajos que describan el uso de antidepresivos en Depresión bipolar en población nacional dentro del sistema público. El presente trabajo recoge esa inquietud y busca conocer las líneas terapéuticas utilizadas por psiquiatras chilenos en el uso de antidepresivos en depresión bipolar. El objetivo del siguiente estudio es determinar cuál de las posturas existentes prevalecen en la práctica terapéutica en la unidad de Trastornos Bipolares del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras de Talcahuano, establecimiento representativo de un hospital público chileno y observar si a pesar de la amplia difusión realizada sobre los riesgos asociados al uso de antidepresivos en pacientes bipolares se continúa con esta práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Los datos fueron obtenidos directamente de la revisión completa de fichas clínicas por psiquiatras con la autorización y conocimiento del médico psiquiatra Jefe del Servicio de psiquiatría y Salud Mental del Hospital Las Higueras, Servicio de Salud Talcahuano. La revisión se llevó a cabo entre el 1 de diciembre del 2009 al 31 de marzo del 2010.

Sujetos: El universo del estudio comprendió la totalidad de los pacientes con el

diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar pertenecientes al programa de trastornos mentales severos de la unidad de Salud Mental y Psiquiatría del Hospital Las Higueras de Talcahuano, a Enero de 2010; lo que corresponde a 194 individuos. La muestra se obtuvo al azar con un total de 81 individuos obteniendo un error muestral de 8.35% considerando un 95% de confianza.

Variabes: De la revisión de las 81 fichas clínicas se recogieron los siguientes datos: Sexo, edad, subtipo de Trastorno Bipolar (I ó II según criterios DSM - IV), edad de inicio de la sintomatología, calidad de adherencia al tratamiento, intento de suicidio, hospitalización previa por la patología, indicación de psicoterapia y psicofármacos utilizados en el tratamiento diferenciando las categorías antidepresivos, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y ansiolíticos.

Adherencia a tratamiento: Se debe considerar que dentro del programa de atención de la Unidad de Trastorno Afectivo Bipolar se realizan por protocolo 8 controles anuales por médico psiquiatra más las atenciones por el equipo psicosocial compuesto por psicólogo tratante, asistente social y enfermera, éstas con el fin de velar por el cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento. En caso de no presentarse a un control médico se realiza rescate telefónico asignando una nueva hora de atención y en un segunda ausencia se realiza una visita domiciliaria al paciente. Para definir Buena adherencia se consideró la asistencia de más del 80% de dichos controles, adherencia regular entre 50 - 70% y mala adherencia asistencia inferior al 40%. A su vez, el intento de suicidio fue por declaración propia del paciente consignado en la ficha clínica.

Análisis estadístico: Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 17.0, utilizando las pruebas de Chi-cuadrado y estadísticos descriptivos.

RESULTADO

De la muestra estudiada se extraen los siguientes resultados: la edad de inicio del Trastorno bipolar corresponde a una media de 31,16 años, siendo un 77,8% (n=63) al sexo femenino y un 22,2% (n=18) al masculino (tabla 1). Un 54,4 3% (n=44) presentan el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tipo I y un 45,7% (n= 37) al TAB tipo II (tabla 2). Un 71,6% (n= 58) de los individuos asistían a psicoterapia y un 61,7% (n=50) habían sido hospitalizados a lo menos en una oportunidad a causa del TAB. En relación a la adherencia al tratamiento un 48,1% (n= 39) del total de la muestra presentó una buena adherencia al tratamiento, 38,3 % (n=31) regular y un 13,6% (n=11) mala. Un 46,9% (n=38) de los pacientes presentaron a lo menos un intento suicida durante la evolución del cuadro.

En relación al uso de psicofármacos un 85,2% (n=6) tiene indicados estabilizadores del ánimo (EA). De los individuos en tratamiento con EA 51,9% (n=42) utilizan carbonato de litio, 19,8% (16) ácido valproico, 8,6% (n=7) lamotrigina y 4,9% (n=4) carbamazepina (tabla 3).

El uso de antidepresivos (AD) se presenta en un 50,6% (n=41) de la muestra correspondiendo un 16%(n= 13) a fluoxetina , 13,6% (n=11) sertralina, 4,9% (n=4) a paroxetina y sólo un 3,7% (n=3) recibía bupropión (tabla 4).

Un 70,4% (n=57) de la muestra utilizaba antipsicóticos correspondiendo un 30,9% (n=25) a risperidona, 12,3% a olanzapina (n=10), 11,1% (n= 9) a clorpromazina y 4,9% (n=4) a quetiapina entre los indicados con mayor frecuencia (tabla 5) . El uso de ansiolíticos se presenta en un 61,8% (n=50) de la muestra con un 59,3 % (n=48) de uso de clonazepam como la benzodiacepina más frecuentemente indicada.

Tabla 1. Distribución por sexo de pacientes con Trastorno Bipolar en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Higuera. Talcahuano a marzo 2010.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	18	22,2	22,2	22,2
	Femenino	63	77,8	77,8	100,0
Total		81	100,0	100,0	

Tabla 2. Distribución por subtipos clínicos de Trastorno Bipolar de pacientes en tratamiento en el Serv. de Psiquiatría del Hospital Higuera. Talcahuano a marzo 2010.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TAB 1	44	54,3	54,3	54,3
	TAB 2	37	45,7	45,7	100,0
Total		81	100,0	100,0	

Tabla 3. Distribución del uso de estabilizadores del ánimo en pacientes con Trastorno Bipolar en control en el Servicio de Psiquiatría a marzo 2010.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	12	14,8	14,8	14,8
	Litio	42	51,9	51,9	66,7
	Ac. Valproico	16	19,8	19,8	86,4
	Lamotrigina	7	8,6	8,6	95,1
	Carbamazepina	4	4,9	4,9	100,0
	Total		81	100,0	100,0

Tabla 4. Distribución del uso de antidepresivos en pacientes con Trastorno Bipolar en el Servicio de Psiquiatría Hospital Las Higuera Talcahuano a marzo 2010.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	40	49,4	49,4	49,4
	Fluoxetina	13	16,0	16,0	65,4
	Sertralina	11	13,6	13,6	79,0
	Paroxetina	4	4,9	4,9	84,0
	Venlafaxina	4	4,9	4,9	88,9
	Citalopram	3	3,7	3,7	92,6
	Bupropion	3	3,7	3,7	96,3
	Amitriptilina	1	1,2	1,2	97,5
	Imipramina	1	1,2	1,2	98,8
	Duloxetina	1	1,2	1,2	100,0
	Total		81	100,0	100,0

Trabajos Originales

Tabla 5. Distribución del uso de antipsicóticos en pacientes con Trastorno Bipolar en control en el Servicio de Psiquiatría, Hospital Las Higueras, Talcahuano a marzo 2010.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	24	29,6	29,6	29,6
	Risperidona	25	30,9	30,9	60,5
	Clorpromazina	9	11,1	11,1	71,6
	Olanzapina	10	12,3	12,3	84,0
	Quetiapina	4	4,9	4,9	88,9
	Tioridazina	2	2,5	2,5	91,4
	Aripiprazol	2	2,5	2,5	93,8
	Haloperidol	2	2,5	2,5	96,3
	Flufenazina	3	3,7	3,7	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Tabla 6. Tabla de contingencia distribución uso de antidepresivos según subtipo clínico de pacientes con Trastorno Bipolar, Hospital Las Higueras, Talcahuano a marzo 2010.

Recuento

		Uso de antidepresivos		Total
		No	Si	
Diagnóstico	TAB I	24	20	44
	TAB II	16	21	37
Total		40	41	81

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,027 ^a	1	,311		
Corrección por continuidad ^b	,625	1	,429		
Razón de verosimilitudes	1,030	1	,310		
Estadístico exacto de Fisher				,375	,215
Asociación lineal por lineal	1,014	1	,314		
N de casos válidos	81				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,27.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 7. Tabla de contingencia Distribución de intento de suicidio en pacientes con Trastorno Bipolar según uso de antidepresivos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Higueras, Talcahuano a marzo 2010.

Recuento				
		Uso de antidepresivos		Total
		No	Si	
Intento de Suicidio	No	27	16	43
	Si	13	25	38
Total		40	41	81

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,592 ^a	1	,010		
Corrección por continuidad ^b	5,498	1	,019		
Razón de verosimilitudes	6,688	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,014	,009
Asociación lineal por lineal	6,511	1	,011		
N de casos válidos	81				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,77.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 8. Distribución de intento de suicidio en pacientes con Trastorno Bipolar según uso de litio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Higueras, Talcahuano a marzo 2010.

Recuento				
		Intento de Suicidio		Total
		No	Si	
Litio	No	19	20	39
	Si	24	18	42
Total		43	38	81

Trabajos Originales

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,576 ^a	1	,448	,508	,296
Corrección por continuidad ^b	,288	1	,592		
Razón de verosimilitudes	,577	1	,448		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,569	1	,451		
N de casos válidos	81				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Del total de pacientes con diagnóstico TAB I un 45,45% (n=24) tenía indicado un anti-depresivo; de igual forma un 56,75 % (n=16) con TAB II también lo recibían (tabla 6).

Un 65,7% (n=25) de los individuos que presentaban a lo menos un intento suicida estaban con terapia antidepressiva y un 37,2% (n=16) de los que nunca habían presentado intento suicida también los recibían (tabla 7). El análisis de estas variables resultó estadísticamente significativo según la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

De los pacientes con uso de litio un 42,8% (n= 18) presentó a lo menos un intento suicida mientras lo recibía, a su vez un 51,28% de los individuos que no usaban litio tuvieron intentos suicidas (tabla 8). Este hallazgo no fue estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

La prevalencia por sexo del trastorno afectivo bipolar independiente del subtipo I o II fue significativamente mayor en mujeres que en la mayoría de los estudios revisados, lo que podría corresponder a un subdiagnóstico de la enfermedad bipolar en los hombres por presentarse con comorbilidad con consumo de alcohol y sustancias, además consultarían con menor frecuencia por patología psiquiátrica.

En el presente estudio, el TAB I tiene una prevalencia mayor que el TAB II debido a que en el servicio de psiquiatría del Hospital Higuera, por protocolo de derivación, se considera el derivar a nivel primario a todos los TAB II con buena respuesta y estabilización clínica por lo que gran parte de ellos se encuentran en atención primaria de salud (APS.).

En relación a la edad de inicio los resultados encontrados muestran una media mayor a la descrita en la literatura extranjera^(27,28) pero similar a trabajos nacionales en relación a atención en el sistema público.⁽²⁹⁾ Se puede hipotetizar que este hallazgo se debe a un subdiagnóstico de la enfermedad bipolar en etapas precoces por no reconocer en su momento la clínica del cuadro de inicio infantil, a la sobreposición semiológica con trastornos de personalidad del Cluster B llevando a confusión diagnóstica, a la dificultad en el seguimiento de estos pacientes por baja adherencia a los controles, falta de oportunidad de atención especializada, etc. Estas variables podrían explicar también el intervalo de tiempo que se produce entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico con el consiguiente agravamiento del cuadro.

Se observa que la mayor parte de la muestra se encuentra con algún estabilizador del ánimo siendo el más frecuente el carbona-

to de litio que alcanza a más de la mitad de los pacientes (51,9%) , no se observa un claro efecto antisuicida lo que podría explicarse por la difícil adherencia al uso de este EA debido a los efectos secundarios y en la tolerancia al fármaco y por lo tanto, no se obtienen niveles plasmáticos terapéuticos y mantenidos en el tiempo. Aquellos que no recibían estabilizadores del ánimo se encontraban en tratamiento con antipsicóticos atípicos de efecto estabilizante y sobre el control de la impulsividad como se observa en la muestra estudiada con el uso de risperidona.

La prescripción de antidepresivos en los pacientes estudiados alcanzan al 50,6 % de la muestra, lo que permite concluir que en el Hospital Higuera de Talcahuano se seguiría una postura liberal (europea) en relación al uso de antidepresivos a pesar que todo el equipo de psiquiatras del servicio ha recibido capacitación tanto formal como informal orientado a que se debe seguir una línea más purista (americana) donde las evidencias indican que no sería recomendable su uso por las consecuencias en relación al empeoramiento de la evolución a largo plazo de la enfermedad. Las motivaciones del equipo por continuar con esta práctica se desconocen y sería interesante realizar un estudio que diera luces sobre el particular así como porqué entre los antidepresivos usados los más frecuentes son fluoxetina y sertralina por sobre el bupropion o paroxetina, que según la literatura serían la elección por su menor riesgo de viraje. Podría argumentarse en relación al bupropión que su existencia es irregular dentro del arsenal terapéutico por lo que no está disponible permanentemente y sobre paroxetina su uso no ha sido de primera línea considerando el aumento de peso, especialmente en mujeres y por el síndrome de discontinuación que se presentaría por la asistencia irregular a controles y que provocaría deserción en el tratamiento.

Una explicación para entender este comportamiento tipo "liberal" en el uso de AD puede ser que frente a un paciente que

curso con una Depresión Bipolar el riesgo de un empeoramiento clínico más el alto riesgo suicida hace que se opte por obtener una rápida respuesta frente a los síntomas anímicos del paciente con AD y no administrar EA considerando el tiempo en dosis de carga para llegar a niveles terapéuticos y a la latencia en la acción. También se debe considerar el perfil de efectos secundarios de los EA lo que también incide sobre la decisión de indicarlos.

Es importante destacar la presencia de comorbilidad con el eje II o rasgos anormales de la personalidad en la línea cluster B donde se usan los IRSS para el manejo de la impulsividad. Los IRSS muestran una clara acción sobre los sistemas serotoninérgicos y su eficacia en la depresión, ansiedad y el control de conductas impulsivas.

Esta pudiera ser la realidad de muchos otros establecimientos de nivel secundario de la red de salud pública chilena, por lo que a futuro sería interesante realizar un estudio multicéntrico con un tamaño muestral importante que a su vez considere como variable el argumento de los psiquiatras en relación al uso o no de AD en pacientes bipolares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akiskal HS.: The clinical necessity of a return to Kraepelin's broad schema of manic depression. *Psychiatr Clin North Am.* 22; 3: xi. 1999.
2. Hirschfeld RMA, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Perlis RH, Supess T, et al. Practice guidelines for treatment of patient with Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1-50.
3. A.D. A.D. Herrera Polo; A. Santos Barroero; C. Pou Matarranz; M^a J. Elvira de la Morena; S. Teba Pérez; D. Miguel Ruiz. Trayectoria clínica en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I. *Interpsiquis.* -1; (2008).
4. Rihmer Z, Pestaloty P. Bipolar II disorder and suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22: 667-73.
5. M. Bousoño, E. Baca Baldomero, E.

Trabajos Originales

- Álvarez, I. Eguiluz, M. Martín, M. Roca, M. Urretavizcaya. Manejo de la depresión a largo plazo: la depresión bipolar. *Actas Españolas de psiquiatría*, 2008 Mar; 36 (2).
6. Boghos I. Yerevanian, Ralph J. Kock, Jim Mintz, Hagop S. Akiskal. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part 2. The Impact of antidepressant. *J Affects Dis*. September 2005 (vol. 88, issue 1, pages 47-63).
 7. Franco Benazzi, Department of Psychiatry, National Health Service, Forlì, Italy. Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age. *Journal of affective disorders*, Volume 75, Issue 2, Pages 191-195 (July 2003).
 8. López-Muñoz, F. Alamo, C. Cuenca, E. La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 34-CI-C.
 9. Ronald Kunh M.D. The treatment of depressive states with G22355 (Imipramine hydrochloride). *Am J Psychiatry* 115: 459-464, November 1958.
 10. Moller HJ, Grunze H. Have some guidelines for the treatment of acute bipolar depression gone too far in the restriction of antidepressants? *Eur Arch Psychiatry clin neurosci* 2000; 250: 57-68.
 11. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression *Am J Psychiatry*. 2004 Jan;161(1):163-5. ghaemi@hms.harvard.edu
 12. R. Bottlender, D. Rudolf, M. Jäger, A. Strauss y H.-J. Möller. ¿Son los pacientes con depresión bipolar I menos sensibles al tratamiento con antidepresivos que los pacientes con depresión unipolar? Resultados de un estudio de casos y controles. *Departamento de Psiquiatría, Universidad Ludwig-Maximilians, Nussbaumstrasse 7, 80336 Munich, Alemania*.
 13. Golberg JF Truman CJ. Antidepressant induced mania: an overview of current controversies. *Bipolar Dis* 2003; 5: 407-20.
 14. Joseph F. Goldberg, Roy H. Perlis, S. Nassir Ghaemi, Joseph R. Calabrese, Charles L. Bowden, Steve Wisniewski, Davoid J. Miklowitz, Gary S. Sachs, Michael E. Thase. Uso complementario de antidepresivos y recuperación sintomática en los pacientes con depresión bipolar con síntomas maníacos concomitantes: resultados STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(9).
 15. J.M. Crespo Blanco. El fenómeno del "switch" o inducción de virajes maníacos en el trastorno bipolar. Monografías de Psiquiatría. 2002 sep; (4) http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/9504/
 16. Rosa AR, Cruz N, Franco C, Haro JM, Betsch J, Reed C, Aarre TF, Sánchez Moreno J, Vieta E. Why do clinicians maintain antidepressant in some patients with acute mania? Hints from the European mania in Bipolar, Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM), a large naturalistic study. *J Clin Psychiatry*. 2010 mar 23.
 17. Ghaemi, S. Nassir; Lenox, Mara S.; Baldessarini, Ross J. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. Vol 62(7), Jul 2001, 565-569.
 18. Ryan J. Van Lieshout; Glenda M. Mac Queen. Efficacy and acceptability of mood stabilisers in the treatment of acute bipolar depression: Systematic review. *British journal of psychiatry*. 2010 ABR;196(4):266-273.
 19. L..A. Smith; V.R. Cornelius; J.M. Azorin...(et.al). Valproate for the treatment of acute bipolar depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2010 abr;122(2):1-9.
 20. Eduardo Correa D. y Juan Carlos Martínez A. Lithium as an antisuicidal drug. *Trastor. ánimo* 2005; Vol 1, N° 1: 58-66.

21. Jorge López-Castroman; Enrique Baca-García; María A Oquendo. Bipolar disorder: What effect does treatment adherence have on risk of suicidal behavior?. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2009;2(1):42-48.
22. S. Nassir Ghaemi; Douglas J. Hsu ; Federico Soldani ; Frederick K. Goodwin. Antidepressant in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Dis*. 2003 dic; 5(6) : 421-433.
23. Juan Carlos Martínez, Claudia González. Antidepressant treatment and manic switch. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2004; 42(3): 177-182.
24. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G; Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Dis* 2005; 85: 245-58.
25. S. Nassir Ghaemi, M.D.; Erica E. Boiman, B.A.; and Frederick K. Goodwin, M.D. Diagnosing Bipolar Disorder and the Effect of Antidepressants: A naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 61:10, October 2000.
26. Hadjipavlou G, Mok H, Yatham LN. Pharmacotherapy of bipolar II disorder: a critical review of current evidence. *Bipolar Disord*. 2004 Feb; 6(1):14-25.
27. Karno M., Hough RL, Burman MA et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non Hispanic white in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:695-701.
28. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola SA et al. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 771-8.
29. Retamal P, Humphreys D, Montt A, Astudillo L. Características de los pacientes con Trastorno del Ánimo Bipolar en la Unidad de Enfermedades del ánimo, Hospital El Salvador – Santiago Chile/Bipolar Illness in Santiago Chile. *Acta psiquiátrica Psicol. Am. Lat* 46 (1): 60-6, mar 2000 tab.graf.

Autorreporte de Ansiedad en Niños y Adolescentes Chilenos no Consultantes: Análisis de sus Dimensiones.

Anxiety self-report on non-consulting Chilean children and adolescents: dimensional analysis

Dra. Gloria Toledo¹, Dra. Consuelo Aldunate², Dra. Soledad Von Mühlenbrock M³, Dra. Marcela Larraguibel⁴, Dra. Irene Schiattino⁵.

Resumen. Los trastornos ansiosos en la población chilena infantojuvenil son de alta prevalencia y frecuentemente subdiagnosticados. Han existido variados intentos para crear instrumentos que ayuden a su tamizaje, dentro de estos el SCARED es uno de los más utilizados. Para la población hispanoamericana se adaptó este autoreporte de niños y adolescente (AANA) con características psicométricas adecuadas. El objetivo del presente trabajo es analizar la capacidad para discriminar entre Trastorno ansioso y sus distintas dimensiones (pánico/somático, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia social y fobia escolar) del AANA en población infantojuvenil chilena no consultante. Los resultados obtenidos mostraron que el instrumento estudiado es capaz de determinar un único constructo (ansiedad) y que los distintos ítems logran determinar las 5 dimensiones encontradas en el estudio original. De acuerdo a los resultados es posible concluir que el AANA es un instrumento adecuado para pesquisar trastornos ansiosos en la población infantojuvenil chilena estudiada.

Palabras Claves: *Trastornos ansiosos, ansiedad, infantojuvenil, AANA, Análisis factorial exploratorio.*

Abstract. Anxiety disorders in Chilean children and adolescents are highly prevalent and often underdiagnosed. Various attempts have been made to design tools which contribute in the screening of these conditions, among these the SCARED is one of the most popular ones. An adaptation of this instrument has been developed for hispanic population, the AANA (anxiety self-report for children and adolescents), which has proven adequate psychometric characteristics. The aim of this article is to analyze the AANA's discriminant capacity for anxiety disorders and its various dimensions (panic / somatic, separation anxiety, generalized anxiety, social phobia and school phobia) in Chilean non consulting children and adolescents. Our results showed that this instrument was able to determine a single construct (anxiety) and its items succeeded in identifying the 5 dimensions found in the original study. According to these results, we can conclude that the AANA is a suitable instrument for anxiety disorders screening in the Chilean child and adolescent population studied.

Key words: *Anxiety disorders, self-reporting, SCARED, exploratory factor analysis, children and adolescents.*

1 Psiquiatra infanto juvenil. Universidad de Chile. Asesora Externa Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

2 Médico Cirujano. Alumna programa Doctorado en Ciencias Médicas y Especialidad en Psiquiatría Infanto Juvenil. Universidad de Chile

3 Médico Cirujano. Residente de Psiquiatría Infanto Juvenil. Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile

4 Psiquiatra Infanto Juvenil. Profesor adjunto Clínica Psiquiátrica. Universidad de Chile

5 Profesora asociada. Departamento Salud Pública. Universidad de Chile.

Correspondencia: Gloria Keryma Toledo Casarino. Mail: dragtoledo@gmail.com Dirección: Holanda 3730 Depto 116. Ñuñoa, Santiago, Chile.

INTRODUCCION

Los trastornos ansiosos, en niños y adolescentes, presentan síntomas que pueden ser confundidos con las características propias de algunas etapas del desarrollo. Por esta razón pueden ser percibidos como conductas normales, generando un subdiagnóstico de estos trastornos (1) (2).

Estos cuadros psicopatológicos presentan una alta prevalencia en la población infantojuvenil, tanto como cuadro primario como comorbido. (3)(4)(5).

En Chile, se ha detectado que un 8,3% de niños y adolescentes presentan trastornos ansiosos asociado a limitación funcional (6), lo que es coherente con lo encontrado en la literatura internacional (7) (8).

La importancia de la detección precoz de los trastornos ansiosos radica en la prevención de las dificultades psicosociales, escolares y de auto imagen que pueden surgir en relación a estos cuadros clínicos. En la literatura nacional e internacional, se ha documentado que estas dificultades se asocian a un incremento del riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como depresión, suicidio y abuso de sustancias (9) (10). En este contexto, se hace necesario proporcionar herramientas a los clínicos de fácil y rápida aplicación para la detección de probables trastornos ansiosos, facilitando así, una oportuna derivación y tratamiento (12).

Dentro de estos instrumentos, el SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), diseñado a partir de criterios del DSM-IV, ha sido el más difundido y tiene por finalidad discriminar entre cuadros ansiosos y otras psicopatologías que se pueden presentar en la niñez y adolescencia. (19)(20). En la población infantojuvenil hispanoamericana, se han realizado diversos estudios para su adaptación y validación que confirman su uso en población clínica y consultante (11)(13)(14).

A nivel latinoamericano, se realizó en Mé-

xico un estudio de traducción y validación de la escala de ansiedad SCARED, en población adolescente no consultante, creándose el Autorreporte de ansiedad para adolescente (AANA) (11). La versión final consta de 41 ítems que conforman 5 factores que determinan psicopatologías ansiosas descritas en el DSM IV (pánico/somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar).

En Chile, se realizó la validación exploratoria del AANA, en una muestra de 100 niños y adolescentes entre 8 y 18 años consultantes a un Centro Privado de Salud Mental. A partir de este análisis, que consideró homogeneidad, capacidad discriminativa de cada uno de los ítems, consistencia interna y validez de constructo, se ratificó que este instrumento presenta una alta consistencia interna ($\alpha = 0.88$) la presencia de los cinco factores descritos (14).

En una segunda etapa, se diseñó este trabajo con el objetivo de analizar la capacidad discriminante para Trastorno ansioso y sus distintas dimensiones del AANA en población infantojuvenil chilena no consultante.

METODO

Se obtuvo una muestra representativa a través de un muestreo aleatorio estratificado de una población de niños y adolescentes, que cursaban entre segundo básico y cuarto medio, de cuatro establecimientos educacionales particulares subvencionados de la comuna de Independencia en Santiago de Chile.

Los estratos se definieron según el tipo de colegio y el nivel de enseñanza. El marco muestral utilizado para la selección de la muestra fue el directorio de colegios proporcionado por el Ministerio de Educación del año 2008.

Las unidades de muestreo en cada estrato (tipo de colegio y el nivel de enseñanza) se definieron como los elementos que serían seleccionados para el estudio. De esta

Trabajos Originales

forma, la muestra final determinada fue de 855 niños y adolescentes de ambos sexo entre 7 y 17 años 11 meses que cursaban entre segundo y cuarto año de enseñanza media.

Los criterios de inclusión fueron: lecto-escritura adquirida y consentimiento informado firmado por los apoderados. Se excluyeron de la muestra los niños y adolescentes con trastorno ansioso, retardo mental, psicosis y aquellos que declararan el deseo de no participar o no estaban presentes en el momento de la toma de la muestra.

El equipo de investigación solicitó autorización para realizar el estudio a los Directores y/o Jefe de la Unidad Técnico Pedagógica de los cuatro colegios particulares subvencionados seleccionados de la comuna de Independencia, y aplicó el instrumento a todos los niños y adolescentes en sus respectivas salas de clase.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de la información fue realizado usando el STATA 12 (15). Para lograr los objetivos propuestos, se aplicó un análisis factorial exploratorio (AFE) evaluando la pertinencia de este modelo mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Posteriormente, en base a los resultados obtenidos se aplicó un análisis factorial confirmatorio (AFC), en el marco de los modelos de ecuaciones estructurales (SEM). Dada la distribución de las mediciones se usó el método de estimación ADF (Asymptotic Distribution Free) que permite la no normalidad multivariante y que es una forma del método WLS (Weigthes Least Squares) (16).

El ajuste de este modelo se evaluó mediante el índice RMSEA (Root Mean Squared Error Aproximation). Si los valores de RMSA son inferiores a 0.05 el ajuste es bueno y entre 0.05 y 0.08 podría considerarse como razonable. Si el valor de este índice está sobre 0.1 entonces el ajuste no es bueno.

Previamente, según la distribución de las puntuaciones del instrumento, se aplicaron pruebas paramétricas o no paramétricas, para establecer diferencias significativas entre las puntuaciones del instrumento según género, y grupos de edad. También se estudió la consistencia interna de los datos y de cada una de las dimensiones mediante el índice α de Cronbach (17).

RESULTADOS

La muestra final quedó constituida por 560 niños y adolescentes, que corresponde al 65.4% de la muestra inicialmente seleccionada (855). La mediana de edad fue de 12 años (Rango Intercuartílico 6 años) quedando bajo esta mediana un 44,9% de la muestra. La distribución por sexo fue homogénea con un 49.7% de sexo masculino.

En la muestra total la mediana de los puntajes en el instrumento fue de 24 puntos con un rango intercuartílico de 15 puntos. Se observaron diferencias en estas puntuaciones totales por sexo y rangos de edad, siendo éstas significativamente más alta en las mujeres y en los menores de 12 años ($p \leq 0,05$) (Tabla 1).

Para el análisis de la validez del constructo (AANA) se consideraron cinco variables que representan cada una de las dimensiones consideradas por el instrumento (pánico somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar).

La consistencia interna de cada una de las dimensiones del autorreporte fueron: Pánico somático 0.78 (13 ítems), Ansiedad generalizada 0.74 (9 ítems), Ansiedad de separación 0.71 (8 ítems) y Fobia social de 0.72 (7 ítems). En el caso de fobia escolar (4 ítems) el α de Cronbach obtenido fue de 0,42, debajo de lo aceptado estadísticamente para esta prueba, situación que no afecta la consistencia interna final de las cinco variables que presentan una consistencia global de 0.80 (Tabla 2).

Para evaluar la validez del constructo se

aplicó el análisis factorial de componentes principales, el cual confirmó que las cinco variables determinadas por la suma de los ítems en cada dimensión, conforman un único constructo o factor latente: ansiedad. Los coeficientes de cada una de las variables en este factor fueron: pánico somático 0.75, ansiedad generalizada 0.70, ansiedad de separación 0.73, fobia social 0.63 y fobia escolar 0.53. El valor del índice KMO fue 0.84 lo que es indicativo de un buen ajuste.

Luego se realizó el análisis factorial confirmatorio (AFC) usando el método ADF (Asymptotic Distribution Free) aplicado al modelo conformado por las cinco variables (pánico somático, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia social y fobia escolar) que confirman la existencia de un sólo factor latente: ansiedad (Figura 1. Diagrama de trayectoria).

En este modelo los coeficiente de correlación entre ansiedad (factor latente) son para pánico somático de 0.77, ansiedad generalizada de 0.72, ansiedad de separación 0.75, fobia social 0.66 y fobia escolar 0.53. Esto puede ser interpretado como una existencia de una alta correlación entre el factor latente y las distintas dimensiones.

Los valores de los test de bondad de ajuste RMSEA (0.047) y TLI (0.913) del modelo parecen confirmar la hipótesis que el constructor Ansiedad podría estar compuesto por las cinco dimensiones, a saber, pánico-somático, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social, fobia escolar.

DISCUSIÓN

La presente investigación permite exponer la relevancia de realizar estudios de validación para distintos instrumentos, dentro de la población chilena infantojuvenil, a modo de facilitar el quehacer clínico y detectar en forma precoz cuadros psicopatológicos.

Los resultados obtenidos tras el análisis factorial exploratorio y confirmatorio del

autorreporte de ansiedad para niños y adolescentes, indican que este instrumento logra discriminar un único constructo (ansiedad) dentro de una población infantojuvenil no consultante. Conjuntamente se observó que todos los ítems evaluados conforman las 5 dimensiones (pánico somático, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, fobia social y fobia escolar) descritas en la literatura internacional.

En el estudio realizado, se visualizó que la fobia escolar presenta una baja consistencia interna, lo cual podría ser explicado por el escaso número de ítems destinados para este cuadro en el autorreporte. También es posible, desde la observación clínica y lo encontrado en otras investigaciones (18) que el comportamiento de esta dimensión, puede deberse a que los ítems de fobia escolar, quedarían comprendidos dentro de las otras dimensiones, ya que la sintomatología característica puede ser secundaria a otro tipo de trastorno ansioso.

Además, se encontraron diferencias significativas por género entre los puntajes totales y de cada una de las dimensiones, excepto fobia social, lo cual es explicable por la mayor prevalencia de psicopatología con sintomatología internalizante en las mujeres, como lo son los trastornos ansiosos y depresivos (21). Sin embargo, se debe tener en cuenta que en ocasiones síntomas conductuales, más frecuentes en hombres, también pueden corresponder a cuadros ansiosos.

En relación a la edad, se observó que los menores de 12 años presentan mayores puntajes tanto en las dimensiones pánico/somático y ansiedad de separación como en el puntaje total, siendo esta diferencia significativa.

Ambas diferencias encontradas, por género y rango de edad, son similares a lo descrito en el estudio epidemiológico de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes chilenos (6).

Las limitaciones de este estudio son prin-

Trabajos Originales

cialmente en relación a la muestra. La selección de ésta, se realizó de manera aleatoria utilizando el software computacional Stata 12 quedando constituida por 4 colegios pertenecientes al sistema educacional particular subvencionado, de un sector de la región metropolitana con un nivel socioeconómico bajo (estrato D). Es necesario considerar que dentro la Región Metropolitana la comuna de Independencia es una de las con mayor porcentaje de población inmigrante (22). Ambos factores, nivel socioeconómico y porcentaje de inmigrantes, puede dificultar la extrapolación de estos resultados a la población general.

También es posible considerar como otra limitante, la recolección de la muestra, ya que de un tamaño inicial calculado de 855 niños y adolescentes, sólo un 65,4% participaron del estudio dado que el resto de la población no cumplió con los criterios de inclusión o bien no asistieron el día en que se aplicó el instrumento.

Dentro de los próximos estudios, sería importante evaluar el comportamiento del instrumento en una población clínica a modo de evidenciar su capacidad discriminante entre los trastornos ansiosos y otros cuadros psicopatológicos.

Tabla 1. Medianas y Rangos Intercuartílicos de las puntuaciones del instrumento completo y por dimensiones en la muestra total, según género y grupos de edad.

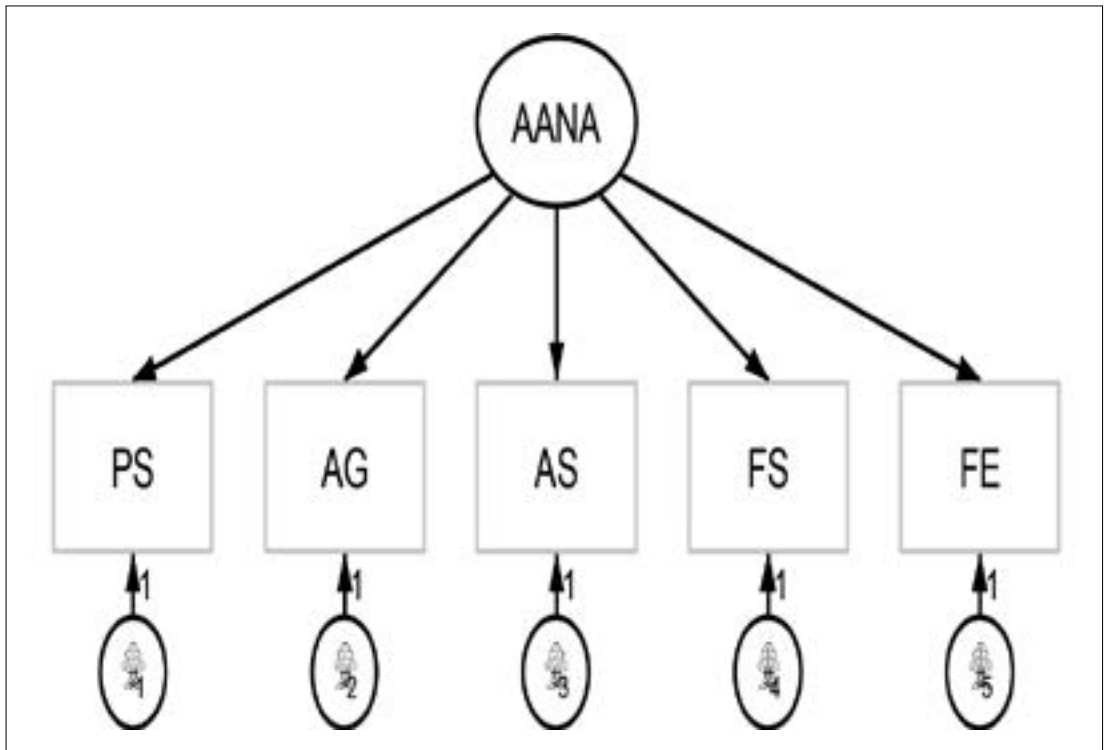
	Puntaje total AANA	Dimensiones				
		Pánico/Somático Med (R.I.)	Ansiedad Generalizada Med (R.I.)	Ansiedad de Separación Med (R.I.)	Fobia Social Med (R.I.)	Fobia Escolar
Muestra total (n=560)	24(15)	4(4)	8(4)	5(5)	5(4)	2(2)
<i>Según género</i>						
Hombre (n=279)	22(13)*	4(4)*	7(5)*	4(5)*	4(4)*	2(2)
Mujeres(n=281)	27(16)	5(5)	8(5)	5(4)	5(4)	2(1)
<i>Grupos de edad en la muestra total</i>						
7 a 12 años (n=308)	26(17)*	5(5)*	8(6)	6(4)*	5(5)	2(2)
13 a 18 años (n=252)	23(11)	4(5)	8(4)	4(4)	5(4)	2(2)
<i>Hombres según grupos de edad</i>						
7 a 12 años(n=172)	23.5(15)*	4(4.5)	7(5)	6(4)*	4.5(4)	2(2)
13 a 18 años (n=107)	21(11)	4(3)	8(5)	3(3)	4(4)	2(2)
<i>Mujeres según grupos de edad</i>						
7 a 12 años(n=136)	28(17)*	5(6)	8(6)	7(3)*	6(4)*	2(3)
13 a 18 años (n=145)	25(14)	5(5)	8(5)	5(4)	5(5)	2(1)

* diferencias significativas ($p \leq 0,05$)

Tabla 2. Consistencia interna de las cinco dimensiones consideradas como suma de puntajes de los ítems.

Items	Obs	Item-test correlation	Items-rest correlation	alpha
Pánico-Somático	560	0,84	0,68	0,73
A.Generalizada	560	0,80	0,64	0,74
A.Separación	560	0,80	0,66	0,73
Fobia social	560	0,73	0,58	0,76
Fobia escolar	560	0,57	0,48	0,71
Test scale				0,80

Figura 1. Diagrama de trayectoria (AFC para un factor) de la escala de Ansiedad para niños y adolescentes (AANA) y las dimensiones PS=Pánico somático AG=Ansiedad generalizada AS=Ansiedad de separación FS=Fobia social FE=Fobia escolar.



BIBLIOGRAFIA

1. Lewis M. Child and Adolescent. A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams and Wilkins, 2002.; 67:821-34.
2. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, editores. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Reino Unido: Editorial Blackwell, 2008
3. Kashani, J. H.&Orvaschel, H. A community study of anxiety in children and adolescent. Am. J. Psychiatry, 1990; 147:313-318.
4. Bernstein GA, Borchardt CM.: Anxiety Disorder in Childhood and Adolescent: A Critical Review. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1991;

Trabajos Originales

- 30: 519-532.
- Simon E, Bogels SM. Screening for anxiety in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Oct; 18(10):625-34.
 - Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia S, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2012 Oct; 56 (10); 1026-1035.
 - Costello EJ.: Child Psychiatry Disorders and their Correlates: A Primary Care Pediatric Sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; 28:851-855.
 - Kashani JH, Orvaschel H.: Anxiety Disorders in Midadolescence: A Community Sample. *Am. J. Psychiatry*, 1988; 145:960-964.
 - Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakis B, Silverman AB Frost AK: Psychosocial Risk for Mayor Depression in Late Adolescent: A Longitudinal Community Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993; 32:1155-1163.
 - Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M et al: Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993; 45:1120-1126.
 - Sánchez S. (2001) Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes. Tesis para subespecialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia. Universidad Nacional Autónoma de México
 - Lipsitz JD, Martin L, Mannuza S et al.: Childhood Separation Anxiety Disorders in Patients with Adult Anxiety. *Am. J. Psychiatry*, 1994; 151:927-929.
 - J. Vicuña, M.D., Del Bosque J, M.D.: Traducción, sensibilidad y confiabilidad de la escala de ansiedad para niños y adolescentes (SCARED), Trabajo de tesis para subespecialidad en Psiquiatría infantil, Hospital Navarro, 1997.
 - Larraguibel, M. Toledo, G. Schattino, I. Evaluación de validez de escala de ansiedad para niños y adolescentes en población Chilena. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. Larraguibel, Marcela; Toledo, Gloria; Schiattino, Irene. Evaluación de validez de escala de ansiedad para niños y adolescentes en población chilena. *Rev. Psiquiatr. Clin.* 45(1/2):48-58, dic. 2008.
 - Stata structural equation modelling. Reference manual. Release 12 (2011) A Stata Press Publication Stata Corp LP College Station, Texas.
 - Brown, T. A. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. The Guilford Press. New York.
 - Von Mühlbrock M., Toledo G., Aldunate C., Schiattino I., Correa C., Peralta E., Larraguibel M. Descripción del comportamiento de la Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes (AANA) en Población Chilena. *Psiquiatría y Salud Mental* ; 2011; XX-VIII (1): 13-23.
 - Vigil-Colet A, Canals J, Cosi S, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. (2009) The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 2009; 9:313-327
 - Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., David Brent M.D., et al: The Screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997; 36:4: 545-549.
 - Birmaher B., Brent D.A., Chiappetta L, Bridge J, et al: Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Oct;38(10):1230-1236.
 - Almonte C., Montt M.E. *Psicopatología infantil y de la adolescencia. 2ª Edición* Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile 2012 :114- 125
 - Adimark. (2003) Mapa Socioeconómico de Chile. Nivel socioeconómico de los hogares del país basados en datos CENSO.

Duelo en una Unidad de Neonatología: Descripción de un Taller grupal para una intervención adecuada

Bereavement in a neonatology unit: description of a group intervention

Dra. Laura Kamei¹, Dra. Claudia Torres¹, Dra. Mónica Kimelman¹.

Resumen. El adecuado manejo del duelo de los padres ante el fallecimiento de su hijo en la Unidad de Neonatología, constituye un desafío para cada uno de los integrantes del equipo de salud que conforman la unidad.

Para apoyar y facilitar este desafío la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau cuenta con un protocolo de manejo emocional de los padres ante la muerte de un paciente y la colaboración de la Unidad de Psiquiatría Infanto- Juvenil de la Universidad de Chile, campus Sur.

Debido a las dificultades percibidas por el equipo de neonatología para hacer frente a una serie de fallecimientos de pacientes y las reacciones emocionales de sus padres, solicitan capacitación en duelo a la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile, lo que motivó a preguntarnos como enfrentaban el duelo de ellos mismos como equipo y hasta que punto conocían y aplicaban el protocolo existente. Secundariamente también se planteó el objetivo de actualizar dicho protocolo con la literatura actual, para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica usando la base de datos Medline, de ensayos y estudios clínicos centrados en el tema de duelo en el periodo neonatal. Limitando a la información publicada en español e inglés, desde el año 2000 a 2009, y se comparó la información recabada con el protocolo existente.

Para satisfacer la demanda planteada y responder nuestras interrogantes se elaboró e implementó un taller grupal semi-estructurado sobre manejo de duelo en neonatología, dirigido a todos los funcionarios de la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau, que se realizó en 3 sesiones durante el período Agosto - Noviembre de 2009. En estas sesiones se abordaron los siguientes temas: Impacto de la muerte de un paciente en la unidad, el proceso de duelo, y procedimientos recomendados en el manejo del duelo de los padres en la unidad.

Como resultado los participantes relataron sus vivencias frente a la muerte de un paciente y como sienten que afecta su ejercicio profesional. Destaca que aunque la mayoría desconocía la existencia de un protocolo de duelo, tenían conocimiento sobre la importancia del manejo inicial de la muerte con los padres para su proceso de duelo e implementaban conductas acertadas al respecto, tales como el uso de lenguaje simple; permitir el contacto directo con el paciente; tolerar reacciones de rabia o negación de los padres y el uso de "la sala de duelo" (una sala privada decorada con una cuna).

También refirieron no contar con instancias de autocuidado, y que los afectos personales no eran abordados como parte del ejercicio clínico.

Al realizar los grupos de discusión de los temas planteados, los participantes se dividieron espontáneamente por estamentos (Médicos, matronas y técnicos paramédicos) lo que per-

¹ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur.
Correspondencia: Dra. Laura Kamei laura.kamei@gmail.com

Trabajos Originales

mitió incluir secundariamente esta variable en el análisis de los resultados. En forma general todos expresaban la necesidad de capacitación en el manejo del duelo ante la muerte de un paciente. En este punto a los médicos les interesaba adquirir herramientas para informar la muerte (o inminente muerte del paciente) y como contener la reacciones emocionales de los padres. Mientras que las matronas refirieron sentirse más seguras en su capacidad de contención con los padres, y los técnicos se centraron más en sus propias emociones ante la muerte de un paciente y en cómo elaborarlas para que no afectaran su vida personal y laboral.

Otro aspecto fue el grado de involucramiento emocional con el paciente, donde los médicos reportaron ejercer un distanciamiento afectivo activo para evitar que sus afectos afectaran su juicio clínico, lo que no se presentó en los otros estamentos, donde incluso tendían al sobre-involucramiento, con reacción emocional intensa ante la muerte del paciente.

En los ejercicios de expresión emocional, los médicos presentaron dificultad en expresar sus sentimientos ante la muerte, recurriendo a argumentos racionales, en tanto el resto se desarrolló en forma más espontánea. La mayoría se identificó con las emociones del otro y sintió el espacio como una instancia de catarsis.

Como resultado de esta experiencia fue posible establecer cuáles son las actuales intervenciones que se realizan en esta unidad frente a la muerte de un paciente y las diversas dificultades que existen en el equipo para hacer frente a esta pérdida, tanto en el plano personal como en el profesional, en términos del manejo de la interacción con los padres del recién nacido.

De acuerdo a nuestro análisis, la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau se encuentra bien preparada para afrontar la muerte de un paciente, en lo que respecta al manejo y contención de los padres, cumpliendo en gran medida y sin saberlo, con los procedimientos establecidos en el protocolo de duelo de dicha unidad.

Sin embargo queda de manifiesto la dificultad de abordar la experiencia de duelo dentro del mismo equipo de salud, lo que podría explicar la sensación de inseguridad respecto al manejo de los padres.

Dado que se evidenció que el equipo no dispone de otras instancias de autocuidado o contención emocional, se sugiere continuar con los talleres, intentando crear un espacio tanto para la reflexión en torno al trabajo realizado con los padres en duelo, como para el autocuidado del equipo frente a situaciones de gran carga emocional. Junto con crear una instancia de apoyo psicológico para el equipo tratante tras la muerte de un paciente.

Aunque el equipo aplica las recomendaciones del protocolo actualizado de duelo, recomendamos que éste sea difundido de forma sistemática para aumentar la confianza del equipo sobre su actuar en duelo.

Palabras Claves: duelo, unidad de neonatología, equipo, taller grupal.

Abstract. The proper management of grief of parents upon the death of his son in a Neonatal Unit is a challenge for each of the health members.

To support and facilitate this challenge the Neonatal Unit of the Hospital Barros Luco Trudeau has a protocol of parental emotional management over the death of a patient and the collaboration of the Child and Adolescent Psychiatry Unit at the Universidad de Chile, South Campus.

Because of the barriers identified by the neonatal team to address a number of patient deaths and emotional reactions of their parents, request training to the Child and Adolescent Psychiatry at the University, which led to wonder how they faced the duel as a team and to what extent they knew and applied the existing protocol. Secondly also pose the aim of updating the protocol with the current literature, for which we performed a literature search using the Medline database of clinical trials and studies focusing on the theme of mourning in the neonatal period. Limiting the information published in Spanish and English, from the year 2000-2009, and compared the collected information with the existing protocol.

To satisfy these demand and answering our questions, we developed and implemented a semi - structured workshop on managing neonatal death, directed to all the staff of the Neonatal Unit of the Hospital Barros Luco Trudeau. This Workshop was held in 3 sessions during the period from August to November 2009. These sessions covered the following topics: Impact of the death of a patient in the unit, the grieving process , and actions in the management of grieving parents in the unit.

As a result the participants shared their experiences about the death of a patient and how they felt that affected their job. Most of them were unaware of the existence of a protocol of mourning, however they were aware of the importance of initial management of grieving parents to help them to endure their loss; And implemented successful behaviors about it, such as the use of simple language, allowing direct contact with the patient, tolerate anger or denial reactions of parents, and the use of the “ mourning hall “ (a private room furnished with a cot).

They had also reported no instances of self-care, and personal affections were not addressed as part of clinical practice .

When the discussion of the issues raised , participants spontaneously split in estates (Physicians , midwives and paramedical) allowing include this variable in the analysis of results. In general all expressed the need for training in the management of grief at the death of a patient. At this point the physicians were more interested in acquiring tools to report the death to the parents (or imminent death of the patient) and how contain the parents' emotional reactions . While midwives said they felt secure about their capacity with parents in these topic. And technicians were focused more on their own emotions at the death of a patient and how to develop them so they do not affect their work and personal life.

Another aspect was the degree of emotional involvement with the patient, where physicians reported an active exercise of emotional distance to keep their emotions to affect their clinical judgment, which did not occur in the other levels, where even tended to overinvolvement with intense emotional reaction at the death of the patient.

In emotional expression exercises, physicians had difficulty expressing their feelings about death, using rational arguments, while the rest was developed in a more spontaneous way. Most identified with the emotions of others and felt the space as an instance of catharsis.

As a result of this experience was possible to establish which are the interventions made by this unit to handle the grief from the death of a patient and the various difficulties that exist in the staff to deal with this loss, both personally and in the professional management, in terms of interaction with the parents of the newborn.

According to our analysis , the Neonatal Unit of the Hospital Barros Luco Trudeau is well prepared to face the death of a patient, with respect to the management and control of parents, largely fulfilling the procedures protocol established in the unit, even though they were unaware of it.

Was also demonstrated the difficulty to address the death experience within the staff, which could explain the feeling of insecurity regarding the management of the parents.

Since it was evident that the staff has no other instances of self-care or emotional support, it is suggested to continue with the workshops, trying to create a space for reflection on the work done with parents and the staff self-management of emotionally charged situations. Along with creating an instance of psychological support to the medical team after the death of a patient.

Although the staff implements the recommendations of the updated protocol of mourning , we recommend that it be spread systematically to increase the confidence of the staff on their actions in mourning.

Key words: *grief, neonatal unit, staff, workshop.*

Trabajos Originales

INTRODUCCIÓN

El término duelo se emplea para denominar una serie de procesos psicológicos debido a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces (1).

El duelo se desarrolla progresivamente en etapas desde el dolor de la pérdida hasta la aceptación de ésta y reorganización de la vida psíquica sin la persona amada.

Existen diversos factores que pueden alterar el desarrollo adaptativo de este proceso. Estos factores de riesgo pueden ser tanto personales como contextuales.

Cuando fallece un recién nacido en una unidad de neonatología, se presentan las siguientes particularidades que pueden constituir un factor de riesgo para un proceso de duelo sano.

- Pacientes con mayor vulnerabilidad biológica y por tanto una tasa de morbilidad alta (2).
- Situaciones clínicas que están en el límite de las capacidades técnicas actuales y que generan una serie de dilemas éticos (3,4).
- Dificultad en establecer pronóstico con el grado de certeza deseado (5).
- Interacción permanente del equipo con los padres como sujetos estrechamente implicados en el proceso de enfermedad y responsables de la vida del recién nacido (6).
- Fallecimiento de un ser en una etapa del ciclo vital en que no se espera que ocurra.

El modo como el equipo de salud vivencie su duelo y aborde la muerte del recién nacido con los padres influirá significativamente en la elaboración del duelo de estos (7). He aquí la importancia de abordar la potencial muerte de un paciente como una intervención coordinada entre los miembros del equipo y no de forma improvisada.

Uno de los aspectos para lograr lo anterior de forma adecuada, es que los integrantes del equipo tratante reconozcan y expresen

sus propias emociones respecto a la muerte del recién nacido adecuadamente entre ellos y los padres.

El Departamento de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile, sede sur, trabaja desde hace años con la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau, en la pesquisa y tratamiento de díadas de alto riesgo relacional; y en la atención y manejo de duelo inicial en neonatología. En el contexto de estas actividades, se solicitó al equipo de Psiquiatría la realización de una capacitación en duelo, ya que a propósito de una serie de fallecimientos de pacientes en un breve periodo de tiempo, varios miembros del equipo de neonatología presentaron dificultades para manejar sus propios sentimientos de pérdida y el sufrimiento de los padres.

De este modo surge la necesidad de abordar la problemática que presenta el fallecimiento de un paciente en esta unidad, su impacto en los funcionarios que trabajan en ella y los recursos con los que cuentan para enfrentar esta situación a nivel personal y con los padres. Además se planteó la necesidad de reevaluar el protocolo de manejo de duelo existente, para actualizarlo con la literatura actual respecto al manejo del duelo en neonatología.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el manejo actual que realiza la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau cuando se ve enfrentada a la muerte de un paciente, mediante la evaluación cualitativa del cumplimiento de pautas mínimas necesarias de manejo en duelo, en términos de procedimientos y recursos, basándonos en las recomendaciones existentes en la literatura.

Objetivos específicos

- Proporcionar a los funcionarios un espacio de reflexión y expresión emocional para abordar el impacto de la muerte en

ellos mismos y dentro del equipo de salud.

- Facilitar el intercambio de experiencias entre los distintos estamentos y reflejar las ventajas de compartirlas con el resto del equipo.
- Comprender la importancia de abordar la situación de fallecimiento de un paciente para enfrentar el estrés y el potencial agotamiento del equipo de salud.
- Dar a conocer las necesidades de los padres ante el fallecimiento de un hijo para brindarles un apoyo oportuno y eficaz.
- Aprender estrategias para hablar con los padres sobre la muerte de su hijo de forma empática y contenedora, y así facilitar la comunicación con ellos durante su estadía en neonatología con el fin de posibilitar una adecuada elaboración de la memoria del niño fallecido.
- Comprender las percepciones que los padres tienen del equipo de salud y de los procedimientos llevados a cabo por estos para comprender sus reacciones emocionales.
- Conocer los procedimientos mínimos necesarios recomendados por la literatura para el manejo del duelo en Unidades de Neonatología.
- Comprender la importancia de seguir un protocolo de apoyo para las familias que están en duelo.
- Dejar a disposición del equipo de neonatología una actualización del protocolo de duelo ya existente en base a las recomendaciones de la literatura internacional y la experiencia recogida en estos talleres.

Variables

1. Recursos Humanos

- Grado de conocimiento de la existencia de procedimientos protocolizados y recomendados para el manejo del duelo en la unidad.
- Número de profesionales de apoyo del área de salud mental con los que cuenta la unidad.

2. Procedimientos

- Existencia de un protocolo de procedi-

mientos mínimos necesarios para el manejo del duelo en una unidad de Neonatología

- Grado de cumplimiento del protocolo de duelo de la unidad.

3. Infraestructura

- Condiciones mínimas de estructura de la planta física, en términos de la existencia de:

Sala de duelo dentro de la unidad.

Espacio privado dentro de la unidad para la entrevista del equipo de salud con los padres.

Marco teórico

El nacimiento de un ser humano no sólo presenta una dimensión biológica sino que también una dimensión simbólica social, a través de la cual, dos individuos adquieren el rol social de padres (3). Por esta razón se convierte en un acontecimiento que exige la adaptación y reorganización tanto a nivel individual, familiar, como social (8). Entonces la alteración con resultado de muerte en el curso natural y esperado de esta etapa, generará un impacto enorme, ya que en definitiva nadie espera que un bebé muera (8).

Aunque la mayoría de los embarazos termina con el nacimiento de un bebé sano, hasta el 15% de los embarazos se pierden en el 1° trimestre, 1 - 2% en el 2° trimestre, y otro 1% en el 3° trimestre y el 1° mes después del nacimiento (9).

Respecto a esto último (muerte después del nacimiento). En la actualidad, los nacimientos prematuros han aumentado y por ende la morbilidad neonatal, lo que contribuye a la mortalidad infantil. Por ejemplo, en nuestro país en el año 2000, se registraron 248.368 nacidos vivos, de ellos 0,9% correspondió a menores de 32 semanas, 0,9% a menores de 1500 gramos y 0,5% a mayores de 1500 gramos, pero menores de 32 semanas (10). Esto también se ha observado en Chile (11).

La sobrevivencia de estos neonatos varía con-

Trabajos Originales

siderablemente. La sobrevida global para los recién nacidos (RN) menores de 1500 gramos es alrededor de 60% y para los menores de 1000 gramos es aproximadamente de 28%. (10). Del mismo modo, en neonatos con edad gestacional menor o igual a 32 semanas se ha estimado 3 veces más riesgo de morir bajo los 1000 g, en tanto, y específicamente se ha estimado 2,2 veces más riesgo en neonatos con un peso bajo 600 g respecto de niños con un peso entre 900 y 999 g. (11).

A través de estas estadísticas es posible observar de qué manera han cambiado los límites de viabilidad en el último tiempo, aumentando el grado de complejidad de las unidades de neonatología, y con ello la posibilidad de enfrentarse a situaciones de muerte y duelo neonatal.

De esta forma la muerte neonatal, calificada como una pérdida devastadora y profunda (2), se convierte en una situación factible de ser enfrentada por el equipo de salud, complejizado aún más el trabajo en una unidad de Neonatología.

El duelo por sí mismo ya es un tema complejo. Se reconoce la variedad de experiencias de duelo, que difieren considerablemente en intensidad y duración entre los distintos grupos culturales y de persona a persona (12).

Se sabe que es un proceso normal y dinámico que permite integrar la pérdida y aprender a vivir sin la persona fallecida (13), y cuyo espectro de alteraciones emocionales, cognitivas, sociales y conductuales es muy amplio, pudiéndose observar desde alteraciones apenas perceptibles hasta estados de profunda angustia (12).

En el caso de la muerte neonatal, el duelo se experimenta como un proceso que difiere en muchos aspectos de aquel asociado con otras pérdidas (14).

Desde la perspectiva parental, es un proceso emocionalmente difícil para los padres, que deben enfrentar las esperanzas y

sueños contruidos durante el embarazo, y comprender que no tendrán la oportunidad de disfrutar el futuro en compañía de su hijo. En ellos se describen reacciones inmediatas de duelo tales como: shock, negación, ira, depresión; incluyendo además la sensación de pérdida de control, culpa y sensación de ineficacia (15).

Como ya se señaló, este es un proceso natural y dinámico, que suele resolverse progresivamente; sin embargo en ocasiones puede derivar en un proceso de duelo complicado con todas las consecuencias que ello conlleva tanto para el individuo como para la familia (15).

Diversos estudios han mostrado que el mayor riesgo de presentar un duelo complicado, está asociado a padres con bajos niveles de apoyo (red social percibida) y a aquellos con antecedentes de problemas de salud mental (16). De modo que los profesionales de salud deberían alentar a estos padres no sólo a expresar sus sentimientos sino que a buscar ayuda si es necesario, evitando con esto la aparición de un duelo complicado.

Desde la perspectiva del equipo de salud tratante, el proceso no es menos difícil, porque se entiende el sentido de lo irremediable y se puede anticipar el dolor de la pérdida.

Es así como dentro de los integrantes del equipo de salud, se observan una diversidad de emociones que pueden dar lugar a obstáculos en su interacción con la familia y a un posterior distanciamiento de ésta; situación preocupante si se considera que las interacciones de los integrantes del equipo de salud con los padres en el momento de la muerte de un niño pueden (7,17):

- Modificar cómo la familia se adapta y enfrenta esta situación.
- Aliviar o exacerbar la cantidad de culpa que la familia puede experimentar.

Por lo tanto es fundamental mejorar la educación sobre el manejo de situaciones

de muerte y duelo en los equipos de salud neonatal, al saber que los acontecimientos que en general rodean el nacimiento y muerte del bebé modifican el duelo de los padres (7).

En el último tiempo, la intervención con padres en duelo ha cambiado significativamente (9, 13,18). Hace unos años predominaba un modelo en que se negaba el dolor, donde el objetivo era que la madre no se vinculara con el hijo muerto, eliminando cualquier señal de su existencia, de modo que se evitaba que la madre estuviera en contacto con el cuerpo del bebé y durante el proceso muchas veces era sedada. Además se recomendaba a la madre buscar otro embarazo rápidamente, para que un hijo sustituyera al otro.

A diferencia de lo que sucedía hace 30 años atrás, los modelos actuales de afrontamiento del duelo enfatizan el beneficio que significa para los padres construir y preservar el vínculo con su hijo (9,17,18), centrándose en la creación del sentido de pérdida, facilitando la expresión de dolor y proporcionando un ambiente favorable (13).

Han sido publicadas varias recomendaciones para el manejo del duelo en unidades de neonatología. Sin embargo, las recomendaciones difieren considerablemente en su alcance y enfoque, y hay una escasa evaluación respecto a si estas recomendaciones se ponen en práctica (9). Aún así, varias unidades de neonatología en el mundo ya cuentan con procedimientos normados para enfrentar un proceso de duelo. A modo de ejemplo, en EE.UU. se ha informado que el 82% de los equipos neonatales encuestados en 125 hospitales tenían un protocolo de duelo (19).

Al hacer una revisión de la literatura disponible respecto a las intervenciones prácticas para el apoyo de los padres en duelo, se constata que han sido descritos una serie de procedimientos mínimos necesarios a seguir frente a la muerte de un paciente en una unidad de Neonatología. Estos son:

1. *Comunicación clara y consistente*

El primer paso es evaluar las expectativas y miedos de los padres. No hay que olvidar que esta puede ser la primera experiencia de los padres en un contexto como la UCIN, en donde se deben familiarizar con:

- Personas desconocidas (funcionarios) con quienes deben empezar a conversar diariamente.
- Tecnología desconocida hasta ese momento (tubos, incubadoras, respiradores, etc.).

Luego de esta primera evaluación, hay que tener presente que:

- Se sabe que el contenido y el estilo de la entrega de la información afecta la comprensión y aceptación de ésta por los padres, porque cuando los padres entienden las complejidades del diagnóstico, la ansiedad asociada con lo 'desconocido' es menor (20).
- Los padres pueden necesitar escuchar la información más de una vez, en un lenguaje claro y sencillo, adecuado a su nivel de educación.
- Se deben evitar los eufemismos y juicios de valor.
- El equipo debe mostrarse sin incomodidad al usar la palabra muerte con los padres, la fuerza de la palabra ayuda a validar la experiencia (6,13).
- El uso del nombre del bebé es fundamental para validar su identidad (21)
- Por lo tanto durante todo el proceso el bebé debe ser llamado por su nombre.

La comunicación no debe ser percibida como unidireccional, es importante permitir a los padres hablar (13). Esto porque hay una relación directa entre la cantidad de tiempo que la familia habla durante una reunión y la satisfacción de la familia con esa reunión (22). Esta interacción mutua permite a los padres hacer preguntas e identificar los puntos que requieren aclaración.

Por otro lado, muchos padres sienten que es útil incluir a los miembros de su familia extendida en las reuniones en torno al diagnóstico, pronóstico y cuidados finales (20).

Los padres valoran que se les entregue un pronóstico claro, aunque éste sea sombrío (23,24). Sin embargo, ellos también desean aferrarse a una esperanza, por lo que el equilibrio en la entrega de la “cantidad correcta de esperanza” sigue siendo un desafío para el equipo de salud (6,20). Pueden surgir problemas, sobre todo cuando el pronóstico es incierto, lo que puede suceder a menudo (5). Incluso entonces, los padres prefieren que esta incertidumbre sea comunicada de manera clara (6, 25).

Los padres valoran la comunicación constante con el equipo y reportan la importancia de la continuidad en la atención, esto último en términos de los posibles cambios en el tratamiento o los eventuales cambios en los miembros del equipo (5,24).

Los padres a menudo reportan frustración por mensajes contradictorios recibidos de los diferentes miembros del equipo (26).

2. Toma de decisiones compartida

La mayoría de los padres desea estar involucrados en la toma de decisiones en relación a los cuidados finales proporcionados a su bebé. Sin embargo no todos los padres desean la responsabilidad de tener que tomar la decisión final (6).

Por otro lado, las percepciones del equipo, respecto al deseo de participación de los padres en la toma de decisiones, son a menudo inexactas (20, 27).

Los padres confían más en el equipo médico que en familiares y amigos para orientarlos en la toma de decisiones (24). Un enfoque para la toma de decisiones es conceptualizar la conversación en términos de los objetivos de la atención. Los objetivos se originan en la esperanza y valores de los padres. Es tarea del médico ayudar a la familia a explorar cuáles de esos objetivos son realistas y cuáles pueden implicar un sufrimiento prolongado.

Este enfoque con frecuencia evita el conflicto, dando igual peso en la conversación a la familia y al equipo médico. Los padres

se sienten escuchados, porque la conversación se inicia con sus esperanzas de recuperación. Al mismo tiempo, el equipo tiene la oportunidad de dar recomendaciones claras en base a sus conocimientos (6, 25).

El proceso de toma de decisiones compartidas no termina con la consecución de la decisión. El equipo debe tratar de ayudar a los padres a considerar que han tomado la decisión correcta.

3. Apoyo físico y emocional en el momento de la muerte

Cuando la muerte es un resultado esperado, es importante preparar a los padres para los cambios físicos del proceso de morir, que incluyen cambios en el color de la piel, la temperatura y el patrón respiratorio. Esta guía anticipatoria puede aliviar los temores comunes acerca de los síntomas de la muerte (28).

Igualmente importante es explicar que el momento exacto del fallecimiento es imposible predecir con precisión. Esto es útil para proporcionar la seguridad de que la ausencia de una muerte rápida no implica que la información o el diagnóstico entregado sea incorrecto.

Los padres también deben estar preparados para la sobrevida inesperada de un RN a pesar de su “mal pronóstico” después del retiro del apoyo vital. Una vez más, una comunicación permanente es fundamental.

Se ha constatado que en el momento de la muerte los padres valoran:

- La expresión emocional de los miembros del equipo.
- El tratamiento cuidadoso y respetuoso del cuerpo del bebé incluyendo el lavado y preparación para el transporte a la morgue.
- El apoyo verbal y emocional a la familia, animándoles a expresar sus emociones y dándoles un espacio de privacidad cuando sea necesario.

Al revisar la literatura disponible, es posible plantear 4 puntos claves durante el pe-

riodo peri-mortem. Estos son:

- a. Contacto físico con el bebé
La mayoría de los padres valoran el poder tomar en brazos a su hijo, incluso si tienen dudas en un inicio (23, 29,30). Los padres de los bebés muertos que fueron disuadidos de tomar en brazos a su bebé por parte del personal después lo lamentaron (9). Sin embargo, se debe respetar si los padres no desean hacerlo.
- b. Apoyo a los padres y familiares para despedirse
El apoyo físico y emocional en el momento de la muerte incluye un entorno privado y confortable (7).
- c. Creación de recuerdos
Se ha descrito como el mayor temor de las madres, el que sus hijos sean olvidados (13). La creación de recuerdos es un paso valioso en el proceso de duelo. Algunos padres han lamentado no haber tomado fotos cuando recuerdan su experiencia (9). Aquí el equipo está llamado a facilitar el proceso (6).
- d. Entierro y funeral
Los rituales funerarios llevan consuelo y paz a familias (21,31). Es útil servir de guía a los padres respecto a los servicios funerarios para sus bebés.

4. Seguimiento médico y atención psicológica y social

Hay dos áreas clave en el seguimiento:

- a. Tratamiento médico después de la muerte
 - Asesoramiento en torno a cuestiones prácticas, tales como la inhibición de la lactancia.
 - Entrega de información respecto al riesgo de recurrencia de una determinada patología en futuros embarazos.
- b. Afrontamiento emocional

MATERIAL Y MÉTODO

Materiales:

- Búsqueda bibliográfica usando la base de datos Medline, de ensayos y estudios clínicos centrados en el tema de duelo en el periodo neonatal. Limitada a la información publicada en español e inglés, desde el año 2000 a 2009.

- Protocolo de duelo de neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau.
- Taller de duelo neonatal realizado por Unidad de psiquiatría perinatal y dirigido a funcionarios del Servicio de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau.

Diseño

Estudio de tipo Descriptivo.

Identificación de la muestra

La muestra correspondió a los funcionarios de la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau.

Criterio de Inclusión

Funcionarios pertenecientes a los 3 estamentos (neonatólogos, matronas, auxiliar paramédico) que trabajen en la unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau.

Criterio de exclusión

Funcionarios que trabajen en la unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau que se nieguen a participar en nuestro estudio.

Obtención de la muestra

Asistieron en promedio 20 personas por sesión, la mayoría en forma continua: 10 matronas, 5 neonatólogos, 5 auxiliares.

Procedimiento

Nuestro estudio se realizó durante el periodo comprendido entre los meses de Agosto y Noviembre de 2009.

Las etapas para la realización del estudio fueron:

1. Reunión con Dra. Mónica Kimelman, Jefa de la unidad de Psiquiatría Infanto - Juvenil de la Universidad de Chile, dando a conocer la solicitud espontánea planteada por los funcionarios de la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau, respecto a la necesidad de abordar la problemática del duelo, a propósito de una serie de fallecimientos en la unidad.
2. Decisión de utilizar la modalidad de

Trabajos Originales

- taller grupal semi-estructurado para abordar la problemática señalada.
3. Planificación de 1 sesión mensual, de una duración aproximada de 90 minutos, con asistencia voluntaria y dirigida a los funcionarios de la Unidad de Neonatología conformados por: Neonatólogos, matronas y técnicos paramédicos.
 4. Solicitud de Autorización dirigida al Jefe de la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau para llevar a cabo el taller, planificar y coordinar fechas y lugares de reunión.
 6. Convocatoria voluntaria de funcionarios.
 7. Ejecución del taller a través de sesiones mensuales.
 8. Registro por escrito de la información y experiencia obtenida en cada una de las sesiones.
 9. Elaboración de las discusiones y conclusiones del taller implementado.
 10. Actualización del Protocolo de manejo de la muerte y duelo en la Unidad de Neonatología.
 11. Reunión final con la Dra. Mónica Kimmelman, con los resultados de nuestro estudio, dando a conocer el estado actual de la Unidad de Neonatología en relación al enfrentamiento y manejo de las situaciones de muerte y duelo neonatal.

RESULTADOS

El taller constó de 3 sesiones, cuyo contenido se describe a continuación y se resumen en la Tabla 1.

Aunque la asistencia fue voluntaria, a los funcionarios que participaron se les solicitó que se comprometieran a asistir a tantas sesiones como fuera posible para permitir la continuidad de los temas abordados y el desarrollo de una dinámica de grupo cohesionado. Participaron en su mayoría funcionarias mujeres, con un promedio de 20 personas por sesión, la mayoría en forma continua: 10 matronas, 5 neonatólogos, y 5 auxiliares.

Descripción de sesiones

1° sesión:

El tema para desarrollar en esta sesión fue el impacto que representa la muerte y el duelo neonatal, con el objetivo de brindar un espacio que facilitara la expresión emocional de los funcionarios de la Unidad de Neonatología.

Se alentó a explorar el impacto que las muertes tenían en sus propias vidas a nivel profesional y personal. Para esto, se dividió a los asistentes en grupos, cada uno con un monitor, los cuales se conformaron espontáneamente por funcionarios pertenecientes al mismo estamento.

Se plantearon una serie de preguntas durante la sesión que debían ser respondidas. Las preguntas formuladas fueron:
¿Qué experiencias de duelo le han afectado más en la unidad de Neonatología?
¿Cómo las vivió?
¿Qué le habría reconfortado?
¿Comparte Ud. sus experiencias de duelo en neonatología con el resto del equipo?,
¿Con quienes?

Cabe destacar que gracias a la espontánea división de los grupos por estamento, fue posible comparar los estilos de enfrentamiento a la muerte y el duelo dentro de cada estamento participante.

a. Grupo Neonatólogos

En este grupo se observó que gran parte de las experiencias eran relatadas en forma racional, intentando evaluar la situación "formalmente". El análisis se centró en determinar si las palabras empleadas durante las entrevistas con los padres o si las conductas asumidas en el momento de la muerte del paciente, fueron las apropiadas (qué y cómo se dijo); manifestando su preocupación e inseguridad por no haber actuado de modo correcto, reconociendo además que la interacción con los padres no siempre fue fácil.

No se observó que la experiencia de la muerte de un paciente fuera percibida

Tabla 1. Temas y Objetivos de cada sesión

Nº Sesión	Tema	Objetivo
1	Impacto de la muerte y duelo en la Unidad neonatal	Facilitar la expresión emocional de los participantes.
2	El proceso de duelo	Ampliar la información de los funcionarios respecto al proceso de Duelo.
3	Procedimientos mínimos necesarios recomendados en el manejo del duelo en Unidades Neonatología	Entregar herramientas básicas para el manejo del duelo en la unidad.

como un fracaso personal, sino más bien como un desenlace esperado en la mayoría de los casos, dada la gravedad del cuadro. Enfatizaron la falta de espacio y tiempo para discutir estos temas con el resto del equipo y expresaron además la necesidad de apoyo y capacitación en los temas de la muerte y el morir.

b. Grupo Matronas

Hubo un relato detallado de los casos más recordados en la unidad, reconociendo abiertamente la dificultad en abordar este tema debido al dolor aún presente al recordarlos.

Expresaron abiertamente sus sentimientos frente a la muerte de un paciente, siendo la tristeza el más frecuentemente mencionado.

Fueron enfáticas en señalar el profundo impacto emocional que les ha generado estar presentes en la muerte de un paciente, en particular aquellos que habían permanecido más tiempo en la unidad, cuyos nombres a pesar del tiempo transcurrido (en algunos casos 2 años), todavía recordaban.

Hubo también un cuestionamiento respecto al grado de involucramiento con el paciente, por el costo emocional que eso les generaba, y que ellas consideraban alto. No obstante reconocieron su dificultad en establecer límites.

Manifestaron su molestia por no existir una instancia formal para compartir el impacto a nivel personal o profesional, sin embargo reconocieron que esto se daba igualmente de manera espontánea entre personas afines del equipo.

Expresaron su deseo de contar con un espacio de autocuidado para poder compartir sus experiencias y recibir apoyo emocional.

c. Grupo Técnicos-paramédicos

Los funcionarios de este grupo no tuvieron dificultad en expresar abiertamente el profundo impacto que ha tenido la muerte de un paciente, mostrando gran labilidad emocional al referirse al tema y reconociendo su dificultad en manejar el proceso de duelo tanto en el ámbito personal como laboral.

Fueron capaces de identificar los sentimientos generados por la muerte de un paciente, mencionando la tristeza como el más importante.

Relataron que por su trabajo son quienes mantienen un contacto más frecuente, y estrecho con los pacientes, razón por la cual, cuando uno de ellos ha muerto, se han visto muy conmovidas, lo que no obstante sólo han compartido en escasas oportunidades con los otros estamentos del equipo.

Un gran porcentaje de las participantes

Trabajos Originales

de este grupo expresaron su necesidad de asistir incluso a los funerales de algunos pacientes, relatando su experiencia al respecto quienes así ya lo habían hecho.

Hubo un reclamo generalizado por la falta de espacios para el autocuidado, manifestando su interés en compartirlos con el resto de los estamentos y expresando la necesidad de apoyo.

El cierre de la sesión se hizo en conjunto con todos los estamentos, y en él se realizó contención y validación emocional, reflejándose los beneficios de compartir el dolor con el resto del grupo.

2ª sesión

El objetivo de esta sesión fue aumentar y profundizar la información manejada por los funcionarios respecto al proceso de duelo, las distintas etapas de éste y las razones de por qué es un proceso importante que requiere especial manejo por parte del equipo.

La sesión se planificó de modo tal que durante la 1ª parte se realizó una exposición sobre el duelo, explicando las distintas etapas de un proceso de duelo no complicado, las conductas y sentimientos esperados en cada una de ellas, y cómo estos pueden afectar la comunicación con el equipo de salud.

Al término de esto, y siguiendo la modalidad empleada en la 1ª sesión, se separó a los funcionarios en grupos, quedando conformados espontáneamente por estamentos. Tras esto se guió la discusión con preguntas que tenían el objetivo de permitir relatar las experiencias con padres en duelo, las habilidades y dificultades que ellos percibían en el manejo con estos.

Las preguntas planteadas fueron:
¿Qué hace y cómo actúa frente a los padres en duelo?
¿Cuáles considera son sus habilidades?
¿Hay algún aspecto de su actuar que le gustaría modificar?

a. Grupo Neonatólogos

Manifestaron como principal preocupación no tener la certeza de si la forma en que entregaban la información a los padres era la correcta, insistiendo en aprender el modo preciso de hacerlo. Reportaron temor a equivocarse y con esto producir más dolor en los padres. En definitiva sentían que no contaban con las habilidades suficientes para lograr una buena interacción con los padres. No obstante, al comparar lo realizado por ellos (Uso de lenguaje simple, permitir el contacto directo con el paciente, tolerar reacciones de rabia o negación de los padres y el uso de “la sala de duelo”) y lo recomendado para este tipo de situaciones, se vieron sorprendidos al darse cuenta de que actuaban adecuadamente.

Además mencionaron cierta dificultad en la entrega del pronóstico a los padres por falta de certeza existente en muchos casos, lo que no les permitía ser categóricos en cuanto a la expectativa de sobrevivencia (“cuántos días de vida le quedan”); y para graduar “cuánta esperanza dar a los padres”.

Todo esto los hacía sentir que en ocasiones los padres no comprendían la gravedad de la situación, haciendo difícil la interacción con ellos.

b. Grupo Matronas

Al relatar sus distintas experiencias con los padres en duelo, en general fueron calificadas como positivas, en términos de percibir la existencia de una buena comunicación con los padres, en particular con aquellos a quienes ellas percibían más comprometidos y preocupados por su hijo. Refirieron que muchas veces eran ellas quienes explicaban en términos más sencillos la información entregada previamente por el médico, y que como además no eran quienes entregaban “las malas noticias”, la interacción lograda con los padres se daba en un plano de más cercanía afectiva.

Pese a esto señalaron sentir que en muchas ocasiones actuaban intuitivamente más que siguiendo un protocolo o las normas

establecidas para una situación de duelo, lo que generaba en ellas inseguridad y temor a equivocarse, expresando su deseo de contar con la información mínima necesaria para enfrentar este tipo de escenarios.

c. Grupo Técnicos-paramédicos

Manifestaron que dado el trabajo que realizan, ellos no entregan información de la evolución clínica ni del pronóstico del paciente.

El contacto más estrecho se establece con el paciente y no con los padres, quienes cuando están presentes en la unidad en cierta forma realizan el trabajo que ellos deben hacer durante la ausencia de estos (mudar, alimentar, etc.).

Por esta razón, ellos no interactúan mayormente con los padres, y si lo hacen es para aconsejarles cómo mudar o alimentar al RN; situación que reconocen a veces les ha traído problemas con algunos padres, quienes se sienten evaluados. Aún así califican de buena la relación que establecen con la mayoría de los padres.

3º sesión

El objetivo de esta sesión fue entregar herramientas mínimas necesarias para el adecuado manejo del duelo.

Para esto se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura existente a la fecha respecto a los procedimientos adecuados en la muerte y duelo neonatal, consensuados a nivel internacional.

La información reunida se sintetizó y se expuso a los funcionarios en formato PowerPoint, proporcionándoles una serie de pautas básicas para el manejo del duelo en la unidad. Esto permitió, al término de la exposición, comparar los procedimientos llevados a cabo en la unidad con aquellos sugeridos por la literatura internacional; demostrándoles a los funcionarios que ellos ya estaban realizando sin saber gran parte de los procedimientos mínimos necesarios recomendados. La sesión en este caso se realizó sin separar en grupos a los

participantes.

Durante ella se subrayó el hecho de que esta unidad cuenta con una sala de duelo desde hace varios años, y que se utiliza siempre en el caso del fallecimiento de un paciente. Junto con esto se recordó de la existencia en la unidad de un protocolo de duelo elaborado hace unos años atrás y que, cabe destacar, pocos funcionarios conocían.

Aún así, gran parte de los procedimientos para manejar la muerte y el duelo neonatal que ellos describieron durante las sesiones formaban parte de dicho protocolo, situación que sorprendió a todos los estamentos.

Concluyeron finalmente que era primordial “rescatar” el protocolo ya confeccionado para poder realizar un trabajo más riguroso, que pueda contar con todos los procedimientos mínimos necesarios para la atención de los padres en duelo.

DISCUSIÓN

El manejo de la muerte y del duelo neonatal en la Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau se puede analizar a través de las siguientes variables:

1. Recursos Humanos

a. Grado de conocimiento de la existencia de procedimientos protocolizados y recomendados para el manejo del duelo en la unidad.

Aún cuando todos los funcionarios habían estado involucrados en el cuidado de algún paciente que finalmente había muerto, un porcentaje alto de ellos afirmaron no conocer con certeza los procedimientos mínimos necesarios recomendados por la literatura en la muerte y duelo neonatal. Sin embargo, estos procedimientos en la práctica sí eran llevados a cabo por los funcionarios de la unidad.

Esto evidencia la escasa utilidad de las capacitaciones aisladas y fuera del marco de

una educación permanente sobre el tema, en particular si existe una alta rotación del personal. De ahí entonces la necesidad de una capacitación permanente en este tema a todos los miembros del equipo.

2. Procedimientos

- a. Existencia de un protocolo de procedimientos mínimos necesarios para el manejo del duelo en una unidad de Neonatología.

En la unidad existe un protocolo de duelo confeccionado hace unos años atrás con la ayuda del equipo de Psiquiatría Perinatal de la Universidad de Chile, pero que no es conocido por la mayoría de los funcionarios en servicio actual en la unidad de Neonatología. En este protocolo se normaron todos aquellos procedimientos necesarios en caso de muerte neonatal

- b. Grado de cumplimiento del protocolo de duelo de la unidad.

A pesar de afirmar no conocer el protocolo existente en la unidad, los funcionarios de los 3 estamentos realizan normalmente los procedimientos en él estipulados.

3. Infraestructura

- a. Condiciones mínimas de estructura.

La Unidad de Neonatología del Hospital Barros Luco Trudeau cuenta desde hace ya varios años con una sala de duelo, adecuadamente implementada, que es utilizada siempre en todas las situaciones de fallecimiento dentro de la unidad.

Llama la atención la ausencia de un espacio privado dentro de la unidad en donde el equipo de salud pueda realizar las diversas entrevistas a los padres y familiares.

Tampoco existen hasta ahora espacios de autocuidado en la unidad, a pesar de ser muy demandados por todos los estamentos.

Por otro lado al analizar algunos aspectos

de las intervenciones brindadas normalmente por los funcionarios de esta unidad, se pueden evidenciar algunas diferencias según el estamento al que pertenezca el funcionario, tal como se describe a continuación.

1. Manejo de los padres

Es la principal dificultad manifestada por los médicos, los que refieren temor a no utilizar las palabras apropiadas ni realizar las conductas adecuadas en el momento de discutir con los padres a cerca del pronóstico y la proximidad del fallecimiento de su hijo; situación que se complica por el hecho de no contar siempre con un pronóstico certero.

Esta dificultad no se observa en otros estamentos, lo que grafica de algún modo la jerarquización de las responsabilidades; y en donde quienes mejor se relacionan con los padres son las matronas, las que pese a sentir también cierto grado de inseguridad en el manejo de padres en duelo, no manifiestan el mismo grado de preocupación y logran un buen nivel de comunicación con éstos.

Con todo, al comparar el manejo realizado en la unidad con lo recomendado en la literatura se observa que todos los estamentos están realizando los procedimientos recomendados para un manejo adecuado.

2. Grado de involucramiento con el paciente.

Todos los médicos que participaron realizaron cuestionamientos en torno a la necesidad de poner límites al grado de involucramiento emocional con los pacientes, optando en algunos casos por mantener distancia emocional con el fin de poder seguir funcionando y cumpliendo con sus obligaciones. Esta situación se puede explicar por la ausencia de espacios de autocuidado en la unidad, los que de existir podrían ayudar a facilitar el reconocimiento y el tratamiento del duelo en el personal de salud.

Esto no ocurre en los otros estamentos, en particular con los técnicos-paramédicos, quienes reconocen una ausencia de límites en este aspecto; llegando a involucrarse emocionalmente con los pacientes de manera muy importante, a pesar del costo que eso implica para ellos.

3. Expresión emocional

La principal dificultad en este aspecto fue observada en el grupo de médicos, quienes fueron los únicos a quienes en la primera sesión se les debió preguntar dirigidamente por sus sentimientos frente a una situación de muerte y duelo neonatal, debido a su tendencia a racionalizar el tema. Una situación distinta se observó en los otros estamentos en quienes se observó una adecuada expresión emocional respecto a situaciones de duelo vividas en la unidad.

RECOMENDACIONES

Basándose en la información recabada durante la realización del taller de duelo, se ofrecen las siguientes sugerencias:

1. Un plan de capacitación sistemático y permanente sobre el manejo de la muerte y el duelo neonatal a todos los miembros del equipo de salud.
2. Esto no sólo incidirá en el autocuidado y bienestar de los funcionarios, sino que mejorará la relación equipo de salud - paciente.
3. Después de cada muerte neonatal, los médicos, matronas y técnicos-paramédicos, que estaban estrechamente vinculados con el cuidado del paciente, debieran recibir apoyo emocional por algún profesional del área de salud mental para evaluar las reacciones emocionales y las dificultades que pudieran surgir. Junto con esto debieran contar con la posibilidad de compartir sus experiencias con el resto del equipo.
4. En tales condiciones, los funcionarios pueden explorar sus propias ansiedades y temores en torno a la muerte y el morir, además de experimentar una sensación de validación dentro de su equipo de trabajo.

5. Para disminuir el grado de inseguridad de los funcionarios respecto a su manejo de la muerte y duelo neonatal sugerimos publicar en el servicio la actualización del protocolo ya existente, confeccionado a partir de este estudio y el cual se anexa al final de este trabajo.

CONCLUSIONES

El equipo en general ha implementado de manera rutinaria acciones adecuadas frente a la muerte de un paciente, brindando un ambiente de respeto y contención, a pesar de sentirse inseguros al respecto e ignorar que varias de sus conductas son parte del protocolo ya existente en la unidad.

Sin embargo, no se dispone de instancias de autocuidado ni de contención necesarias para el manejo del estrés emocional al que están expuestos constantemente; por lo que es recomendable la realización de talleres como el descrito en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. S. Freud. "Duelo y melancolía" (www.philosophia.cl/bibliotecafreud/1917DueloymelancoLEda.pdf).
2. Kendall A. Evidence-Based Neonatal Bereavement Care. *Newborn & infant nursing reviews*. 2008; 8: 131-135.
3. Dinerstein A, González MA, Brundi M; Humanización en la atención neonatal. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*, 2000; 19, 173-176
4. Grzona M. Prematuros extremos. ¿es posible establecer un límite de viabilidad?. *Acta Bioethica* 2006; 12, 101-111.
5. Carter BS, Hubble C, Weise KL. Palliative medicine in neonatal and pediatric intensive care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2006; 15:759-77.
6. Williams C, et al. With care: teaching compassionate withdrawal of life support in the NICU. What do parents want? Barcelona: Abstract Presentation European Society for Pediatric Research; 2006.
7. Munson D, Leuthner SR. Palliative care

Trabajos Originales

- for the family carrying a fetus with a life-limiting diagnosis. *Pediatr Clin North Am* 2007;54:787-98
8. Hernández G, Kimelman M, Montino O: Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. *Rev Méd Chile* 2000; 128, 1283-9.
 9. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007;109:1156-66.
 10. Caro J, Flores G, Ortíz E, Anwandter C, Rodríguez D. Pronóstico neonatal del recién nacido de muy bajo peso: Hospital Regional de Puerto Montt. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72,283-91.
 11. Mendoza Y, Santander G, Páez V, Barria R. Sobrevida de neonatos de extremo bajo peso al nacer en una región del sur de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74, 225 – 23
 12. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009; 8: 67-74.
 13. Leask K. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN AmJ Matern Child Nurs* 2005;30:389-96.
 14. Harvey S, Snowdon C, Elbourne D. Effectiveness of bereavement interventions in neonatal intensive care: A review of the evidence. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2008); 13, 341-356.
 16. Janssen H, Cuisinier M, De Graauw K. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:56-61.
 17. Williams C, Munson D, Zupancic J, Kirpalani H. Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care -A North American perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 2008; 13:335-340.
 18. Davies R. New understandings of parental grief: literature review. *J Adv Nurs* 2004;46:506-13.
 19. Engler AJ, Cusson RM, Brockett R, et al. Neonatal staff and advanced practice nurses' perceptions of bereavement/end-of-life care of families of critically ill and/or dying infants. *Am J Crit Care* 2004;13:489-98.
 20. Kavanaugh K, Savage T, Kilpatrick S, Kimura R, Hershberger P. Life support decisions for extremely premature infants: report of a pilot study. *J Pediatr Nurs* 2005;20:347-59.
 21. Brosig CL, Pierucci RL, Kupst MJ, Leuthner SR. Infant end-of-life care: the parents' perspective. *J Perinatol* 2007;27:510-6.
 22. Cordero M, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Revista Chilena de Pediatría* 2004; 75: 67-74.
 23. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):249-59.
 24. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007;27:230-7.
 25. Moro T. Neonatal end-of-life care a review of the research literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 2006;20:262-73.
 26. Kaempf JW, Tomlinson M, Arduza C, et al. Medical staff guidelines for periviability pregnancy counseling and medical treatment of extremely premature infants. *Pediatrics* 2006;117:22-9.
 27. Zupancic JAF, Kirpalani H, Barrett J, et al. Characterizing doctor-patient communication in counseling for impending preterm delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87:F113-7
 28. Wocial L. Life support decisions involving imperiled infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2000;14:73-86.
 29. Leuthner SR. Fetal palliative care. *Clin Perinatol* 2004;31:649-65.
 30. Pector EA. Views of bereaved multiple-birth parents on life support decisions, the dying process, and discussions surrounding death. *J Perinatol* 2004;24(4):4-10.
 31. Jacobs C. Spirituality and end of life care practice for social workers. In: Berzoff JS, editor. *Living with dying*. New York: Columbia University Press; 2004. p. 188-205.

ANEXO PROTOCOLO DE MANEJO DE DUELO EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HBLT

Este protocolo es una actualización del ya existente en la unidad, que fue llevada a cabo en base a la literatura disponible respecto al tema.

- La información entregada por el médico sobre la condición del bebé debe ser conocida por el resto del equipo, para evitar información contradictoria.
- Fomentar el apego madre-hijo, aún cuando un desenlace fatal sea inevitable, esto incluye permitir la creación de recuerdos concretos (fotos, ropa, etc.,).
- Permitir la visita expedita de padres y abuelos.
- Dentro de lo posible permitir e incentivar a los padres a que participen de los cuidados y procedimientos (Ej. Alimentar, limpiar).
- Informar siempre a los padres sobre la gravedad del RN e idealmente hacerlo en una oficina privada. Dicha información será entregada por el médico tratante o de turno.
- Durante la hospitalización de un bebé en estado crítico, se entregará información las veces que sea necesario, ya que los padres pueden ser reiterativos en estas circunstancias; respondiendo siempre a las dudas y aprensiones que los padres demuestren.
- Dejar a los padres en contacto con el niño, debiendo el personal mantener distancia pero mostrándose disponibles cuando los padres lo requieran.
- Si la muerte es inminente; solicitar la presencia de los padres y permitirles despedirse de su hijo y permanecer a su lado.
- Sugerir y facilitar rituales religiosos según creencias.
- El pediatra de la unidad o de turno, será el encargado de confirmar e informar a los padres el fallecimiento de su hijo.
- Se mantendrán sin retirar los equipos médicos en uso previo al fallecimiento en la unidad, hasta que a los padres se les confirme el fallecimiento y deseen tomar a su hijo.
- Luego del fallecimiento se trasladará al bebé a la sala de duelo.
- Se informará a los padres que pueden ver y tocar a su bebé fallecido. Puede incentivarse esta conducta pero no se debe presionar ni obligar a hacerlo.
- Se entregarán pertenencias del bebé: brazalete de identificación, ropa y objetos personales ocupados, identificación en la unidad, huella plantar, junto a tarjeta con datos de nacimiento y causa de ingreso a la UCIN.
- Se entregara información clara, verbal y escrita, en relación a pasos a seguir para cumplir con las disposiciones legales de la sepultación de su hijo fallecido.
- Se identificará a la persona responsable de guiarlos durante el proceso. (psicóloga y/o asistente social de la unidad).
- Se procederá al traslado del bebé fallecido a la morgue del Hospital una vez que los padres se hayan despedido y se les haya explicado la necesidad de autopsia de acuerdo a las Normas Técnicas vigentes en relación a las Auditorias de muerte en el menor de un año de edad.
- Si los padres se negaren a la autopsia, ésta no podrá ser realizada y se deberá extender el certificado de defunción.
- Se sugiere mantener en la unidad un libro de registro de estas actividades para permitir la evaluación de este protocolo y de esta forma perfeccionarlo de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo.
- Capacitar al personal nuevo para que tome conocimiento de este protocolo.
- Mantener el protocolo en un lugar de fácil acceso para los funcionarios.

Psicosis en un adolescente: Vulnerabilidad a lo largo del desarrollo

Psychosis in an adolescent: vulnerability throughout development

Dra. Paula Zomosa C-M¹, Dra. Muriel Halpern G².

Resumen. Se presenta un caso clínico complejo en el que confluyen factores de vulnerabilidad familiares, psicosociales y psicopatológicos evolutivos, que van modulándose mutuamente a lo largo del desarrollo, en el contexto de un sistema asistencial que no logra brindar intervenciones oportunas. Se trata de un varón de 16 años, que presenta un cuadro de 2 años de evolución caracterizado por inicio insidioso de aislamiento social, bajo rendimiento e ideación paranoide, siendo manejado en forma inicial como un trastorno depresivo. Posteriormente se agregan síntomas psicóticos, inestabilidad afectiva e ideación suicida, que hacen suponer un cuadro bipolar o incluso procesal, iniciándose tratamiento antipsicótico y antidepressivo, siendo derivado a hospitalización. Se descarta organicidad. Destacan alteraciones en múltiples áreas, como la cognición, construcción identitaria, autonomía y relaciones sociales. En los antecedentes del desarrollo, existen elementos sugerentes de una alteración del neurodesarrollo, en el contexto de eventos vitales estresantes y vínculos alterados. Se plantean intervenciones terapéuticas multimodales, que no pueden ser ejecutadas en su totalidad, al no ser cubiertas por el sistema previsional del paciente. Este evoluciona estable, sin conciencia de enfermedad, con cierto desgano y síntomas psicóticos atenuados. No se logra clasificar el cuadro en una categoría diagnóstica única. Se invita a reflexionar sobre el estado de nuestro sistema de salud, en materias de detección precoz y prevención en psicosis.

Palabras clave: *Psicosis, desarrollo, vulnerabilidad, prevención*

Abstract. This is a case report that shows the complex crossroads of family, psychosocial and developmental psychopathology vulnerabilities, ranging modulating each other throughout the development of a patient and his family, in the context of a health care system that fails to provide timely interventions. This is a 16 years old man, who has a 2-year evolution insidious onset characterized by social isolation, underachievement and paranoid ideation, which is handled in the first instance as a depressive disorder. Subsequently added psychotic symptoms, affective instability and suicidal ideation, which suggest a picture of a bipolar disorder or even schizophrenia, beginning antidepressant and antipsychotic treatment and be referred for hospitalization. Discard organicity. Highlights include alterations in multiple areas, such as cognition, identity construction, autonomy and social relations. In the background of the development, there are elements suggestive of a neurodevelopmental disorder, in the context of stressful life events and bonds altered. Multimodal therapeutic interventions are proposed, which can not be executed, because they are not being covered by the security system of the patient. The patient evolving stable, without disease awareness, with some apathy and attenuated psychotic symptoms. No sorting is achieved in a box single diagnos-

1. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Unidad de Terapia Familiar, Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

2. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Profesor Asistente, Unidad de Psiquiatría del niño y del adolescente, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Correspondencia a: Dra. Paula Zomosa Cortés-Monroy, Estoril 50, oficina 216, e-mail: pzososa@gmail.com.

tic category. We invited to reflect on the state of our health care system, specially in areas of early detection and prevention in psychosis.

Key words: *Psychosis, vulnerability, prevention*

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años, sexo masculino, miembro de una familia nuclear ensamblada, compuesta por su madre, su padrastro y su medio hermano de 2 años. Es llevado a consultar ambulatoriamente, tras una noche de hospitalización por observación de una Psicosis lúcida.

HISTORIA DE LAS DIFICULTADES ACTUALES Y PASADAS

Al realizar un análisis retrospectivo, el cuadro actual se habría iniciado en forma insidiosa a los 14 años de edad del paciente, caracterizándose por **aislamiento social progresivo, bajo rendimiento escolar, irritabilidad, ideación paranoide y autorreferencial**. La madre relaciona el comienzo de los síntomas con un asalto que este sufre en la calle, lo que además coincide con el nacimiento de su medio hermano. Consulta en atención primaria, donde se diagnostica un trastorno depresivo y se inicia psicoterapia individual, la que se lleva a cabo en forma irregular.

Al año siguiente, se describe que los síntomas habrían empeorado agregándose además **inestabilidad afectiva, con síntomas depresivos y episodios de disforia, descontrol impulsos, ideación suicida y homicida, y autoagresiones**. Durante este período, comenta sobre “voces” que refiere escuchar desde los 5 años, las que lo aconsejaban y acompañaban, pero que a partir del año anterior, lo insultarían y le darían órdenes, describiendo además voces dialogadas y que comentan sus actos. Dado este cuadro, es derivado desde el consultorio general al de salud mental, donde se inicia tratamiento farmacológico con Sertralina 25 mg/día, presentando disforia, verborrea y angustia, por lo que se agrega Risperidona 2mg/día. Debido a la escasa respuesta y mala adherencia a tratamiento, 8 meses

después es referido para Hospitalización psiquiátrica con el diagnóstico presuntivo de esquizofrenia. No es posible concretar esta indicación, debido a que la familia solicita el alta en forma prematura, y decide consultar ambulatoriamente a otro centro.

El examen mental al momento de esa evaluación era el siguiente:

- Aspecto acorde a la edad cronológica, aseado, viste de negro. Constitución ectomorfa.
- Cooperador, establece contacto ocular en forma intermitente, trato formal y en ocasiones suspicaz.
- Vigil, orientado en tiempo y espacio. Déficits en la atención selectiva y sostenida.
- Psicomotricidad disminuida, hipomimia, amaneramiento.
- Sensopercepción: Pseudoalucinaciones auditivas, en forma de pensamiento sonoro y una voz insultante con la que dialoga.
- Lenguaje notficativo (en ocasiones comunicativo), formal, prosodia peculiar y escaso relato espontáneo.
- Pensamiento: Concreto, pueril, idiosincrático, disarmónico. Ambivalente, con presencia de asociaciones laxas. Pensamiento mágico e ideas de persecución.
- Juicio realidad oscilante.
- Humor y afectividad: Afecto restringido, anhedonia.
- Conciencia de enfermedad: Ausente, “No me interesa”, “mi mamá dice que es un reto de Dios... creo que tiene razón”.
- Necesidad de ayuda: “Sacarme la flojera... pero no quiero”.
- Propositividad vital: Ausente, “No sé... lo tengo que descubrir”.
- Apatía, abulia, pasividad.
- Contratrtransferencia: Adolescente peculiar, frágil.

Considerando un posible viraje mediante el uso de Sertralina y con el objetivo de controlar los síntomas psicóticos y la

Casos Clínicos

inestabilidad afectiva, se decide suspender Sertralina, aumentar Risperidona hasta 3 mg/día y agregar Quetiapina 50 mg/día. El paciente evoluciona menos suspicaz y logra reincorporarse al colegio, persistiendo con alucinaciones auditivas ocasionales. Dos meses después, presenta un episodio agudo de disforia, ideas paranoideas, alucinaciones auditivas y visuales, acompañadas de **vivencias de escisión y posesión psicótica**, sugerentes de un trastorno de la conciencia de unidad del yo. Su familia intenta curarlo en una ceremonia religiosa, pero debido a la persistencia de los síntomas, finalmente acceden a hospitalizarlo.

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

Período Perinatal

El paciente es producto de un embarazo adolescente, que se lleva cabo en un contexto de condiciones psicosociales adversas y exposición a noxas cerebrales durante la gestación (infección materna). Nace en invierno, por parto normal, sin complicaciones. Es descrito como un bebé de temperamento extremadamente pasivo y poco demandante, presentando un vínculo simbiótico con su madre. Su desarrollo psicomotor fue normal, aunque con alteraciones en la psicomotricidad (dispraxias).

Período Preescolar

Es descrito como poco autónomo, muy dependiente de su madre, quien mediaba por él ante su relación con otros. Presentaba apegos a objetos anormales (como piedras) y conductas bizarras. Lo anterior contrasta con una memoria muy desarrollada, e hiperlexia. A los 5 años, su abuelo materno, quién había asumido el rol paterno, se traslada a vivir a otra ciudad; frente a ello el paciente presenta síntomas emocionales intensos y conductas desorganizadas (se golpeaba la cabeza contra la pared y presentó un gesto suicida). Es evaluado en su consultorio, donde se diagnostica un trastorno depresivo y se indica psicoterapia individual.

Período Escolar

A pesar de manifestar dificultades en la

concentración y disfunciones ejecutivas, presenta un buen rendimiento escolar hasta cuarto básico, en que comienza un deterioro en su rendimiento. En el ámbito social, tenía pocos amigos y era víctima de hostilidad por sus pares. Pasaba la mayor parte del tiempo solo, refugiado en intereses en torno a fenómenos sobrenaturales. Durante este período, estuvo expuesto directa e indirectamente a violencia física y psicológica por parte de su madre y la pareja de ésta, el que constituyó su figura paterna en esta etapa.

Período de Adolescencia

Durante la pre-adolescencia, su madre presenta psicopatología grave con síntomas psicóticos, siendo diagnosticada con un "Síndrome de Diógenes" e indicándose hospitalización psiquiátrica, lo que no se lleva a cabo. En este contexto, viven en condiciones de pobreza, existiendo negligencia en los cuidados básicos del paciente. A pesar de esta situación, destaca el hecho que este no habría manifestado quejas explícitamente, pero presenta un **gesto suicida por** ahorcamiento. A los 14 años, su madre logra salir de la situación en la que se encuentran, y se inicia un período de estabilidad económica y emocional para la familia, que coincide con el inicio de los síntomas actuales.

Análisis del sistema familiar

Pertenece a una familia aglutinada, con marcados patrones evitativos y sobreprotección. En el subsistema parental, destaca la ausencia del padre biológico durante su desarrollo, existiendo confusión de roles y alternancia en el rol parental. En el subsistema parento-filial existe una simbiosis madre hijo, mientras que en la fratría se aprecia rivalidad y celos del paciente por su medio hermano.

Antecedentes médico-quirúrgicos relevantes

Presentó un traumatismo encéfalo craneano con pérdida de conciencia a los 14 años.

Antecedentes familiares

Destacan en la línea paterna, su abuelo con

antecedentes de un cuadro psicótico y alcoholismo, quien se suicidó a los 50 años. El padre del paciente presenta el diagnóstico de Esquizofrenia y un primo paterno de 15 años, inició un cuadro de agresividad y aislamiento, aún sin un diagnóstico claro.

En la línea materna, la madre presenta antecedentes de depresión recurrente y "Síndrome de Diógenes"

Evolución

El paciente permanece hospitalizado durante 50 días; evoluciona estable y sin productividad psicótica.

Se realizan exámenes de laboratorio general, un escáner de cerebro, y un electroencefalograma con privación de sueño, todos los cuales arrojaron resultados dentro de lo normal.

La evaluación cognitiva (WISC-III) informa un coeficiente intelectual normal lento, con un rendimiento disarmónico intra e interescala, a favor del desempeño manual. Se reportan importantes dificultades en la resolución de ejercicios de aritmética, atención, concentración y un pobre juicio social y sentido común.

El Test de Rorschach, informa un índice de realidad conservado con una baja capacidad ideosociativa. Su pensamiento se describe como estereotipado y poco práctico. La afectividad estaría inhibida, con presencia de elementos depresivos. Se señala la configuración de una identidad difusa.

En el Inventario clínico para adolescentes de Millon, destaca un prototipo de personalidad Esquizoide, con una importante difusión de identidad y desvalorización por sí mismo, presentando un afecto depresivo preponderante.

Se decide optimizar la terapia antipsicótica (Risperidona hasta 4,5 mg/día y Quetiapina hasta 150 mg/día) y se inicia trabajo sistémico con la diada madre-hijo. Es dado de alta con los diagnósticos de un Síndrome Esquizomorfo, una observación de un

Trastorno del desarrollo de la personalidad y una Simbiosis materno-filial.

Se analiza el caso en una reunión clínica general de psiquiatría, no lográndose llegar a un consenso en cuánto a la naturaleza del cuadro psicótico. Se sugieren intervenciones dirigidas a mejorar su iniciativa y funcionamiento cognitivo y social, mediante una evaluación y terapia de estimulación neurocognitiva, terapia de habilidades sociales y cambio al antipsicótico atípico Aripiprazol. Sin embargo, no fue posible llevar a cabo estas intervenciones, debido a que estas no eran cubiertas por el sistema previsional del paciente, y la familia no se encontraba en condiciones de costearlas en forma particular.

Se mantiene el tratamiento antipsicótico y se trabaja mediante un enfoque sistémico, potenciando su autonomía e individuación. En el colegio, se indican adecuaciones curriculares y apoyo psicopedagógico.

El paciente evoluciona con síntomas psicóticos atenuados, faltas de motivación y energía, no acompañados de bajo ánimo o tristeza. Se resiste a asistir a controles médicos y al colegio, pero logra pasar de curso y terminar el año escolar. Al año siguiente, presenta un mayor nivel de autonomía e iniciativa. Ha logrado integrarse a un grupo selecto de pares, con quienes establece relaciones superficiales y comparte intereses en torno a lo paranormal. Persiste sin conciencia de enfermedad, con tendencia al aislamiento, cierto desgano, apatía y pensamiento mágico.

Dado lo complejo y polimorfo del cuadro clínico, resulta difícil en este momento, clasificarlo en una categoría diagnóstica única.

DISCUSIÓN

La psicosis es una alteración grave del funcionamiento psíquico, que puede obedecer a diferentes causas. A pesar de los grandes avances que se han realizado en torno a su tratamiento, un número considerable

Casos Clínicos

de pacientes presenta un curso crónico y deteriorante (1,2). Se asocia a altos costos directos e indirectos para la sociedad e implica un considerable impacto para los pacientes y sus familias (3,4,5).

Durante los últimos años, la psiquiatría y específicamente el estudio de la psicosis, ha cambiado su foco desde el diagnóstico y tratamiento, a la detección y estimación del riesgo de desarrollar la enfermedad, predecir su inicio y desarrollar estrategias dirigidas a evitar o retrasar sus manifestaciones (6, 7, 8, 9, 10).

Se han establecido una serie de factores de riesgo neurobiológicos, genéticos, ambientales y psicosociales para el desarrollo de psicosis, y específicamente para esquizofrenia (10). En base a estudios retrospectivos, se han descrito además vulnerabilidades del desarrollo, presentes mucho antes del inicio de la enfermedad, incluyendo la existencia de pequeñas pero perceptibles desviaciones en el desarrollo motor, social y cognitivo en niños que más adelante manifestaron cuadros psicóticos (11).

Sin embargo, ninguno de los factores de riesgo ni de los indicadores de vulnerabilidad estudiados aparece como suficiente y necesario para el desarrollo de psicosis, y ninguno satisface por sí solo los criterios epidemiológicos de relación causa-efecto (10,12). Consecuentemente, no existe evidencia ni consenso respecto a acciones orientadas a la prevención selectiva en pacientes asintomáticos. Recomendaciones de expertos y guías clínicas, sugieren entregar consejería y capacitación a familias de alto riesgo, focalizando en la identificación de síntomas tempranos de un episodio psicótico y en la prevención de factores de riesgo (10, 13).

Por otra parte, se ha descrito que en un 70-100% de los pacientes, el inicio de la psicosis es precedido por un estado denominado de "alto riesgo de psicosis", caracterizado por deterioro en el funcionamiento psicosocial y fenómenos psicopatológicos subclínicos (10). Estos hallazgos, han dado

lugar a numerosas investigaciones dirigidas a la prevención indicada en pacientes que presenten un estado de alto riesgo de psicosis con el objetivo atenuar el impacto de los síntomas prodrómicos en el sujeto y prevenir o al menos retrasar el desarrollo de la psicosis. En este sentido, centros internacionales especializados, señalan que estos individuos deben ser reconocidos precozmente y ser sujetos de tratamiento. Recomiendan la implementación de intervenciones psicosociales (como terapia cognitiva conductual) en pacientes con síntomas prodrómicos tempranos (no psicóticos). Sin embargo, ante la aparición de síntomas psicóticos atenuados o transitorios, estaría justificado el uso de antipsicóticos atípicos con pocos efectos adversos y bien tolerados (10, 14, 15).

En el caso clínico, se describen distintos indicadores de vulnerabilidad a lo largo del desarrollo del paciente y su familia, que no fueron considerados en las oportunidades en que estos accedieron a los servicios de salud. Dentro de estos destacan, factores de riesgo genético y epigenéticos para psicosis y desviaciones del desarrollo, manifestadas a temprana edad en distintas áreas, como aislamiento social, alteraciones en la psicomotricidad, déficits atencionales, ideas peculiares y refugio en la fantasía. Por otra parte, al presentar síntomas reconocidos como de alto riesgo para el desarrollo de psicosis, la implementación de un tratamiento adecuado fue tardía, lo que pudo haber repercutido en el difícil manejo de los síntomas y alto impacto en la funcionalidad del paciente.

Esta historia clínica, nos invita a reflexionar y cuestionarnos sobre cómo nuestro sistema de salud estaría operando en temas de prevención e intervención precoz en pacientes con psicosis. Impresiona que existiría una grave falencia en este tema. Constituye un importante desafío el sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud general y particularmente a los equipos de salud mental, en el reconocimiento de factores de vulnerabilidad y síntomas tempranos de un episodio psicótico, de modo de mejorar

el pronóstico y calidad de vida de nuestros pacientes en forma precoz y oportuna.

REFERENCIAS

- Häfner H, an der Heiden W. Course and outcome. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford, 2008:100-13.
- Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-17
- Rössler W, Salize HJ, van Os J et al. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:399- 409.
- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:899-904
- Samnaliev M, Clark RE. The economics of schizophrenia. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford, 2008:507-15.
- Bundesministeriums für Gesundheit, Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2007.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care. Promotion, prevention and early intervention for mental health a monograph. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
- European Commission. Green Paper Improving mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Commission, 2005.
- Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization. 2004. Disponible: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Klosterkotter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatr.* 2011; 10(3):165– 174.
- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet.* 1994;344:1398-1402
- Jim Van Os, MD, PhD; Philippe Delspaul, MA, PhD. Toward a world consensus on prevention of schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience Early Stages of Schizophrenia*. 2005 Volume 7. No 1
- Ministerio de Salud. “Guía clínica para el tratamiento de Personas desde primer episodio de Esquizofrenia”. Santiago, Minsal, 2009.
- Seidman LJ, Giuliano AJ, Meyer EC et al. Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:578-88.
- Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt B, McGlashan TH, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang M, Walker EF, Woods SW, Heinssen R; North American Prodrome Longitudinal Study: a collaborative multisite approach to prodromal schizophrenia research. *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):665-72.

Efectos de la televisión en niños menores de dos años

Effects of television on children younger than two years old

Dr. José Villanueva ¹ **Dr. Ricardo García** ²

Resumen. Con la creciente exposición a la televisión en la población infantil menor de 2 años, han surgido preguntas sobre los posibles efectos positivos y negativos. El presente trabajo realiza una revisión de la evidencia actual con el objetivo de contribuir a determinar las implicancias de la televisión en el desarrollo de los lactantes menores y mayores. Puede producir alteraciones en el juego y el sueño y no se relaciona con un trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TADH). Afecta la interacción activa con su entorno. En un contexto modelado por los padres, puede favorecer el aprendizaje.

Palabras claves: *Televisión, lactantes mayores, lactantes menores, atención, juego.*

Abstract. With increased television exposure in children less than two years, questions have arisen about the possible positive and negative effects. This paper makes a review of the current evidence in order to help determine the implications of television in the development of infants and toddlers. While television does not generate attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), produces alterations in the game and sleep. It also affects active interaction with their environment. In a context guided by parents, television can enhance learning.

Keywords: *Television, toddlers, infants, attention, infant play.*

INTRODUCCIÓN

El acelerado y exponencial desarrollo de los medios audiovisuales ha planteado una serie de interrogantes a los padres respecto a los efectos que ejerce la televisión en sus hijos. Frente a estas inquietudes la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP) (1,2) ha recomendado que los niños menores de 2 años no vean televisión ni sean expuestos a otro tipo de material audiovisual. Sin embargo, existe una elevada prevalencia de lactantes que comienzan a ver televisión ya desde los 3 meses de edad, viendo en promedio 1 a 2 horas diarias. Se estima que el 43% de los niños entre los 6 meses y los 2 años ven televisión a diario (3,4). Mientras que otro estudio informó que entre el 74% y 90% de los niños están expuestos a la televisión antes de los 2 años de edad (5).

Un análisis de los resultados de un amplio estudio longitudinal en niños entre 0 y 35 meses en Estados Unidos reportó que el 17% de los niños entre 0 y 11 meses ven televisión al menos 1 hora al día, en el rango de 12 a 23 meses el 48% ve al menos 1 hora diaria y el 22% más de 3 horas diarias, y en los niños entre 24 y 35 meses el 41% ve más de 3 horas y el 16% más de 5 horas diarias. Así mismo, el bajo nivel educacional materno se asocia en forma significativa con un mayor tiempo de televisión en los lactantes menores y mayores (6).

En nuestro mundo tecnificado actual los niños conviven con los medios de comunicación desde las edades más tempranas, siendo parte de su entorno cotidiano. Alrededor del 19% de los lactantes mayores posee un televisor en su dormitorio, 38% puede encenderlo por sus propios medios

1 Residente Psiquiatría Adultos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Médico cirujano, Universidad de Chile

2 Profesor Asociado. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Psiquiatría Niños y Adolescentes. Clínica Psiquiátrica Universitaria.

Correspondencia: Dr. José Villanueva jmvillanu@gmail.com

y 40% sabe cambiar canales con el control remoto (7).

En Chile la encuesta AdimarK-Time Ibope y Mindshare (2007), reveló que los niños de 4 a 12 años ven 4 horas de TV por día, mientras que el 70% de niños menores de 3 años ve TV en forma habitual y el 75% de niños tiene TV en su pieza. La Sexta Encuesta Nacional del Consejo Nacional de Televisión (2008) reportó que existen 2,4 televisores por hogar y 53% de ellos posee computador. Un 57,7% dijo haber visto contenidos inadecuados tales como vocabulario grosero, escenas de sexo, violencia, trato discriminatorio y contenidos de adultos en horario para menores. En la televisión abierta de nuestro país el 89% de las caricaturas en el horario infantil tienen escenas de violencia, ya sea física, psicológica o verbal (8).

La industria audiovisual ha promovido los videos de contenido infantil como facilitadores del aprendizaje en lactantes. Esta afirmación se basa en una extrapolación de la evidencia que demuestra los efectos positivos en el aprendizaje observado en escolares y adolescentes que utilizaban dichos videos desde la edad preescolar. Así mismo, se debe considerar que la industria de los videos infantiles constituye un lucrativo negocio que genera millones de dólares anualmente (9).

Existen diversas posiciones respecto a los efectos que la televisión puede generar en la población de niños menores de 2 años, tanto positivos como negativos. Sin embargo, incluso las más extremas posturas como las recomendaciones de la AAP y la de la industria de videos infantiles, no se basan en evidencia clara, si no más bien constituyen preconcepciones y opiniones difundidas por grupos de interés tanto a favor como en contra del uso de la televisión a esta edad.

En el presente trabajo se realiza una revisión de la evidencia científica actual con el objetivo de determinar cuáles son los potenciales beneficios y posibles daños que puede generar la televisión en los lactantes

menores y mayores, teniendo en cuenta este periodo como la etapa de mayor desarrollo psicomotor y mayor sensibilidad al efecto de los factores socio ambientales.

DESARROLLO COGNITIVO Y TELEVISIÓN

Desde el punto de vista cognitivo, el ver televisión puede considerarse como una tarea sofisticada que requiere maduración y desarrollo de capacidades visuales y ejecutivas, siendo en comparación una experiencia muy distinta para los adultos, recién nacidos y lactantes (10).

Los recién nacidos pueden orientar su atención hacia imágenes en movimiento y sonidos gracias a que poseen un mayor desarrollo de la visión periférica y de la audición. Sin embargo, la inmadurez de las capacidades viso espaciales (visión en profundidad, sensibilidad al contraste, percepción cromática, agudeza visual), les impiden comprender el contenido de las imágenes (7). Entre los 3 y 6 meses mejoran las capacidades viso espaciales y aumenta el periodo de atención sostenida, aumentando así la capacidad de la televisión para mantener la concentración de los niños. Es en este periodo en que la mayoría de los lactantes se inician como telespectadores (10). Alrededor de los 6 meses, los bebés pueden reconocer personas y objetos en la pantalla, al mismo tiempo que integran el sonido con la imagen visual. A los 2 años ya son capaces de entender secuencias simples de video y van desarrollando una mayor comprensión lingüística de los programas (9).

A pesar de lo anterior, los niños menores de 2 años presentan una mayor dificultad para aprender de los medios visuales que de la experiencia con el mundo real. Este concepto, llamado "déficit del video", desaparece en los preescolares, quienes ya pueden aprender gran cantidad de información desde la televisión, para bien o para mal, al lograr entender los códigos del lenguaje televisivo (10,11).

Revisiones de Temas

A los 18 meses es cuando la televisión comienza a ser capaz de retener la atención, en función de que los contenidos son más comprensibles y adquieren un significado para ellos. Adquieren así preponderancia los contenidos por sobre los aspectos formales de la televisión (imágenes cambiantes, sonidos, movimiento) a la hora de captar la atención del lactante (7). Existen estudios que demuestran que desde los 18 meses los niños desarrollan una mayor sensibilidad frente a los contenidos, dirigiendo su atención mayormente a los programas fabricados especialmente para su edad. Cleveland y Striano encontraron que niños de 18 meses prestaban mayor tiempo de atención a videos que incluían un personaje o humano que simulaba interactuar socialmente con el espectador, indicando una mayor sensibilidad a las claves sociales a esta edad en comparación con los niños menores de 18 meses (12). Estos hallazgos demuestran la importancia que la interacción social tiene para el aprendizaje en los lactantes, siendo considerada un elemento crucial para el adecuado desarrollo en esta etapa de la vida. Un estudio longitudinal que analizó los efectos del tiempo de exposición y del tipo de contenido de los programas de televisión en niños de 6 a 14 meses pertenecientes a familias de bajos recursos, demostró que la exposición mayor a 1 hora diaria desde los 6 meses de edad se relacionaba luego a un bajo nivel de desarrollo cognitivo a los 14 meses. Así mismo, solo los contenidos para adultos se asociaron a problemas cognitivos y de lenguaje en niños de 14 meses. Estos efectos negativos no se replicaron en familias de nivel socioeconómico alto (13). Por su parte, Mendelsohn y colegas reportaron que en familias de bajos ingresos el promedio de exposición en niños de 6 meses fue de 2 horas diarias, siendo más de la mitad programas de contenido para adultos (14).

Las horas de televisión están de esta forma en desmedro de las interacciones entre padres e hijos, disminuyendo el tiempo dedicado a actividades que favorecen el desarrollo en lactantes, tales como jugar, cantar, leer. Los contenidos para adultos disminu-

yen la atención que los padres prestan a sus hijos.

En contraste, en un estudio prospectivo no se encontró una asociación significativa entre el tiempo de exposición a la televisión en recién nacidos hasta los 2 años de edad y la incidencia de trastornos del lenguaje posteriormente a los 3 años. Tampoco se asoció a una mejoría en el aprendizaje. Los efectos negativos reportados por estudios previos se normalizaron al ajustar las variables individuales, maternas y socio ambientales. Sin embargo, el estudio no consideró el contenido de los programas (15).

APRENDIZAJE Y TELEVISIÓN

Estudios sobre el efecto de la televisión y el aprendizaje a través de la imitación han demostrado que los lactantes presentan una mayor imitación de conductas realizadas directamente por otra persona en comparación a las conductas observadas en una pantalla. Existe evidencia empírica que indica que los niños no tienen la capacidad de aprender de un video hasta alrededor de los 18 meses. A dicha edad aprenden más eficientemente de la interacción directa con otra persona que de un video. Este aspecto constituye el déficit del video, el cual se explicaría por la inmadurez de las capacidades perceptivas y cognitivas (16). Sin embargo, la imitación mejora si las imágenes son acompañadas por claves verbales entregadas por los padres al ver la televisión en forma conjunta, o al ser entregadas por una voz de fondo en el video. La repetición de la exposición a los videos también contribuye a mejorar el rendimiento (5, 17, 18).

Durante el segundo año de vida, los niños adquieren una mayor capacidad para obtener información y aprender desde la interacción social, por lo que la falta de contingencia de los programas de televisión influye en el déficit del video a esta edad (19).

El ver televisión en forma compartida e interactuando con el lactante se ha asociado a un aumento del tiempo y de la calidad de las interacciones entre padres e hijos. Esto es apoyado por estudios diseñados por la

industria de videos infantiles que han dedicado fondos al desarrollo de la investigación sobre la televisión y el aprendizaje en lactantes. Dichos estudios concluyen que el aprendizaje desde los videos se optimiza si es mediado por los padres entregando claves verbales, cantando y bailando, lo cual estimularía el desarrollo del lenguaje. También se destacan sus ventajas costo-beneficio en comparación a programas de educación de habilidades parentales. Por otra parte, algunos estudios destacan que el tiempo dedicado a estos videos va en desmedro de otras actividades en las que la interacción directa entre el lactante y los padres es primordial. Además, se enfatiza el uso de los videos educativos como punto de partida para la interacción con el hijo (20).

Existe una amplia evidencia respecto al impacto de los programas con contenidos violentos en el desarrollo de conductas agresivas en niños preescolares y adolescentes (21). En los lactantes la imitación de conductas observadas es una característica central en su desarrollo cognitivo. Se ha demostrado la asociación entre exposición a medios visuales violentos y conductas externalizantes en niños latinos menores de 3 años pertenecientes a familias de bajos recursos (22).

ATENCIÓN Y TELEVISIÓN

Diversas preguntas respecto a la capacidad de la television de captar y retener la atención de los lactantes han dado estímulo para diversos estudios que buscan establecer los posibles efectos que la televisión puede generar en la atención de los espectadores más jóvenes (7).

Christakis junto a diversos colegas han publicado una serie de reportes basados en grandes estudios longitudinales realizados en Estados Unidos, concluyendo que los lactantes menores y mayores que son expuestos desde temprana edad y por periodos prolongados de tiempo a la televisión, tienen mayor riesgo de desarrollar problemas atencionales en la edad escolar (9). Es

así como el 2004 Christakis y Zimmerman describieron la asociación entre la exposición a la televisión en edades tempranas, 1 a 3 años, y el desarrollo de problemas atencionales a la edad de 7 años. Sin embargo los autores reconocen la baja especificidad de los criterios utilizados para determinar la existencia de un déficit atencional. También refieren que los datos son correlacionales y que no establecen una causalidad entre las variables. Dicho informe desató una “epidemia de TADH” lo que atrajo la atención de la ciencia sobre los efectos de la television en los niños menores (23). En contraste a lo anterior, análisis de otras bases de datos han fallado en replicar dichos hallazgos, no encontrando asociación entre la cantidad de televisión vista en la infancia y el desarrollo de trastornos atencionales (24).

El 2007 Christakis y Zimmerman refinan sus conclusiones, afirmando que la exposición temprana a la televisión en niños menores de 3 años y el posterior desarrollo de problemas atencionales se correlacionaba significativamente con los contenidos violentos. Establecen así como periodo crítico los 3 primeros años de vida, en los cuales la exposición a programas no educativos alteraría la sinaptogénesis cerebral y el proceso de atención (25). La evidencia actual ha descartado dicha hipótesis, demostrando que los lactantes mayores pueden regular su atención durante la exposición prolongada a la televisión (10, 11). Posteriormente, un re-análisis del estudio de Christakis, realizado por Foster y Watkins el 2010, encontró una significativa correlación entre la cantidad de televisión vista y síntomas de TADH, en niños con más de 7 horas diarias de televisión (26).

FUNCIÓN EJECUTIVA

Las “caricaturas aceleradas” corresponden a dibujos animados con un alto porcentaje de estímulos visuales rápidamente cambiantes. La exposición de preescolares de 4 años a una caricatura acelerada de 9 minutos afectó negativamente el rendimiento en pruebas de función ejecutivas realizadas

Revisiones de Temas

inmediatamente a continuación del video. Esto se explicaría por la rápida sucesión de estímulos que captan la atención a nivel sensorial, pero que no involucran un procesamiento prefrontal, interfiriendo la atención mantenida. Se desconoce qué aspectos de este tipo de programa influyen en la función ejecutiva y si producen consecuencias en los lactantes (27).

JUEGO Y TELEVISIÓN DE FONDO

El juego es esencial para el desarrollo de las habilidades atencionales en el lactante, el cual puede verse interrumpido por el ruido y la televisión. Incluso cuando no están viendo la televisión activamente, los niños están frecuentemente expuestos a un televisor encendido en alguna parte de la casa. Si bien los padres refieren que el material televisivo que sus hijos lactantes observan es principalmente de contenido dirigido al público infantil (“televisión directa”), los niños a esta edad están expuestos también a una “televisión de fondo” que no está dirigida directamente a ellos, si no que a niños mayores o adultos (28).

La exposición a la televisión de fondo ocurre cuando el televisor permanece encendido en la misma habitación o en las cercanías mientras el niño está realizando otras actividades. Se le asocia a disminución de la atención sostenida durante el juego, menor calidad de las interacciones padre-hijo y déficit en las pruebas cognitivas. Un estudio demográfico realizado por Matthew y cols. en una población de 1454 niños de 8 meses a 8 años de edad, reportó una gran prevalencia de televisión de fondo, siendo significativamente mayor en lactantes de 8 a 24 meses, quienes estaban expuestos a 5,5 horas diarias de televisión de fondo. Esta mayor prevalencia se asocia a menor nivel socioeconómico, familias monoparentales y bajo nivel educacional de los padres. La televisión en el dormitorio de los niños se asoció con una mayor exposición a televisión de fondo y trastornos del sueño (29).

Existe una amplia evidencia que demuestra que la “televisión de fondo” interrumpe el

juego en los lactantes menores y mayores, disminuyendo el tiempo y profundidad de los periodos de atención focalizada en los juegos (7). En un estudio realizado por Evans y colegas, se observó que la duración del juego y el tiempo de atención prestado a éste se ven disminuidos por la presencia de un “televisor de fondo” en comparación a los momentos de juego en que el televisor está apagado (30).

Los lactantes son inherentemente seres sociales, y gran parte de su desarrollo cognitivo emerge en un contexto social. Ya desde los 2 meses de edad los niños son progresivamente sensibles a las claves sociales que reciben de otras personas, responden a los gestos faciales y expresiones emocionales de los adultos (31). La presencia de un televisor funcionando en la misma habitación o en otra parte de la casa interrumpe tanto el juego libre individual como el juego en conjunto con los padres (32). De esta forma, durante el juego en conjunto con los padres, la atención y la sociabilización pueden verse afectadas por la televisión de fondo. Kirkorian y colegas demostraron que los padres disminuyen las interacciones con el niño, tanto en la cantidad de tiempo de juego como en la calidad de la interacción mientras la televisión permanece encendida en la misma habitación (33).

Faltan estudios sobre el efecto que el ruido ambiental persistente, como el generado por el televisor de fondo, puede generar en el desarrollo cognitivo de los lactantes (7). Un informe de Vandewater y cols. ha dado las primeras evidencias concretas que apoyan las recomendaciones de la AAP, demostrando que la cantidad de tiempo utilizado en ver televisión se asocia negativamente al tiempo dedicado a otras actividades con los padres o los hermanos, especialmente a menor tiempo de juego creativo en los lactantes y pre escolares (34).

Courage y cols. evaluaron el efecto de la televisión en el juego de lactantes de 6 a 18 meses y la interacción con sus padres, encontrándose que si bien los lactantes de ambas edades prestan mayor atención a los

juguetes, la televisión aumenta la frecuencia de miradas a la pantalla, interrumpiendo el juego. La duración de la interacción de los padres con sus hijos fue mayor cuando la televisión estaba apagada. Plantean que la distracción que produce la televisión del proceso de jugar tendría potenciales consecuencias negativas, considerando que interrumpe la atención focalizada, la cual cumple un rol importante en el proceso de explorar y manipular los objetos, aprender de la causa y efecto y desarrollar habilidades motoras (16).

La “televisión directa” posee contenidos y una estructura visual orientados directamente a los lactantes, por ende, presenta mayor capacidad de lograr la atención y concentración de los lactantes. Esto puede ser utilizado para favorecer el aprendizaje. La “televisión de fondo” carece de las características anteriores, por lo que solo lograría captar la atención del lactante, pero no involucrar un procesamiento de información. Esta distinción entre ambos tipos de televisión es importante al momento de evaluar los efectos en el desarrollo cognitivo, distinción que pocos estudios utilizan (7).

Para reducir la exposición de los lactantes a la televisión de fondo, se recomienda a los padres apagar el televisor cuando nadie lo está viendo y evitar el televisor en el dormitorio de los niños (35).

SUEÑO Y TELEVISIÓN

El sueño está considerado como un factor esencial para el crecimiento y desarrollo. Estudios en población estadounidense reportan que existe un televisor en el dormitorio del 17% de los lactantes, 30% preescolares y 43% de los escolares, lo cual se asocia a mayor latencia del sueño, reducción del tiempo de sueño nocturno y mayor riesgo de desarrollar trastornos del sueño, trastornos del ánimo, trastornos de aprendizaje y de conducta (36, 37).

Muchas familias (75%) refieren que la televisión ayuda a dormir a sus hijos, utilizán-

dola como parte de la rutina al acostarse. Además, un 90% de los padres afirma que no es nociva para el sueño de sus hijos. Ver televisión a la hora de dormir resulta en una mayor activación autonómica del niño debido a una producción alterada de melatonina secundaria al efecto del brillo de la pantalla, que junto con la estimulación propia de los contenidos, alterarían la arquitectura del sueño prolongando la latencia (38).

Un estudio realizado en Japón sobre los hábitos del sueño en niños demostró que la presencia del televisor en el dormitorio se correlaciona con retrasos en la hora de acostarse y de levantarse. Así mismo, a mayor número de horas invertidas viendo televisión, disminuía el tiempo total de sueño y aumentaba la prevalencia de trastornos del sueño (39).

Garrison y cols., encontraron que los contenidos violentos y la exposición vespertina a la televisión se correlacionan con trastornos del sueño. No se observan dichos efectos negativos con los contenidos no violentos y el uso durante el día (38).

DISCUSIÓN

A partir de la revisión de la evidencia existente, se puede concluir que para los niños menores de 2 años el ver televisión implica efectos negativos, positivos y otros que merecen mayor investigación.

Entre los efectos negativos se ha demostrado que la televisión, en especial la “televisión de fondo” interrumpe el juego en los lactantes, interfiriendo con los procesos de atención focal y concentración, indispensables para adquirir y procesar información a partir del juego, siendo esta una actividad esencial para el desarrollo en esta etapa de la vida.

La interacción con los padres también se ve afectada, disminuyendo tanto el tiempo de intercambio como la calidad de las acciones compartidas. El lactante aprende principalmente a través de la interacción activa

Revisiones de Temas

con su entorno real, especialmente con las otras personas.

Considerando las capacidades viso espaciales y cognitivas propias de este periodo y las limitaciones propias del formato audiovisual, se ha demostrado que hasta alrededor de los 18 meses los niños no aprenden de la televisión. En cambio, presentan una gran capacidad para aprender de su experiencia directa con su entorno. El tiempo dedicado a la televisión resta horas a la interacción directa en los lactantes, que es lo que más les beneficia en su desarrollo.

Los lactantes imitan las conductas observadas tanto por las otras personas en directo como a través de un televisor. Los programas con contenido violento se asocian a imitación de conductas violentas ya desde las edades tempranas. A edades mayores contribuye a la insensibilización frente a la violencia y disminución de la empatía.

La televisión no produce TADH en los niños, sin embargo, los niños que ven más de 7 horas diarias presentan mayor prevalencia de síntomas de TADH. Esto es más significativo si los contenidos son violentos.

La exposición a contenido no educativo, con una alta frecuencia de imágenes y estímulos cambiantes, se asocia a peor rendimiento en funciones ejecutivas viso constructivas en preescolares. Se desconoce si estos efectos son presentados en lactantes.

El ver televisión constituye un factor de riesgo para desarrollar hábitos sedentarios y obesidad (40, 41).

El dormir cumple un rol primordial en el desarrollo psicomotor de los niños. La exposición a la pantalla en las horas previas al dormir y la visualización de contenidos violentos a cualquier horario, se asocia a mayor prevalencia de trastornos del sueño en los lactantes, disminuyendo el tiempo total de descanso.

Entre los aspectos positivos, existe consenso en que la televisión puede ser utilizada

como una instancia que favorezca la interacción entre los lactantes y sus padres o cuidadores. La industria de la televisión infantil ha incorporado en sus programas educativos los nuevos hallazgos científicos, desarrollando así programas más interactivos y que estimulan a los padres a cantar, jugar, bailar y conversar con sus hijos. Se han empezado a utilizar dichos videos como parte de programas de capacitación en habilidades parentales. El objetivo central es que el ver televisión sea una actividad en conjunto entre padres e hijos, constituyéndose como un estímulo para la interacción y el juego. El rol de los padres es central como agente modelador de la televisión.

El ver televisión es una actividad compleja y activa, que exige un desarrollo cognitivo adecuado y que involucra diversas variables biológicas, psicológicas y socio ambientales. Meta análisis en los que se han ajustado todas las variables, demuestran que la cantidad de horas de exposición a la televisión "per se" no es perjudicial (42). El nivel educacional de la madre, las familias monoparentales y con menores ingresos presentan las tasas más elevadas de horas diarias de televisión en niños de 0 a 24 meses. Llama la atención en diversos estudios poblacionales el hallazgo de una alta prevalencia de televisión en lactantes hijos de madres profesionales. Faltan estudios para establecer asociaciones al respecto.

Los distintos estudios realizados a la fecha presentan limitaciones y críticas a su metodología, cuestionándose la validez ecológica de los estudios en medios cuasi experimentales en un laboratorio (en donde los padres saben que serán evaluados en su interacción con los hijos frente al televisor) y estudios realizados en los hogares de los niños participantes. Múltiples reportes que correlacionan problemas atencionales y televisión se basan en registros antiguos y extensos estudios longitudinales que, si bien cuentan con una metodología óptima y una gran muestra poblacional, no fueron diseñados originalmente para establecer asociaciones entre la televisión y el TADH.

Los autores de los distintos estudios reconocen que es necesario estudiar los efectos de la televisión a partir del análisis del contexto particular en que ocurre la exposición en cada población, para lo cual es necesario considerar las diversas variables ya mencionadas.

Frente al desarrollo de programas para reducir la exposición a la televisión en niños, surge la necesidad de incentivar el uso familiar de la televisión en una forma que favorezca la comunicación e intercambio entre sus miembros, sin ir en desmedro de otras actividades sociales.

Finalmente, considerando que los profesionales de la salud deben estar informados sobre los efectos de la televisión en los niños de menor edad, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Considerar el cuánto, el qué y el cómo se ve televisión:
2. El tiempo destinado no debe superar las 2 horas diarias, idealmente fraccionadas, a fin de no restar tiempo a otras actividades más interactivas.
3. Escoger los contenidos acordes a la edad y desarrollo, prefiriendo los educativos. No encender el televisor al azar.
4. Ver televisión en forma conjunta y activa, estimulando la interacción (nombrando, señalando, bailando, cantando, jugando)
5. Los niños menores de 2 años no deben ver televisión. Se debe explicar que es el periodo de mayor desarrollo psicomotor y que el tiempo frente a la pantalla es un tiempo perdido en este importante proceso. No es una actividad necesaria para su desarrollo y presenta efectos negativos demostrados.
6. Favorecer el tiempo destinado a la interacción directa del lactante con su entorno. Desarrollar actividades positivas como el juego creativo, la lectura de cuentos, contacto con la naturaleza, actividad física, asistir a museos y exposiciones.
7. Favorecer la higiene del sueño. No exponer a los lactantes a la televisión en las horas de descanso (antes y durante

el sueño) y evitar tener un televisor en el dormitorio del niño. Los lactantes no deben ver televisión en horario vespertino.

8. Apagar el televisor si nadie lo está utilizando o evitar que el niño juegue en la misma habitación.
9. Transformar el ver televisión en una instancia familiar de comunicación y aprendizaje, comentando los contenidos y disfrutando en conjunto.
10. Los padres deben ser modelos positivos en el consumo de los medios de tal manera que cuando los imiten obtengan resultados satisfactorios y alentadores.
11. Se necesitan políticas públicas para garantizar la calidad de la televisión infantil y regular la publicidad dirigida a los niños.

CONCLUSIONES

El actuar de los medios es propio de nuestra cultura actual y conlleva un cambio en la forma en que la población infantil se relaciona con su mundo, ya desde las edades más tempranas, como son los niños menores de 2 años.

La televisión en un fenómeno complejo en la vida de los lactantes, que requiere ser modulado por los padres a fin de potenciarla como una instancia que favorezca el desarrollo y reducir los potenciales efectos negativos.

Los estudios sobre el impacto de la televisión en los lactantes menores y mayores han aportado un avance en las ciencias del desarrollo y conducta, en especial en el desarrollo cognitivo de la atención.

Los profesionales de la salud mental debemos estar atentos al rol que interpreta la televisión en nuestra población infantil, a fin de proteger y asegurar el sano desarrollo ya desde las edades más tempranas.

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics,

Revisiones de Temas

- Committee on public education. Media education. *Pediatrics* 1999, 104:341–343.
- American Academy of Pediatrics, Committee on public education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001, 107:423–425
 - Rideout, V.J., Vandewater, E.A., & Wartella, E.A. (2003). *Zeroto six: Electronic media in the lives of infants, toddlers, and preschoolers*. Children's Digital Media Centers: The Henry J. Kaiser Family Foundation (Report).
 - Rideout, V.J. & Hamel, V. (2006). *The media family: Electronic media in the lives of infants, toddlers, preschoolers, and their parents*. Children's Digital Media Centers: The Henry J. Kaiser Family Foundation (Report).
 - Barr R, Wyss N. Reenactment of televised content by 2-year olds: Toddlers use language learned from television to solve a difficult imitation problem. *Infant Behavior & Development* 2008, 31:696–703.
 - Certain L, Kahn R. Prevalence, Correlates and Trajectory of Television Viewing Among Infants and Toddlers. *Pediatrics* 2002; 109:634.
 - Courage M, Setliff A. When babies watch television: Attention-getting, attention holding and the implications for learning from videomaterial. *Developmental Review* 2010, 30:220–238.
 - Rojas V, Influencia de la televisión y videojuegos en el aprendizaje y conducta infanto-juvenil. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 Supl (1): 80-85.
 - Courage M, Howe M. To watch or not to watch: Infants and toddlers in a brave new electronic world. *Developmental Review* 2010, 30:101–115.
 - Anderson D, Hanson K. From blooming, buzzing confusion to media literacy: The early development of television viewing. *Developmental Review* 2010, 30:239–255.
 - Wartella E, Richert R, Robb M. Babies, television and videos: How did we get here? *Developmental Review* 2010, 30:116–127.
 - Cleveland A, Striano T. Televised social interaction and object learning in 14 and 18-month-old infants. *Infant Behavior & Development* 2008, 31:326–331.
 - Tomopoulos S, Dreyer B. Infant Media Exposure and Toddler Development *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010; 164(12):1105–1111.
 - Mendelsohn A, Berkule S, Tomopoulos S, Tamis-LeMonda C, et al. Infant Television and Video Exposure Associated With Limited Parent-Child Verbal Interactions in Low Socioeconomic Status Households. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008; 162(5):411–417.
 - Evans M, Rich M. Television Viewing in Infancy and Child Cognition at 3 Years of Age in a US Cohort. *Pediatrics* 2009; 123:e370–e375.
 - Courage M, Murphy A, Goulding S, Setliff A. When the television is on: The impact of infant-directed video on 6- and 18-month-olds' attention during toy play and on parent-infant interaction. *Infant Behavior & Development* 2010, 33:176–188.
 - Barr R, Muentener P, Garcia A, Chavez V, Fujimoto M. The effect of repetition on imitation from television during infancy. *Developmental Psychobiology* 2007, 49.
 - Krcmar M, Grela B, Lin, K. Can toddlers learn vocabulary from television? An experimental approach. *Media Psychology* 2007, 10:41–63.
 - Troseth, G.L., Saylor, M.M., Archer, A.H. Young children's use of video as a source of socially relevant information. *Child Development* 2007; 77:786–799.
 - Pempek T, Demers L, Hanson K. The impact of infant-directed videos on parent-child interaction. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2011, 32:10–19.
 - Bandura A, Ross D, Ross S A. Imitation of film-mediated aggressive models. *J Abnormal Social Psychol.* 1963;66:3–11
 - Tomopoulos S. Media Content and Externalizing Behaviors in Latino Toddlers, *Ambulatory Pediatrics* 2007, 7(3)
 - Christakis, D.A., Zimmerman, F.J., DiGiuseppe, D.L., McCarthy, C.A. Early

- television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 2004, 113:708–713.
24. Stevens T, Mulsow M. There Is No Meaningful Relationship Between Television Exposure and Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Pediatrics* 2006; 117:665.
 25. Zimmerman, F.J., Christakis, D.A. Association between content types of early media exposure and subsequent attention problems. *Pediatrics* 2007, 120:986–992.
 26. Foster, E.M., Watkins, S. The value of reanalysis: Television viewing and attention problems. *Child Development* 81, 368–375.
 27. Lillard A, Peterson J. The Immediate Impact of Different Types of Television on Young Children's Executive Function. *Pediatrics* 2011; 128:644–649.
 28. Anderson, D.R., Evans, M.K. Peril and potential of media for infants. *Zero to Three* 2011, 22:10–16.
 29. Lapierre M, Taylor J, Linebarger D. Background Television in the Homes of US Children. *Pediatrics* 2012; 130:839–846.
 30. Evans, M.K., Pempek, T.A., Kirkorian, H.L., Frankenfield, A.E., Anderson, D.R. The impact of background television on the complexity of play. Presented at the 14th Biennial International Conference on Infant Studies, Chicago, IL. (2004, May).
 31. Baldwin, D.A., Moses, L.J. Links between social understanding and early word learning: Challenges to current accounts. *Social Development* 2001, 10:309–329.
 32. Masur E, Flynn V. Infant and mother-infant play and the presence of the television. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2008, 29:76–83.
 33. Kirkorian, H.L., Pempek, T.A., Murphy, L.A., Schmidt, M.E., Anderson, D.R. The impact of background television on parent-child interaction. *Child Development* 2009, 80(5):1350–1359.
 34. Vandewater E, Bickham D, Lee J. Time Well Spent? Relating Television Use to Children's Free-Time Activities. *Pediatrics* 2006;117.
 35. Jordan AB, Hersey JC, McDivitt JA, Heitzler CD. Reducing children's television viewing time: a qualitative study of parents and their children. *Pediatrics* 2006;118(5).
 36. Mindell J, Meltzer L, Carskadon M, Chervin R. Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine* 2009,10:771–779.
 37. Thompson D, Christakis D. The Association Between Television Viewing and Irregular Sleep Schedules Among Children Less Than 3 Years of Age. *Pediatrics* 2005;116:851.
 38. Garrison M, Liekweg K, Christakis D. Media Use and Child Sleep: The Impact of Content, Timing, and Environment. *Pediatrics* 2011;128:29–35.
 39. Ikeda M, Kaneita Y, Kondo S, Itani O, Ohida T. Epidemiological study of sleep habits among four-and-a-half-year-old children in Japan *Sleep Medicine* 2012,13:787–794.
 40. Oppenheimer S, Chang H, Kanarek R. ObesiTV: How television is influencing the obesity epidemic. *Physiology and Behavior* 2012,107:146–153.
 41. Castillo-Lancellotti C, Pérez-Santiago O, Rivas-Castillo O, Fuentes-García R, Tur-Marí J. Análisis de la publicidad de alimentos orientada a niños y adolescentes en canales chilenos de televisión abierta. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2010; 16(2):90-97.
 42. Munasiba A, Bhattacharya S. Is the 'Idiot's Box' raising idiocy? Early and middle childhood television Watching and child cognitive outcome. *Economics of Education Review* 2010, 29:873–883.

Síndrome de alto riesgo de psicosis: estado del arte

High risk for psychosis syndrome: state of the art

Dra. Caterina Pesce Arón¹, Dra. Melina Vogel²

Resumen. El Síndrome de alto riesgo de psicosis es un grupo de síntomas inespecíficos, que confieren a las personas que las presentan, un riesgo de desarrollar un episodio psicótico, mayor al de la población general. Este riesgo llega a ser de hasta un 54% según los estudios de seguimiento longitudinal. Las investigaciones actuales en torno a este tema, buscan encontrar herramientas que ayuden a hacer un diagnóstico más certero del riesgo de, utilizando además de la clínica, otras herramientas como imágenes estructurales, imágenes funcionales; evaluaciones neuro-cognitivas y neuro-fisiológicas. La evidencia en torno a las intervenciones en las etapas tempranas para los grupos de riesgo, se inclinan hacia las medidas no farmacológicas. Dentro de ellas, las intervenciones comunitarias y la suplementación con OMEGA-3 han mostrado ser beneficiosas. Se recomienda cautela en el uso de antipsicóticos como medida única en pacientes con alto riesgo de psicosis, pues luego de retirarlos podría aumentar la tasa de conversión a psicosis en comparación con las medidas no farmacológicas.

Palabras Clave: *High Risk Syndrome, Pródromo de psicosis, Ultra high risk syndrome.*

Abstract. High Psychosis Risk Syndrome is a non-specific group of symptoms. Patients who present this syndrome have a higher risk than the regular population to develop a chronic psychotic disease, with up to a 54% conversion rate. There are strong efforts oriented to find useful tools other than clinical evaluation to identify the group of patients that will actually develop a chronic psychosis. These strategies include structural and functional images, together with neurocognitive and neurophysiological assessments. The evidence regarding treatment in the High Risk Syndrome group of patients support non-pharmacological interventions over pharmacological ones. Within the former group, community interventions and OMEGA-3 supplementation have shown significant benefit compared with control groups. The use of atypical antipsychotics as a unique intervention in these early stages should be used with caution, since they could induce a higher conversion rate to psychosis once suspended, compared to non-pharmacological interventions.

Key Words: *High Risk Syndrome, Pródromo de psicosis, Ultra high risk syndrome.*

INTRODUCCIÓN

Dentro de las patologías psiquiátricas, la esquizofrenia y las psicosis crónicas en general, han sido identificadas como unas de las más invalidantes debido a su gran impacto en el funcionamiento de quienes las padecen, así como también por las limitaciones del tratamiento una vez instalado el cuadro crónico¹. Junto con lo anterior, se

ha reconocido que la gran mayoría de los pacientes en los que se ha diagnosticado esquizofrenia, presentan síntomas inespecíficos, ya sea en la esfera de la cognición, de la conducta o de la sensopercepción, mucho antes de que se instale el cuadro psicótico propiamente tal.² Estos dos hechos, sumados a la evidencia de que el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia parece ser mejor si es que se realizan intervenciones

1 Residente de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia Pontificia Universidad Católica de Chile

2 Instructor adjunto del Depto. De Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Correspondencia: catypesce@gmail.com

precozmente, ha motivado a diferentes grupos de investigación a orientar sus esfuerzos justamente a identificar a aquellos síntomas que podrían estar avisando sobre el eminente desarrollo de un cuadro de esquizofrenia y de otros cuadros psicóticos crónicos, con la esperanza de poder diseñar y realizar intervenciones que mejoren su pronóstico, o que sean capaces de retrasar o prevenir la aparición de psicosis en sub-grupos de pacientes identificados como de alto riesgo para la ocurrencia de ésta¹.

Desde allí nace la iniciativa de identificar y nombrar a estos síntomas inespecíficos de aparición previa a la psicosis, como “pródromo” de psicosis, entendiéndolos como algo que ocurre “antes de” un cuadro establecido. Estudios de seguimiento de pacientes con síndrome de alto riesgo de psicosis, muestran tasas de conversión a psicosis de entre un 6% a un 54%¹. Es decir, en el peor de los escenarios, no más allá de la mitad de los pacientes con síntomas inespecíficos desarrollará un cuadro psicótico crónico. Más aún, los meta-análisis de seguimiento muestran que existe una clara tendencia en los estudios, en la que a medida que va pasando el tiempo y se hacen estudios más recientes, las tasas de conversión a psicosis desde los grupos de alto riesgo han ido disminuyendo.⁵ Esto podría explicarse por una mayor sensibilización de los equipos de salud en relación al síndrome de alto riesgo, lo que permite detecciones más tempranas, con síntomas más sutiles e inespecíficos y que por tanto requieren un mayor tiempo de observación para desarrollar la psicosis; y/o que se han ido instalando intervenciones precoces en los grupos de alto riesgo, que podrían ser exitosas, evitando así la aparición de psicosis.

Por lo tanto, si bien el término de “pródromo” ha sido uno de los más difundidos, parece ser poco preciso, pues sugiere la ocurrencia de psicosis como algo inevitable, cuando este grupo de pacientes representa más bien, a personas con una probabilidad

mayor que la población general de desarrollar psicosis. De ahí se desprende que actualmente se prefiere usar los términos “ultra alto riesgo de psicosis” (ultra high risk state for psychosis) en Europa, “alto riesgo clínico de psicosis” (clinical high risk) en USA o Síndrome de riesgo de psicosis, como se ha propuesto usar para la clasificación DSM V.^{2 3}

Se utiliza el concepto de “riesgo de psicosis” y no “riesgo de esquizofrenia”, pues los estudios de seguimiento, muestran que si bien la gran mayoría de ellos presentará un trastorno del espectro de la esquizofrenia, existe un porcentaje cercano al 10% en el que la psicosis se observará en el contexto de un cuadro afectivo.⁴

1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR SÍNDROME DE RIESGO DE PSICOSIS?

Existen algunas diferencias sutiles entre los distintos grupos de trabajo para definir el Síndrome de Riesgo de Psicosis (SRP). Sin embargo, los criterios podrían resumirse en cuatro grupos de síntomas¹:

1. Los llamados “BLIPS” (brief limited intermittent psychosis syndrome); que se refiere a episodios que no cumplen los criterios ya sea de tiempo o de intensidad para un episodio psicótico breve
2. Síntomas positivos atenuados
3. Riesgo genético (i.e. presencia de rasgos esquizotípicos de personalidad o un familiar de primer grado con un trastorno psicótico crónico); más un deterioro del funcionamiento global (GAF) mayor al 30%
4. La presencia de los llamados “síntomas básicos” que se refieren a sensación subjetiva de cambios cognitivos y/o de alteraciones perceptuales

La presencia de cualquiera de éstas constelaciones sintomáticas, sitúan al clínico en el escenario de un Síndrome de Riesgo de Psicosis. Los estudios de seguimiento muestran que las conversiones, ocurren con una mayor frecuencia entre los 6 a 12 meses de identificados estos síntomas.⁴

Revisiones de Temas

2. MODELO DE ETAPIFICACIÓN DE LAS PSICOSIS

Algunos autores han propuesto etapificar el desarrollo de psicosis, desde síntomas leves, pasando por el síndrome de riesgo de desarrollar psicosis, hasta llegar a los cuadros floridos de psicosis crónicas.¹⁻⁵

Los modelos de etapificación de enfermedades han probado ser útiles en otras patologías en medicina, como por ejemplo en enfermedades cardiovasculares y en oncología. El supuesto detrás de este concepto, radica en que las enfermedades son un continuo progresivo que inicialmente se presentan con síntomas leves e inespecíficos, para ir avanzando a cuadros más severos que van requiriendo de estrategias diferentes de tratamiento. En este sentido, pareciera que el hecho de pesquisar etapas tempranas de alguna enfermedad, permite ajustar las estrategias de intervención, de manera que tengan una mayor probabilidad de éxito y que tengan a la vez, menos efectos adversos que las intervenciones que se requieren en etapas más tardías.

En el caso de los cuadros psicóticos cró-

nicos, se han planteado así mismo la necesidad de distinguir diferentes etapas en su desarrollo e instalación, y consecuentemente estrategias diferentes según la etapa de presentación, que sean ajustadas al nivel de complejidad de los síntomas, sopesando al mismo tiempo, lo efectos adversos que éstos conllevan.

Uno de los modelos es el que ha planteado el grupo australiano liderado por McGorry⁶:

El caso de las intervenciones tempranas propuestas en el Síndrome de Alto Riesgo de Psicosis, se ubicarían en los pacientes que cumplen criterios para las etapa Ia y Ib, de la etapificación del modelo de McGorry, evitando o retrasando que los pacientes avancen hacia la etapa II.

3. MARCADORES ESTRUCTURALES Y BIOLÓGICOS EN GRUPOS DE RIESGO PARA PSICOSIS

En los grupos de pacientes en los que eventualmente se desarrollará un episodio psicótico, no sólo se altera la clínica. También se han descrito en ellos alteraciones en

Tabla 1: Etapas clínicas en el desarrollo de la psicosis

Etapa	Definición	Ejemplo de población
0	Aumento de riesgo de psicosis. Asintomático	Adolescentes con familiares de primer grado con psicosis crónica
Ia	Síntomas leves o inespecíficos, incluyendo déficits neurocognitivos, experiencias "psychotic like" sub-umbrales, asociado con alteración leve del funcionamiento	Jóvenes derivados a servicios de salud mental por prestadores de Atención primaria
Ib	Pacientes con "ultra high risk" de psicosis. Síntomas moderados pero sub-umbrales. Con alteración de su funcionamiento	Pacientes cumplen criterios de riesgo de psicosis
II	Trastorno sobre el umbral, son síntomas moderados a severos, déficit cognitivos y deterioro en el funcionamiento	Cumple criterios para cuadro psicótico inicial
III	Remisión incompleta del cuadro psicótico o recurrencia/ recaída	Episodio psicótico recurrente
IV	Enfermedad persistente, que no remite	Paciente con EQZ. Deterioro funcional establecido

neuroimágenes estructurales, neuroimágenes funcionales, en algunas funciones neurocognitivas así como también en algunos indicadores neurofisiológicos.^{1 4 7}

El hecho de contar con herramientas adicionales a la clínica para detectar con una mayor precisión a los pacientes que realmente desarrollarán cuadros psicóticos crónicos supone una gran ayuda, pues permitiría ajustar las intervenciones, aumentando de este modo su eficiencia.

Estudios de neuroimágenes han encontrado alteraciones en sustancia gris predominantemente en la corteza frontal y también en sustancia blanca, en las etapas tempranas del síndrome de riesgo de psicosis, que muestran un patrón de agravamiento a medida que se avanza a etapas más tardías⁴. Se piensa que estos hallazgos serán más robustos a medida que se disponga de tecnologías que utilicen cortes más finos y análisis de unidades estructurales más pequeñas.⁶

En cuanto a las funciones neurocognitivas se han encontrado alteraciones de la velocidad del procesamiento de la información, dificultades en la memoria de trabajo y en la memoria verbal en los grupos de alto riesgo.

Se han hecho algunos avances incipientes en el estudio de imágenes funcionales en pacientes con riesgo de psicosis, que han encontrado una disminución de la activación de la corteza pre-frontal relacionada a una tarea, a medida que se va progresando en las etapas de riesgo. Así mismo se ha avanzado en el estudio de espectroscopías que buscan medir ciertos neurotransmisores de interés en el desarrollo de psicosis, como el glutamato y el ácido gama-aminobutírico. En cuanto a los indicadores neurofisiológicos, algunos estudios han encontrado alteraciones en ondas electroencefalográficas como predictoras del desarrollo de psicosis: específicamente, se ha encontrado disrupción de amplitud y latencia de las ondas P300, junto con supresión y desajuste negativo de las ondas

P50 y N100¹.

Si bien la evidencia sobre marcadores biológicos y funcionales para psicosis no es aún lo suficientemente robusta como para usarlas en la evaluación clínica habitual, se trata sin duda de líneas de investigación importantes que probablemente den luces en el futuro de cómo detectar de forma más precisa a quienes desarrollarán un trastorno psicótico crónico, de manera de poder seleccionar mejor cómo orientar los esfuerzos terapéuticos de prevención y de tratamiento oportuno.

4. EVIDENCIA PARA ALGUNAS DE LAS INTERVENCIONES PROPUESTAS

Una revisión sistemática realizada por Pretti y Cella⁸, buscaba responder la pregunta sobre cuál es la efectividad de distintas intervenciones para reducir la transición a psicosis de los pacientes con Síndrome de Alto Riesgo. Se definió como tratamiento focalizado, aquellas intervenciones destinadas a prevenir la aparición de la psicosis. Dos de ellas fueron basados en farmacoterapia (Olanzapina 5-15mg/día por un año v/s placebo; y Risperidona 1-2 mg/día v/s placebo) y terapia cognitivo conductual por 6 meses). Otra analizó la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) v/s sólo monitorización, durante 6 meses; también se analizó una intervención comunitaria intensiva de dos años de duración, consistente en visitas domiciliarias, controles periódicos, psico-educación, entrenamiento en habilidades sociales y apoyo en el consumo de sustancias v/s "tratamiento habitual"; y también el efecto la administración de una dosis de 1.2 gm de ácidos grasos poliinsaturados OMEGA-3 durante 3 meses, v/s placebo¹, siguiendo a los pacientes por 1 año.

Respecto a los resultados de esta revisión, los autores concluyen que analizando como grupo a todas las intervenciones focalizadas en su conjunto, éstas muestran

1. Placebo consistente en aceite de coco, vitamina E y 1% de aceite de pescado para imitar el sabor al omega-3.

Revisiones de Temas

globalmente un efecto positivo en cuanto a disminuir la transición a psicosis de los pacientes de alto riesgo: observándose un 11% de transición a psicosis para los tratamientos focalizado v/s 31,6% de transición en los grupos controles. Sin embargo, al analizar cada estudio por separado, se aprecia que las diferencias encontradas en los estudios que consideran la efectividad de fármacos y de terapia cognitivo conductual, si bien muestran una tendencia, no mostraron diferencias significativas respecto de los controles en retrasar la aparición de psicosis. Por el contrario, la intervención comunitaria intensiva y en el uso de OMEGA-3, sí mostraron ser efectivas significativamente en reducir la transición a psicosis a los doce meses de observación.

Por otro lado, esta misma revisión mostró que las intervenciones basadas en el uso de antipsicóticos, presentaron una mayor proporción de pacientes que desarrollaron psicosis una vez que éstos fueron suspendidos (16.1% para olanzapina, 19.3% para risperidona), en comparación con la suspensión de las intervenciones no farmacológicas (5,7% para TCC y 4.8% para suplementación con Omega-3).

5. DISCUSIÓN

Resulta interesante observar cómo pareciera haber más evidencia que avala el uso de intervenciones no-farmacológicas en pacientes con alto riesgo de psicosis, en relación al uso de fármacos. Al analizar dichas intervenciones no farmacológicas, salta a la vista que la intervención comunitaria posee múltiples aristas de abordaje, e involucra un gran despliegue de recursos y de horas profesionales, lo que hacen que este plan de abordaje sea difícil y costoso de implementar. Sobre todo, si se compara con la sola administración de un suplemento alimenticio (OMEGA-3) que en general es bien tolerado, a un precio accesible y que no posee el estigma de los psicofármacos, en particular de los antipsicóticos. Si bien su mecanismo de acción no ha sido claramente dilucidado, es sabido que se requiere de su presencia para el desarrollo sano del

cerebro y se ha propuesto que tendría un efecto neuroprotector. A la luz de la evidencia presentada, la suplementación con OMEGA-3, aparece entonces como una intervención sencilla, segura y con una buena relación costo-beneficio en los pacientes con riesgo de desarrollo de psicosis.

Otro aspecto interesante de la revisión, es el análisis en relación a potencial efecto dañino de los antipsicóticos. La sugerencia de los autores, es la de tener precaución al indicar antipsicóticos en pacientes del grupo de riesgo, pues no sólo podría aumentar la tasa de conversión a psicosis en comparación con otras intervenciones una vez suspendidos éstos, sino que además, se debe considerar que el uso de fármacos tiene importantes efectos adversos, junto con un no despreciable efecto de estigmatización, reportado por los pacientes. Si bien se plantea que la asignación de los pacientes a los distintos grupos de tratamiento fue al azar, es posible que haya existido de todas formas algún tipo de sesgo que terminara concentrando en el grupo de uso de fármacos a pacientes clínicamente más graves y que por tanto corresponderían a sub-grupo dentro del grupo de riesgo, con un particular mayor riesgo de desarrollar psicosis.

6. CONCLUSIONES E IDEAS FINALES

El concepto de "pródromo" de psicosis ha sido desplazado por el de síndrome de riesgo de psicosis. Éste estaría conformado por un grupo de síntomas inespecíficos, presentes en personas que tendrían un riesgo mayor que la población general para desarrollar psicosis, con una tasa de conversión de hasta un 54%. Dicha tasa de conversión ha tendido a disminuir en el tiempo a medida que este concepto ha sido difundido en el medio y que se han instalado programas destinados a investigar tempranamente a este grupo de riesgo, proponiendo intervenciones dirigidas y oportunas, que finalmente buscan la integración funcional de estas personas.

Dado lo inespecífico de los síntomas del

síndrome, se trabaja actualmente en encontrar herramientas que ayuden en el diagnóstico, además de la clínica, como imágenes estructurales, imágenes funcionales; evaluaciones neurocognitivas y neurofisiológicas.

Se ha propuesto un modelo de etapificación de la psicosis similar a la utilizada en otros cuadros médicos. La evidencia en torno a las intervenciones en las etapas tempranas para los grupos de riesgo se inclinan más bien hacia las medidas no farmacológicas. Dentro de ellas, las intervenciones comunitarias y la suplementación con OMEGA-3 han mostrado ser beneficiosas. Ésta última parece tener ventaja respecto a las intervenciones comunitarias en cuanto a disponibilidad de las estrategias, complejidad de ésta y relación costo-beneficio. El uso de antipsicóticos en pacientes con alto riesgo de psicosis podría incluso ser dañino en comparación con las medidas no farmacológicas, pues al retirarlos podría aumentar la tasa de conversión a psicosis, por lo que se recomienda cautela en su uso como medida única en estas etapas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Correll C, Hauser M, Auther A, Cornblatt B: Research in People with the Psychosis Risk Syndrome: A Review of the Current Evidence and future Directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 April; 51(4):390-431
2. Woods S., Carlson J, McGlashan T: DSM-5 and the "Psychosis risk syndrome": The DSM-IV proposal is better than DSM-IV. *Psychosis*. 2010 October; 2 (3): 187-190
3. www.nami.org. National Alliance on Mental Illness. Comments on the APA's draft revision of the DSM-V. Proposed new diagnosis: Psychosis risk Syndrome
4. Fusar-Poli P, Bechdolf A, Taylor M, Bonoldi I, Carpenter W, Yung A, McGuire P: At risk for schizophrenic or affective psychoses? A Meta-Analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophrenia Bulletin*. Advanced online access, published may 2012
5. Wood S, Yung A, McGorry P, Pantellis C: Neuroimaging and treatment evidence for clinical staging in psychotic disorders: from the at-risk mental state to chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011;70:619-625
6. McGorry P, Hickie IB, Yung AR, Pantellis C, Jackson HJ. Clinical Staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:616-622
7. Fusar-Poli P: Voxel-wise meta-analysis of MRI studies in patients at clinical high risk for psychosis. *J Psychiatry Neurosci* 2012;37(2):106-12
8. Preti A, Cella M: Randomized-controlled trials in people at ultra high risk of psychosis: a review of treatment effectiveness. *Schizophrenia Research* 2010;123:30-36.

XXXI Congreso de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia.

“Más allá de la evidencia”, nuevos avances en Neurología y Psiquiatría Translacional Chile.

Lugar: Hotel Sheraton Miramar Viña del Mar.

Fecha: 23 al 26 de octubre de 2013.

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

Fono/Fax: 2- 632 08 84

E-mail: sopnia@tie.cl

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 intervencional y casos clínicos, debe realizarse con CONSENTIMIENTO INFORMADO, requisito que deberá quedar expresado en el método.

“Más allá de la Evidencia” Psiquiatría y Neurología Translacional.

La medicina translacional es un paradigma emergente de la práctica médica y la epidemiología intervencionista, y se fundamenta en el proceso de la investigación translacional. La conjunción de las investigaciones básicas orientadas al paciente, junto con las investigaciones preclínicas y las clínicas, se denomina investigación translacional.

La Neurología y Psiquiatría translacional es la versión actualizada de la medicina basada en evidencias, con la aplicación integrada de herramientas novedosas en genómica, proteómica, farmacología, biomarcadores, diseños, métodos y tecnologías clínicas que aumentan la comprensión patofisiológica de las enfermedades.

Esta integra la participación de los dominios de investigación biomédica con los dominios clínicos, además las modificaciones de los comportamiento sociales y

políticos que permiten optimizar el cuidado integral del paciente; uno de los requerimientos son reprogramar la educación biomédica de grado y posgrado, así como la participación de organizaciones, científicos, legisladores, inversionistas y bioeticistas, entre otros.

En el año 2008 se fundó, Clinical and Translational Science Institute at Children's National (CTSI-CN) para desarrollar una perspectiva pediátrica única y específica.

La investigación translacional es una de las actividades más importantes en la medicina moderna y ha permitido mejorar la práctica clínica, uno de sus principales ejemplos son los beneficios logrados de la aplicación de las células troncales (*stem cells*). El éxito de la transferencia de información genómica es una lección valiosa que augura que la investigación translacional beneficiará la práctica de la medicina actual.

Numerosos hospitales de alta especialidad en el mundo cuentan con unidades de investigación translacional, las cuales han generado o se encuentran integradas a líneas de investigación básicas o preclínicas de los centros de investigación biomédicos o de las industrias farmacéuticas biotecnológicas.

Lo cual remarca la interacción entre la investigación básica y la medicina clínica, superando con ello la tradicional separación entre la investigación básica y la práctica clínica en medicina.

Se ha aceptado actualmente que la investigación en seres humanos es necesaria para el avance de nuevos tipos de tratamiento, y particularmente los ensayos clínicos controlados constituyen la mejor herramienta para demostrar la eficacia de nuevas medidas terapéuticas. La aplicación de los principios de la medicina translacional en los ensayos preclínicos y en los estudios clínicos fases I y II aumenta también el in-

dice de resultados satisfactorios/ inversión económica.

La generación de información sobre investigación translacional está impactando internacionalmente a los académicos biomédicos: cerca de 6000 artículos relacionados publicados en revistas indizadas en Pub-Med.

Para nosotros los clínicos, médicos, profesionales de laboratorio y pacientes, esta herramienta es necesaria para acelerar y alcanzar beneficio de las investigaciones acortando la brecha entre “cuanto se sabe y cuanto podemos aplicar a la práctica clínica. Es decir que los avances diagnósticos y terapéuticos prueben ser efectivos en ensayos clínicos para la práctica médica diaria y por consiguiente en la salud pública.

Queden todos invitados

Dra Lucila Andrade
Presidenta XXXI Congreso

XI Jornadas de Neurofisiología Clínica de la Sociedad Chilena de Neurofisiología

Fecha: 6 y 7 de diciembre 2013
Lugar: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Informaciones: sochineurofisiol@vtr.net

Taller Básico de PECS, en conjunto con Pyramid Educational Consultans (España)

Fecha: 23 y 24 de octubre
Lugar: por definir, en el sur del país

Conferencia Internacional RedEAmérica trastornos del espectro Autista (TEA)

Fecha: 10 y 11 de septiembre de 2013

Lugar: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

53° Congreso Chileno de Pediatría

Fecha: 7 al 9 de noviembre de 2013
Lugar: Centro de Convenciones Centro Parque, Santiago

LXVII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, SONEPSYN

Fecha: 16 al 19 de octubre de 2013
Lugar: Hotel Enjoy, Viña del Mar, Chile
Informaciones: presidencia@sonepsyn.cl

60° Congreso de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente AACAP

Fecha: 22 al 27 de octubre de 2013
Lugar: Walt Disney World Dolphin Hotel

22° Congreso Europeo de Psiquiatría EPA

Fecha: 1 al 4 de marzo de 2014
Lugar: Munich, Alemania

XXI Simposio Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría

Fecha: 14 y 15 de marzo de 2014
Lugar: “insigth en psicosis”, Barcelona, Catalunya, España
Informaciones: www.controversiasbarcelona.org; secretaria@controversiasbarcelona.org

X Congreso de Trastornos de la Personalidad

Fecha: 23,24 y 25 abril 2014
Lugar: Barcelona, España
Informaciones: www.geyseco.es; admin2@geyseco.es

GRUPOS DE ESTUDIO

REUNIONES MENSUALES

Grupo Chileno Trastornos del Desarrollo, Gtd.

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

Presidenta: Ps. Andrea Moyano

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

Se reúnen el último miércoles de cada mes a las 13:45 hrs.

Coordinador: Dr. Ricardo Erazo

Grupo Trastornos del Sueño en Pediatría

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

Coordinador: Dr. Tomás Mesa

Grupo Adolescencia y Adicciones

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

Coordinador: Dr. Alejandro Maturana

Grupo Enfermedades Desmielinizantes

Próxima reunión, jueves 5 de octubre a las 19:30 hrs.

Auditorio Clínica Alemana.

SITIOS DE INTERÉS A TRAVÉS DE PÁGINA WEB

Sociedades

Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia
www.sopnia.com

Sociedad Chilena de Pediatría
www.sochipe.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
www.sociedadchilenadepsicologiaclinica.cl

Sociedad Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía
www.sonepsyn.cl

Sociedad Chilena de Salud Mental
www.schilesaludmental.cl

Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
www.aacap.org

Academia Americana de Neurología (sección Pediátrica)
http://www.aan.com/go/about/sections/child

Sociedad Europea de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
www.escap-net.org

Sociedad Europea de Neurología Pediátrica
www.epns.info

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

Revistas

Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia:
www.sopnia.com/boletin.php

Revista Chilena de Neuropsiquiatría:
www.sonepsyn.cl/index.php?id=365
www.scielo.cl/scielo.php?pid=0717-9227-
&script=sci_serial
Revista Pediatría Electrónica:
www.revistapediatria.cl

Child and Adolescent Psychiatry (inglés):
www.jaacap.com

Child and Adolescent Clinics of North America
(inglés): www.childpsych.theclinics.com

European Child & Adolescent Psychiatry (inglés): www.springerlink.com/content/101490/

Development and Psychopathology (inglés):
http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=DPP

Seminars in Pediatric Neurology (inglés):
http://www.sciencedirect.com/science/journal/10719091

Pediatric Neurology (inglés):
www.elsevier.com/locate/pedneu

Epilepsia (inglés): www.epilepsia.com

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

Sitios recomendados en Psiquiatría

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

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

V Simposio Internacional Clínica Psiquiátrica Hospital Clínico Universidad de Chile
Contacto: sdias@clinicauchile.cl

Parámetros prácticos
www.aacap.org/page.w

Noticias

w?section=Practice+Parameters&name=Practice+Parameters

Conflictos de interés (inglés):
www.aacap.org/cs/root/physicians_and_allied_professionals/guidelines_on_conflict_of_interest_for_child_and_adolescent_psychiatrists

Autismo (inglés):
www.autismresearchcentre.com

Suicidalidad (inglés): www.afsp.org

Déficit atencional:
www.tdahlatinoamerica.org
(inglés) www.chadd.org

Sitios recomendados en Neurología

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

Otros sitios recomendados para residentes

Temas y clases de neurología:
<http://sites.google.com/a/neuropedhrrio.org/docencia-pregrado-medicina/>

Artículos seleccionados del BMJ:
www.bmj.com/cgi/collection/child_and_adolescent_psychiatry

Sitios recomendados para pacientes

Recursos generales (inglés):
www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/informacion_para_la_familia www.aacap.org/cs/resource.centers

Trastorno afectivo bipolar (inglés):
<http://www.bpkids.org/learn/resources>

Salud Mental

Programa Habilidades para la Vida: http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html

Chile Crece Contigo: www.crececontigo.cl
CONACE: www.conace.cl

Octavo estudio nacional de consumo de drogas en población general de Chile 2008:
http://www.conace.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=384:descarga-el-octavo-estudio-nacional-de-consumo-de-drogas-en-poblacion-general-de-chile-2008&catid=74:noticias&Itemid=559

OMS

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

(Actualizado en Octubre de 2009)

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

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

Se enviaré el trabajo en su versión completa, incluidas tablas y figuras, dirigidas a Dr. Ricardo García Sepúlveda, Editor de la Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, a los e-mails: sopnia@tie.cl. Se incluirá identificación del autor principal, incluyendo dirección, teléfonos, fax, dirección de correo electrónico. El trabajo se enviará, a doble espacio, con letra arial 12. Para facilitar el proceso editorial, todas las páginas serán numeradas consecutivamente, comenzando por la página de título en el ángulo superior derecho.

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

ESTILO

Los trabajos deben escribirse en castellano correcto, sin usar modismos locales o términos en otros idiomas a menos que sea absolutamente necesario. Las abreviaturas deben ser explicadas en cuanto aparezcan en el texto, ya sea dentro del mismo, o al

pie de tablas o gráficos. El sistema internacional de medidas debe utilizarse en todos los trabajos.

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

1. Página de título

El título debe ser breve e informativo. Se listará a continuación a todos los autores con su nombre, apellido paterno, principal grado académico, grado profesional y lugar de trabajo.

Las autorías se limitarán a los participantes directos en el trabajo. La asistencia técnica se reconocerá en nota al pie. En párrafo separado se mencionará donde se realizó el trabajo y su financiamiento, cuando corresponda. Se agregará aquí si se trata de un trabajo de ingreso a SOPNIA. Se agregará un pie de página con nombre completo, dirección y correo electrónico del autor a quién se dirigirá la correspondencia.

2. Resumen

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

3. Palabras Claves

Los autores proveerán de 5 palabras claves o frases cortas que capturen los tópicos principales del artículo. Para ello se sugiere utilizar el listado de términos médicos (MeSH) del Index Medicus.

4. Trabajos Originales

Extensión del texto y elementos de apoyo:

Instrucciones a los autores

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

Contarán con la siguiente estructura:

a. Introducción

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

b. Método

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

Selección y Descripción de Participantes

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

Información técnica

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

c. Estadísticas

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

Se cuantificará los hallazgos presentándolos con indicadores de error de medida. Se

hará referencia a trabajos estándares para el diseño y métodos estadísticos. Cuando sea el caso, se especificará el software computacional utilizado.

d. Resultados

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

e. Discusión

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

f. Referencias bibliográficas

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

Estilo y formato de referencias

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

Artículo de revista científica

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

Más de 6 autores

Ejemplo: Barreau M, Ángel L, García P, González C, Hunneus A, Martín A M, et al. Evaluación de una unidad de Atención Integral del adolescente en una clínica privada. Boletín SOPNIA. 2003,14(2):25-32. Cuando se cita el capítulo de un libro. Apellido e inicial de los autores, mencione los autores con igual criterio que para las revistas. El título en idioma original, luego el nombre del libro, los editores, el país, el año de publicación, página inicial y final.

Ejemplo: Pinto F. Diagnóstico clínico del síndrome de Déficit Atencional (SDA).

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

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

g. Tablas

Las tablas reúnen información concisa y la despliegan en forma eficiente. La inclusión de información en tablas, contribuye a reducir la longitud del texto. Las tablas se presentarán en formato word a doble espacio, cada una en hoja separada y se numerarán consecutivamente según su orden de aparición. Se preferirá no usar líneas divisoras internas. Cada columna tendrá un corto encabezado. Las explicaciones y abreviaciones se incluirán en pies de página. Para los pies de página se usarán los siguientes símbolos en secuencia: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ Se identificará medidas estadísticas de variación (desviaciones estándar o errores estándar de medida).

h. Ilustraciones

Las figuras serán dibujadas o fotografadas en forma profesional. No deben estar incluidas en el texto. También podrán remitirse en forma de impresiones digitales con calidad fotográfica. En el caso de radiografías, TAC u otras neuroimágenes, así como fotos de especímenes de patología, se enviará impresiones fotográficas a color o blanco y negro de 127 x 173 mm. Las figuras deberán ser, en lo posible, autoexplicatorias, es decir, contener título y explicación detallada, (barras de amplificación, flechas, escalas, nombres, y escalas en los ejes de las gráficas, etc.). Las figuras serán numeradas consecutivamente de acuerdo a su orden de aparición en el texto. Si una figura ha sido publicada previamente, se incluirá un agradecimiento y se remitirá un permiso escrito de la fuente original, independientemente de su pertenencia al propio autor.

i. Abreviaciones y Símbolos

Se usará abreviaciones estándar, evitando

Instrucciones a los autores

su uso en el título. En todos los casos, se explicará el término completo y su correspondiente abreviación precediendo su primer uso en el texto.

5. Revisión de Temas

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

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

6. Casos Clínicos

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

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

7. Contribuciones

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

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

8. Cartas al Director

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

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

9. Archivos electrónicos

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

10. Publicaciones duplicadas

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

Aprobación de los editores de ambas revistas.

En algunos casos puede ser suficiente una versión abreviada.

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

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