

III CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Renovando Perspectivas: Innovación y conocimiento en psiquiatría infantil



14 y 15 de junio - 2024

Modalidad Híbrida - Conexión Virtual
Bogotá, Colombia. Hotel Cosmos 100

 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA

Capítulo de Psiquiatría Infantil

© Copyright D.R. 2024, Asociación Colombiana de Psiquiatría
© Copyright D.R. 2024, Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz

*Todos los derechos reservados
Segunda edición, Bogotá 2024*

Citación: Piñeros Ortiz, S E., Capítulo de Psiquiatría Infantil ACP y Asociación Colombiana de Psiquiatría. "Renovando perspectivas: innovación y conocimiento en salud mental infantil"- Memorias del III Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes". 2da edición.

Rocco Gráficas. Bogotá, 2024.

Publicado por Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Dirección:

Carrera 18 No. 84-87 oficina 403

Edificio Del Vecchio

Bogotá, Colombia.

Edición ortotipográfica: Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz

Diagramación y terminación: Rocco Gráficas

Contacto: acp@psiquiatria.org.co

+57 317 4405672

+57 (601) 5890807

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la autorización previa y por escrito del editor.

Impreso y hecho en Colombia / Printed and Made in Colombia.

ISSN: 2981-4545 (En línea)

Memorias del III Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes

Editores:

Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz
Miembro del Capítulo Psiquiatría Infantil
Asociación Colombiana de Psiquiatría

Comité organizador del Congreso:

Liliana P. Bentancourt M.
Vocera de la Junta Directiva del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

Luis Ramírez Ortegón
Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP),

José Francisco Cepeda Torres
Vicepresidente del Capítulo Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

Catalina Ayala Corredor
Secretaria del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

Laura Medina Alonso
Representante de Fellows de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes de la Junta Directiva del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

Con el apoyo de la Junta Directiva de la ACP, Doctor Mauricio Castaño, y del Equipo Administrativo de la de ACP

Comité científico:

Conformado por psiquiatras infantiles del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). Con el apoyo del Comité científico y Comité de publicaciones de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP).



Prólogo

La salud mental de niños y adolescentes en Colombia y en el mundo, enfrenta desafíos críticos. Informes recientes de UNICEF y la ONU, como "The State of the World's Children 2021: On My Mind" y "World Health Organization (WHO) - Adolescent Mental Health"¹, resaltan cómo la pobreza, la violencia, la disfunción familiar y los desplazamientos forzados impactan profundamente a los jóvenes. En Colombia, estas problemáticas se agravan por el conflicto armado y la desigualdad socioeconómica. Globalmente, uno de cada cinco adolescentes sufre de algún trastorno mental.²

Es un honor presentar las memorias del III Congreso Internacional de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Desde su primera edición, hemos observado un creciente compromiso y una mayor urgencia en abordar temas cruciales para el bienestar de las generaciones más jóvenes. Este congreso tiene como objetivo principal aprender sobre estas problemáticas, identificar y comprender las necesidades de la población, y difundir esta información. Este esfuerzo es especialmente relevante en una región donde escasean los profesionales especializados en salud mental infantil y juvenil.

Bajo el lema "Renovando Perspectivas: Innovación y Conocimiento para la Salud Mental de Niños y Adolescentes", se ha diseñado un programa que aborda las necesidades actuales, con el objetivo de encontrar soluciones y compartir conocimientos.

Durante el congreso, se destacó la importancia de la revisión de tratamientos terapéuticos innovadores y el impacto de los cambios ambientales en la salud mental infantil. Se exploraron nuevos enfoques y tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, y se abordaron temas como el déficit de atención y la alienación parental, brindando nuevas esperanzas para aquellos que buscan alternativas efectivas.

Asimismo, se hizo énfasis en el análisis del impacto de la tecnología y la inteligencia artificial en la salud mental infantil y en los tratamientos, reconociendo la importancia de comprender su uso adecuado.

Se llevaron a cabo discusiones sobre temas de relevancia global, como el calentamiento global y el impacto de la reforma de salud en la salud mental de los niños y adolescentes, resaltando la necesidad de un enfoque holístico en la atención y prevención.

Las actividades comunitarias también fueron esenciales. Se organizaron eventos que promovieron un entendimiento más profundo y empático de los trastornos del neurodesarrollo, así como la resiliencia, la prevención del suicidio y el impacto de las redes sociales en la vida diaria de los adolescentes.

Expreso mi agradecimiento a los ponentes, participantes y voluntarios cuyo esfuerzo contribuyó al éxito de este evento. Estas memorias no solo son un testimonio del evento, sino también una fuente de conocimiento.

Las memorias del congreso están estructuradas de la siguiente manera: una primera sección con los resúmenes de las charlas magistrales, seguida de los resúmenes de los simposios. Luego, se presentan los resúmenes de los posters exhibidos durante el congreso. Finalmente, la sección de psicoeducación y recomendaciones a los padres, basada en las actividades académicas y los eventos a la comunidad. Comprendiendo las dificultades del neurodesarrollo y 'Unidos por la Salud Mental de nuestros niños y adolescentes'.

Con gratitud,
Liliana P. Betancourt M.
Organizadora del Congreso

1 Keeley, B. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind--Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. UNICEF. 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017.

2 Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Martínez, N. T., Matallana, D., & Gonzalez, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. Revista colombiana de psiquiatría, 45, 2-8.



Sección I Conferencias Magistrales

- **Nuevos desafíos en psicofarmacología.**

Luisa Lázaro

- **Desabastecimiento de Ritalina y otras medicaciones para TDAH. ¿Y ahora que haremos?**

Juan David Palacio Ortiz

- **Retos ante los cambios sociales del siglo XXI - poblaciones vulnerables.**

Luisa Lázaro

- **Alienación parental.**

Luis Ramírez Ortegón

- **Impacto del Cambio climático y la depredación ambiental sobre la Salud y la Salud Mental de la población general y de niños y adolescentes.**

Nora Leal Marchena, y Ana Laura Torlaschi

- **"Inocuidad o Inequidad: ¿Qué hace más daño a los niños y adolescentes?"**

Germán Casas

Sección II Simposios

- **Ampliando los niveles asistenciales intrahospitalarios para los TCA.**

Cuándo, cómo y porqué una hospitalización en TCA.

María Cristina Suárez

El papel del equipo interdisciplinario intrahospitalario en el manejo de los TCA.

Aura Daniela Salgado

¿Necesitamos una unidad de medida estancia?

María Mercedes Ospina Jaramillo

- **Herramientas digitales para el cuidado de la salud mental de niños, adolescentes y jóvenes: Innovación a través de metodologías participativas para la autogestión y teleorientación.**

Recursos multimediales para la salud mental de niños y adolescentes: codiseñando un portal web psicoeducativo.

Andrea Carolina Bello-Tocancipá

Mentes Colectivas: co-construyendo una plataforma web de autogestión y búsqueda de ayuda para jóvenes.

Débora Lucía Shambo-Rodríguez

Monitoreo a través de sensores y encuestas para mejorar la salud mental en jóvenes: un estudio de factibilidad

Laura Ospina-Pinillos

Mentes Colectivas: apoyo emocional a distancia para atender la salud mental de los jóvenes.

Natalia Bettancourt Niño



• **Cerrando las brechas: metodologías participativas para impactar la formulación de políticas públicas y diseño de programas de salud mental de niños, adolescentes y jóvenes.**

Modelamiento participativo de sistemas: una herramienta de apoyo a la toma de decisión en políticas públicas y diseño de programas.

Laura Ospina-Pinillos

Salud mental juvenil: un análisis participativo en tres regiones de Colombia.

Débora Lucía Shambo-Rodríguez

¿Cómo buscan ayuda los jóvenes?: el rol de los servicios formales e informales para la salud mental de los jóvenes.

María Isabel Riaño Fonseca

Tecnología y salud mental: estudio naturalístico de una plataforma de autogestión y búsqueda de ayuda.

Mónica Natalí Sánchez Nítola

• **Eficacia, tolerabilidad y seguridad de la Ketamina para depresión resistente (TRD) en adolescentes: experiencia en Colombia.**

Historia del desarrollo de la ketamina como un tratamiento en salud mental.

Débora Lucía Shambo Rodríguez

Mecanismo de acción de la ketamina.

María Gabriela Castillo

Revisión sistemática de la Ketamina para TRD en adolescentes.

Laura Ospina Pinillos

Experiencia del uso de la ketamina en diversos diagnósticos en la salud mental de adolescentes.

German Eduardo Rueda Jaimes

• **Uso de tecnologías digitales en población pediátrica, y su influencia en el neurodesarrollo y la salud mental.**

Tecnologías digitales, neurodesarrollo y funciones ejecutivas.

Diana Botero Franco

Trastorno por déficit de atención, adicción a videojuegos y circuitos cerebrales.

Ana María Schapiro Sánchez

Experiencias digitales mediadas por redes sociales y su influencia en adolescentes con psicopatología.

Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz

• **Lineamientos para la evaluación clínica de niñez y adolescencia trans*.**

Neurodivergencia e identidad diversa.

Daniel Fernando Jaramillo Martínez

Regulación emocional y afectiva en identidad trans*.

Julián David Palacio Jaramillo



Abordaje del trauma en la niñez y adolescencia trans*.

Diana Judith Beltrán Melo

Lineamientos de evaluación en niñez y adolescencia trans*.

Angélica María Restrepo Rivera

• ***“El enlace se re-hace”: innovación en alternativas terapéuticas en psiquiatría infantil en el contexto hospitalario.***

Terapias de segunda y tercera generación para el manejo del dolor pediátrico.

Catalina Ayala Corredor

Musicoterapia.

Santiago Rodríguez León

Mambrú se fue a la cama

Germán Casas Nieto

Sección III Trabajos Libres (Modalidad de póster)

• ***Niños y adolescentes como formuladores de políticas para la salud mental de un territorio colombiano.***

Felipe Agudelo Hernández y Ana Belén Giraldo Álvarez

• ***Exploración de la Presentación de Trastornos Mentales en Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental Severa: el Rol de la Adversidad Psicosocial.***

Juan David Palacio, Johanna Valencia, Sam Sieversten, Carrie Bearden, Carlos López, y Jennifer Forsyth

• ***Early cases of anorexia nervosa: protocol design and severity assessment.***

Andrés Cardozo, Maritza Rodríguez, Juanita Gempeler, Carolina Villanueva, Izara Mondragón, Sergio Castro

• ***Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy in Adolescents (DBT-A) in the treatment of depression and emotional dysregulation: a Colombian prospective cohort study.***

Diana Lorena Clavijo-Bocanegra, María Alejandra Palacios-Ariza, Luisa Forero-Quintana, Andrea Niño, Juliana Vanessa Rincón-López, Sara Yinneth Villalba-Niño, y Catalina Ayala-Corredor.

• ***Intervenciones neuroquirúrgicas en agresividad grave y refractaria en población infantil: a propósito de un caso clínico de estimulación cerebral profunda.***

Cristóbal Restrepo Conde, María Camila Tamayo Mejía, Johny Alexander Rentería Daboin, y Paula Andrea Duque Ríos

• ***Avoidant Restrictive Food Intake Disorder and Anorexia Nervosa Comorbidity: case report.***

Izara Mondragón, Andrés Cardozo, Juanita Gempeler, Juanita González, y Maritza Rodríguez

• ***Sobrecarga del cuidador de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de discapacidad intelectual.***

Jeimmy Paola Penagos Pinto, Germán Puerta Baptiste, y José Daniel Toledo Arenas

• ***Relación existente entre la conducta autolesiva no suicida y los trastornos mentales en adolescentes.***

Katty Vélez Ascanio, Juan Sebastián García, y Daniel Toledo

• ***Exposición a violencias y conducta suicida en población pediátrica: revisión sistemática exploratoria.***

Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz, Zulma Consuelo Urrego Mendoza, y Daisy Mariana Moreno Martínez



- **Eficacia de tratamientos farmacológicos con antipsicóticos para trastornos psicóticos en pacientes de 2 a 17 años de edad con trastornos del espectro autista: revisión sistemática y meta-análisis.**

Leisly Tatiana Oviedo Gómez

- **Uso de recursos en el hospital psiquiátrico: un determinante social para la salud mental de niños y adolescentes.**

Alexie Vallejo Silva, Paola Pacheco Tochoy, y Jonathan Irreño Sotomonte

- **Intervenciones basadas en inteligencia artificial para el manejo de Autismo: ¿Ayudan las nuevas tecnologías en el manejo de esta población o entorpecen el manejo?**

Juan Camilo Cala Erazo, Marta Catalina Miranda Fernández, y Liliana Patricia Betancourt Mahecha

Sección IV Evento a la comunidad: Psicoeducación y Recomendaciones a los Padres

- **Abordaje integral de la salud mental en medios educativos**

- **Prevención del suicidio en jóvenes.**

Julián David Palacio Jaramillo y Juan David Palacio Ortiz

- **Autocuidado en Profesionales de Salud Mental (PSM)**

Nalfer Ballesteros Galeano y Magdalena Fernández

- **Recomendaciones para padres ó cuidadores de niños con dificultades en el neurodesarrollo: abordando Sus Necesidades Emocionales**

Duván Fernando Ospina Cardona

- **Recomendaciones a padres sobre el uso de pantallas y tecnología para sus hijos.**

Daniela Aldas Ávila y Álvaro Franco



Nuevos desafíos en psicofarmacología

Autora:

Luisa Lázaro

Hospital Clinic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi Sunyer (IDIBAPS)- Red Salud Mental (CIBERSAM). Catedrática de Psiquiatría, Universidad de Barcelona

Una gran parte de los trastornos mentales son de aparición temprana, bien por ser trastornos del neurodesarrollo, o por su inicio en la adolescencia. Por este motivo, y con el fin de minimizar al máximo la disfunción que crea la patología mental a esta edad, es de enorme importancia tanto la realización de estrategias preventivas como el inicio de tratamiento. De los posibles tratamientos, la terapia farmacológica es clave para una amplia gama de trastornos, habiéndose detectado un aumento de la prescripción de fármacos en las dos últimas décadas.

El hecho de que la mayoría de los fármacos se prueben inicialmente en adultos y las dificultades para realizar ensayos clínicos controlados en niños y adolescentes provoca un retraso en el acceso a su uso en estas edades. De ahí la importancia de favorecer la realización de estos estudios que nos aporten la suficiente información sobre la eficacia y seguridad de los fármacos en la etapa infantil y adolescente, y sobre los posibles efectos a largo plazo de la medicación.

Por otra parte, es necesario investigar en nuevas dianas terapéuticas para trastornos con grandes necesidades como los trastornos del neurodesarrollo. Finalmente, se comenta la situación actual de desabastecimiento de algunas presentaciones farmacológicas y las tendencias sobre prescripción para favorecer una mayor efectividad y mantenimiento del sistema sanitario.

Bibliografía:

Cortese, S., Purper-Ouakil, D., Apter, A., Arango, C., Baeza, I., Banaschewski, T., ... & Moreno, C. (2024). Psychopharmacology in children and adolescents: unmet needs and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, 11(2), 143-154.

Desabastecimiento de Ritalina y otras medicaciones para TDAH. ¿Y ahora que haremos?

Autor:

Juan David Palacio Ortiz

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Docente Universidad de Antioquia, Colombia

Contexto sobre el desabastecimiento

El TDAH se caracteriza por 3 síntomas cardinales que son déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Es el trastorno psiquiátrico más común en los niños y en los adolescentes, y en algunos casos su presentación puede perdurar hasta la edad adulta. Hace varias décadas se comprobó la eficacia del tratamiento farmacológico especialmente con los estimulantes tales como metilfenidato liberación inmediata (Ritalina), metilfenidato de liberación prolongada (Concerta) y lisdexanfetamina (Samexid), y con medicamentos no estimulantes como la atomoxetina (Attentho). El tratamiento se administra cada día, y la duración del tratamiento varía desde algunos años y en algunos casos es indeterminada. (Catalá-López et al., 2017)

Los padres de familia de los pacientes con el TDAH han anotado que en los últimos años, es cada vez más complicado conseguir alguno de estos medicamentos. Desde la pandemia se ha notado un abastecimiento irregular en las diferentes farmacias autorizadas para la venta de los estimulantes. Incluso la atomoxetina



Sección I. Conferencias Magistrales

que es de venta libre, también ha estado escasa, lo cual ha dejado a los clínicos sin las principales opciones de tratamiento para el TDAH. (Gomez-Lopez et al., 2022)

Existen varios factores posibles que pueden explicar por qué se está viviendo un desabastecimiento de estos medicamentos. Entre los factores se encuentran un aumento de prescripciones posiblemente a raíz del crecimiento de la Telemedicina, problemas de la cadena de suministro, problemas de fabricación y calidad, ciertas decisiones comerciales de los fabricantes, entre muchos otros factores. (Sabogal De La Pava & Tucker, 2022)

A continuación explicaremos alguno de ellos.

La recetas de medicamentos para el TDAH aumentaron en los Estados Unidos y en todo el mundo a raíz de la pandemia por el COVID-19. Entre el 2020 y 2021 en la pandemia aumentó la prescripción en Estados Unidos en un 10%. La razón principal es que en el año del 2020 se suspende un acta emitida por el departamento de servicios humanos y de salud que sólo permitía la venta de medicaciones de control en la consulta presencial, para dar paso a la venta de estos medicaciones a través de Tele psiquiatría. Muchos sujetos que no habían accedido a una consulta especializada, la tuvieron durante el confinamiento, y por tanto comenzaron el tratamiento. En Australia por su parte entre el 2018 y el 2023 se duplicó la venta de medicamentos para el TDAH. No es ningún secreto, que después del confinamiento, al regresar varios niños al colegio se hicieron más notorio los casos con TDAH. En Inglaterra el instituto de salud llegó a recomendar no comenzar nuevos tratamientos para el TDAH debido a la escasez. (B.M.C. Medicine., 2023)

Algunos laboratorios declararon escasez de ingredientes esenciales para la producción de los medicamentos. Es posible que ante una producción limitada de medicamentos los fabricantes decidan distribuir la medicación en aquellos países donde mejor puede ser pagada, así lo anterior no parezca seguir los lineamientos éticos. Tenemos entonces que aunque entidades colombianas aun no consideran que exista un desabastecimiento, el tema es una realidad mundial. Mientras se soluciona el problema, y esperamos que sea pronto, en este texto se proponen algunas ideas para afrontar esta situación del desabastecimiento de ritalina y otras medicaciones para el TDAH.

1 Una nueva línea basal

Una de las primeras acciones a seguir, es documentar en las historias que el paciente está atravesando por un periodo de escasez el medicamento. El realizar nuevas mediciones con escalas y/o listas de chequeo de síntomas puede ayudar a establecer cuál es la nueva línea basal de síntomas que tiene nuestro paciente. De esta manera, podremos saber si lo que proponemos durante los próximos meses tiene algún resultado o no.

2 Aumentar las medidas de tratamiento psicosocial

La mayoría de guías clínicas de tratamiento del TDAH defienden el abordaje multimodal. Por esta razón, es lógico pensar en aumentar todas las medidas englobadas en el orden psicosocial, dentro de ellas están, psicoeducación a los padres y maestros, tratamiento conductual para padres y maestros, psicoeducación individual y tratamiento conductual a nivel individual (adolescentes), abordaje neuropsicológico para mejorar la atención, desarrollar habilidades académicas, y estrategias de afrontamiento, entre otras. (Catalá-López et al., 2017)

3 Trabajar con el colegio

Un punto importante es el contacto con el colegio, es decir, escribir y/o llamar al director de grupo o maestro para solicitar medidas de apoyo ante la situación del desabastecimiento. A continuación se enuncian algunas recomendaciones generales para los maestros que podrían ayudar a los niños con el TDAH: - Pregúntele al niño cómo puede ayudarlo, estos niños a menudo son intuitivos y pueden sugerir



de qué manera pueden aprender mejor. - Recuerde que los niños con TDAH necesitan estructura. Los niños con TDAH se benefician enormemente de tener una lista o una tabla como referencia. - Ellos necesitan recordatorios. - Repita las instrucciones. Escriba las instrucciones, diga las instrucciones y repítalas nuevamente. Los niños con TDAH necesitan oír las cosas más de una vez. - Haga contacto visual frecuente. Una mirada puede recuperar a un niño cuando está elevado. - Siente al niño con TDAH cerca de su escritorio o en cualquier parte donde usted esté cerca la mayor parte del tiempo. - Haga un calendario de actividades tan predecibles como sea posible. - Añada tiempo extra a las evaluaciones que tienen límite de tiempo. - El día anterior al examen, proporciónale al niño la lectura del examen, para que este familiarizado. - Permita presentar algunos trabajos de forma oral, algunos niños se sienten mejor en esta modalidad.

4 Comorbilidades.

En algunos pacientes que recibían el tratamiento adecuado para su TDAH, algunas comorbilidades pudieron pasar desapercibidas, o de alguna manera mantener un control aceptable. Al discontinuar el tratamiento para el TDAH estas comorbilidades se hacen notorias como por ejemplo trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y trastornos de aprendizaje. En esta época de desabastecimiento llega el momento de dar un paso adelante y comenzar el tratamiento farmacológico para la comorbilidad (según lo determine el médico tratante). La afección de la comorbilidad es bidireccional y por tanto estabilizar un paciente es crucial.

5 Medicamentos de tercera y cuarta línea en los algoritmos para el TDAH.

Hay medicaciones que se han considerado útiles después de los estimulantes y los no estimulantes como son la clonidina, el modafinilo y el bupropion. Estas medicaciones cuentan con algunos estudios de eficacia y otros pocos sobre seguridad en el TDAH. Estos medicamentos podrían considerarse en algunos casos bajo la supervisión del médico psiquiatra infantil. (Catalá-López et al., 2017) Se debe advertir a los padres de los pacientes con el TDAH que estas medicaciones no están aprobadas en Colombia para este uso.

6 Esperar nuevo medicamentos.

Hay promesas de medicaciones que ya fueron aprobadas y lanzadas en Estados Unidos y en otros países. Entre ellas están la guanfacina (Intuniv), la viloxacina (Quelbree) y el parche de dextroanfetamina (Xelstrym). Sin embargo la experiencia nos dice que estas medicaciones no siempre son lanzadas en nuestro país, y aquellas que posiblemente si lleguen, se pueden demorar varios años para su lanzamiento.

7 Medicaciones que se utilizaron en el pasado para el TDAH.

Hace 30 años las únicas medicaciones disponibles para el tratamiento del TDAH en Colombia eran metilfenidato (ritalina), Imipramina (tofranil), y clonidina (catapresán). No había muchas opciones en ese entonces. El metilfenidato era la mejor opción de las tres alternativas, sin embargo, las otras dos eran opciones para aquellos que no lo toleraban. Para el tratamiento para el déficit de atención se sugería la Imipramina, y en cambio, si tenía un componente predominante de hiperactividad e impulsividad la clonidina. Son medicamentos que pueden utilizarse con precaución y seguimiento médico. La Imipramina por ejemplo requiere controles con electrocardiograma. La clonidina por su parte, cuando se prescribe para el manejo del TDAH se da en tres o cuatro dosis al día, y su principal efecto secundario es la somnolencia. Se debe advertir a los padres de los pacientes con el TDAH que la Imipramina está aprobada para este uso en Colombia.

8 ¿Existen otras propuestas para el manejo del TDAH?

Se mencionara durante la conferencia otras propuestas que aun necesitan estudios como el ejercicio, la equino terapia y otras. (Medina-Rodriguez et al., 2022)



9 Cuidado con los oportunistas y las curas milagrosas

Los profesionales de la salud debemos advertir a las familias y a los pacientes con el TDAH, de la existencia de los oportunistas y de las propuestas milagrosas. Cuando no están disponibles los tratamientos más eficaces para el TDAH, aparecen oleadas de ofertas de remedios espectaculares, aprovechando el desespero de los pacientes y los padres de familia.

10 Optimizar el tratamiento

En aquellos casos de pacientes o familias que tienen disponibles medicamentos estimulantes, se recomienda que utilicen la medicación según la demanda, esto con el acuerdo y guía del médico tratante. Los niños identifican alguno de los 5 días de colegio como el “más fácil”, a estos pacientes se les puede proponer realizar un tratamiento sólo cuatro de siete días de la semana. De esta manera se puede economizar la medicación. Se debe aclarar que éste no es el esquema de tratamiento ideal sino una propuesta de tratamiento para garantizar que el paciente tenga la medicación en este momento de incertidumbre en el abastecimiento. Esta última recomendación sólo es aplicable para aquellos pacientes que están en tratamiento con alguno de los estimulantes, metilfenidato de acción corta o de acción larga, o la lisdexanfetamina.

Todas estas recomendaciones deben considerarse con el médico tratante, pues cada caso es muy diferente. Esperemos que esta época de desabastecimiento de la medicación no sea muy prolongada, y que podamos volver a una época regular donde el suministro se realice de manera más regular.

Bibliografía:

- B.M.C. Medicine. (2023). Balancing access to ADHD medication. *BMC Med*, 21, 217. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02917->.
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. In *PLoS ONE* (p. 12;12(7):e0180355. doi: 10.1371/journal.pone.01803). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Gomez-Lopez, C., Osorio-Cock, L., Yepes-Delgado, C., & Palacio-Ortiz, J. (2022). Testimonios de padres con hijos diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el reto de re-significar vivencias. *Rev Colomb Psiquiatri, Disponible online el 16 nov 2022*, <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.09.006>.
- Medina-Rodriguez, J., Bazúa-Gerez, A., Piña-Mejía, S., Saad Manzanero, A., de la Peña, F., & Palacio-Ortiz, J. (2022). Equinoterapia. In F. R. de la Peña-Olvera (Ed.), *Tratamientos Coadyuvantes para los Trastornos del Neurodesarrollo* (pp. 93–15). Editorial Hemisferio izquierdo.
- Sabogal De La Pava, M. L., & Tucker, E. L. (2022). Drug shortages in low- and middle-income countries: Colombia as a case study. *J of Pharm Policy and Pract*, 15, 42. <https://doi.org/10.1186/s40545-022-00439-7>.



Retos ante los cambios sociales del siglo XXI - poblaciones vulnerables.

Autora:
Luisa Lázaro

Hospital Clinic de Barcelona. Universidad de Barcelona Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi Sunyer (IDIBAPS)- Red Salud Mental (CIBERSAM). Catedrática de Psiquiatría Universidad de Barcelona

La salud mental se debe examinar en función del periodo histórico y del contexto cultural. Durante el presente siglo hemos experimentado cambios sociales que han impactado de forma considerable en la vida de los niños y adolescentes, y en sus familias. Aspectos como las nuevas estructuras familiares, los cambios en el estilo de vida, o el acceso a redes sociales virtuales originan una dinámica social cada vez más compleja, que obliga a una adquisición de mayores habilidades personales para la adecuada adaptación de cada individuo a su entorno.

Siendo la población infantil un grupo ya de por sí vulnerable, existen grupos más afectados que otros para presentar psicopatología, destacando los hijos de padres con trastornos mentales, los niños y adolescentes sometidos a maltrato familiar o por iguales, los menores migrantes y las poblaciones minoritarias. Se hace hincapié en estas poblaciones doblemente vulnerables por pertenecer a colectivos más desfavorecidos (la desigualdad, la inequidad y la pobreza son aspectos fundamentales a la hora de evaluar la salud mental de la persona) y por presentar una deficiente salud mental o una patología claramente definida. La sociedad ha de fomentar la incorporación de estrategias que incluyan prevención primaria y formación de padres y profesores sobre cómo mejorar el bienestar psicológico y el desarrollo emocional y cognitivo de los niños y adolescentes. Los profesionales de la salud mental, con recursos asistenciales adecuados, han de tener como fin favorecer la autonomía y la dignidad de los niños y adolescentes más vulnerables.

Bibliografía:

Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105865

García, L. L. (2023). Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3), 1-3.

Alienación parental.

Autor:
Luis Ramírez Ortegón

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Universidad El Bosque. Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infantil de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colombia

Se presentan y argumentan las objeciones académicas, técnicas y legales al concepto de alienación, porque la desafrentación parental es una problemática psicosocial a la que se enfrentan los NNA por disfunción familiar, migración y pobreza.

La familia representa la base primordial para el desarrollo del ser humano.

La actualidad, tiene una crisis evidente de la institución familiar que recae en la figura del matrimonio y todo lo que de ello deriva; es decir, las repercusiones jurídicas, personales, económicas y sociales del conflicto familiar ante una ruptura de pareja se agravan de manera exponencial cuando la pareja que rompe su vínculo tiene hijos menores de edad.



Sección I. Conferencias Magistrales

Ante esta situación, se constituyen focos de atención orientados a la promoción de la familia saludable, como una prioridad pública y social que apoya la unidad y/o estabilidad familiar y por ende, un buen desarrollo del ser humano; especialmente en la infancia y adolescencia, hoy objetivos de interés humano, medico-psiquiátrico y de salud mental, entendida esta como un estado de bienestar integral.

Hoy estamos ante un panorama donde se entremezclan la familia como valor y la familia como concepto, donde el seno familiar sigue siendo el protagonista de la crianza y el desarrollo del ser humano. Enfrentamos la crisis de la institución familiar, concretamente las crisis matrimoniales y la idea o percepción de la necesidad de adaptar el derecho ante los cambios familiares desde el espacio y desde el tiempo en lo estructural y legal.

Se debe asumir que la crianza de los hijos tiene perspectivas diversas y enfoques idiosincráticos, los cuales tienen repercusiones en la calidad del desarrollo infantojuvenil, las actividades saludables en la vida de relación y escolar, y en las garantías de calidad de vida que todos los niños necesitan y merecen.

Bibliografía:

Portilla-Saavedra, D., Moya-Vergara, R., & Pinto-Cortez, C. (2021). Perspectivas y tendencias actuales del concepto de alienación parental: una revisión sistemática de la literatura. *Terapia psicológica*, 39(2), 237-255.

[Impacto del Cambio climático y la depredación ambiental sobre la Salud y la Salud Mental de la población general y de niños y adolescentes.](#)

Autoras:

Nora Leal Marchena. Expresidenta Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto - Juvenil. Presidente Capítulo Salud Mental Ambiental y Urbana. Miembro Alianza Iberoamericana de Psiquiatría Infanto - Juvenil (Aliamps)

Ana Laura Torlaschi
Argentina

La migración masiva a las ciudades, el colosal crecimiento demográfico, el desarrollo industrial, la extensión de fronteras agrícolas, ganaderas y/o mineras, y el consumo desmedido asociado a la imparable producción de residuos, están provocando contaminación del aire, de los suelos y del agua; produciendo pérdida de espacios naturales como bosques y humedales con la consecuente pérdida de biodiversidad.

A esto se ha sumado el uso de combustibles fósiles y la destrucción de áreas verdes que ha llevado a lo que hoy se conoce como cambio climático que no solo repercute en el planeta (especies animales y vegetales) sino en la salud humana.

Climatólogos, científicos de diversas ramas y médicos en sus diversas especialidades empezaron a advertir el impacto producido en la salud humana, como especie que ha sido víctima y productora del problema.

En este sentido, muchas asociaciones médicas nacionales e internacionales están trabajando en el tema y han comenzado a hacer una tarea de difusión en el ámbito de la salud y a nivel general.

Dentro del área de la Salud Mental en la Asociación de Psiquiatras de Argentina, APSA, se ha abierto un capítulo sobre "Salud Mental Ambiental y Urbana". El tema también es tratado en la Sociedad Argentina de Pediatría, SAP, en la Asociación Médica Argentina, AMA, y en la Asociación de Psiquiatras de América Latina, APAL, en una sección sobre "Salud Mental Ambiental". En su último congreso, la asociación Mundial de Psiquiatras, WPA, dedicó un espacio considerable a la presentación y al debate del tema, con clara conciencia del grave impacto que los desastres ambientales están produciendo en la salud de la población.



Hemos sostenido recientemente una entrevista sobre esta problemática con el Instituto Roosevelt de Colombia, institución de Salud que trabaja en rehabilitación infantil y ha sido acreditado por su calidad y reconocido como "Hospital Verde" por sus acciones en favor del ambiente.

La American Psychology Association (APA) describe la eco ansiedad como "el temor crónico a sufrir un cataclismo ambiental que se produce al observar el impacto aparentemente irrevocable del cambio climático y la preocupación asociada por el futuro de uno mismo y de las próximas generaciones".

Cualquier persona puede sufrir esta patología, pero se ve más frecuentemente en la gente joven que no puede visualizar un futuro en un mundo ecológicamente colapsado. Muchos jóvenes entran en una situación de desesperanza al sentir que no vale la pena hacer proyectos encaminados a solucionar esta crisis, puesto que creen que no podrán ser concretados. A pesar de lo anterior, es importante señalar que son los jóvenes los que han tomado iniciativas a nivel social y político en defensa del ambiente. En Argentina existe un movimiento llamado Jóvenes por el Clima, que es parte del mismo movimiento internacional. Por el contrario, hay que destacar que muchas veces los adultos descreen de la situación (negacionismo) o lo ven como un tema lejano, a pesar de ser los responsables de educar, concientizar y servir de ejemplo en la vida cotidiana ante las nuevas generaciones.

Se resaltan las medidas posibles para mitigar los efectos del impacto climático en la salud mental y para producir adaptaciones resilientes. Es importante estar familiarizados con los nuevos términos relacionados con las afecciones en la Salud Mental, especialmente la de niñas, niños y adolescentes, derivadas de esta problemática.

Bibliografía:

Brophy, H., Olson, J., & Paul, P. (2023). Eco-anxiety in youth: An integrative literature review. *International journal of mental health nursing*, 32(3), 633-661.

["Inocuidad o Inequidad: ¿Qué hace más daño a los niños y adolescentes?"](#)

Autor:

Germán Casas

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Docente Universidad de los Andes, Colombia

El ser humano es un ser social. Y por social se entiende que su capacidad de integrarse y convivir en grupo como su más distintiva característica. La posibilidad de supervivencia que posee el género humano no se compara con las otras especies en el planeta: el desarrollo de la inteligencia social, la capacidad de adaptación gregaria y el desarrollo del cerebro interactivo, así como la evidencia de las redes neuronales externas e internas al sistema nervioso central son fenómenos que hoy conocemos y que han estado al servicio de la supervivencia del ser humano, como grupo, desde hace millones de años. (Parisi, 2020)

Esas capacidades interdependientes y cooperativas parecen estar compuestas por habilidades innatas y aprendidas gracias a la adaptación. El equilibrio entre los seres humanos y su entorno obligan a realizar adaptaciones en las generaciones nuevas y las mismas suceden en la infancia. Los cerebros jóvenes son aquellos capaces de modificarse y enfrentar los nuevos derroteros en un mecanismo adaptativo al servicio de toda la especie. Sin embargo, es justamente en la infancia cuando se desarrollan las capacidades de socialización, convivencia en grupo y supervivencia comunitaria. Esas capacidades, propias de niños y adolescentes buscan equilibrio, satisfacción de necesidades comunes y, en últimas, están relacionadas con la supervivencia. (Mitola 2023)



Sección I. Conferencias Magistrales

En el mundo actual, las inequidades y sus consecuencias se constituyen un indicador de riesgo en salud pública. Una comunidad inequitativa no progresa igual, justamente porque la convivencia y supervivencia grupal se amenaza, no se consolida. Por esta razón las comunidades más equitativas y menos desiguales tienen mejores indicadores de desarrollo y calidad de vida, al contrario de las más inequitativas y poco solidarias. Por esa razón, las inequidades en salud mental son hoy en día objeto de estudio de la psiquiatría, la salud pública y la gestión de políticas públicas. Los niños y los adolescentes que conviven en entornos más equitativos, más justos, menos desiguales, logran mejores capacidades de adaptación. Aquellos que no lo hacen, así tengan posibilidades individuales o incluso comodidades familiares, no lo hacen. Es la teoría de la supervivencia inversa: no vamos a sobrevivir de manera individual sino colectiva. Y los niños a veces nos enseñan como. (León-Giraldo, Casas 2020)

Para ilustrar esta teoría vamos a repasar algunos resultados de investigaciones desarrolladas por los equipos salud mental, salud pública y salud urbana de la Universidad de Los Andes.

Bibliografía:

León-Giraldo, S., Casas, G., Cuervo-Sánchez, J. S., González-Urbe, C., Bernal, O., Moreno-Serra, R., & Suhrcke, M. (2020). Data Repository Research Article-Health in conflict zones: analyzing inequalities in mental health in Colombian conflict-affected territories.



Ampliando los niveles asistenciales intrahospitalarios para los TCA

Autoras:

María Cristina Suárez, Aura Daniela Salgado, y María Mercedes Ospina Jaramillo

Universidad Javeriana, Colombia

Coordinadora del simposio: María Mercedes Ospina Jaramillo

Ponencias:

Cuándo, cómo y por qué una hospitalización en TCA

Autora: María Cristina Suárez

El papel del equipo interdisciplinario intrahospitalario en el manejo de los TCA

Autor: Aura Daniela Salgado

¿Necesitamos una unidad de medida estancia?

Autor: María Mercedes Ospina Jaramillo

Resumen general

Introducción: para el año 2019, la Organización Mundial de la Salud-OMS- planteó que aproximadamente 14 millones de personas padecían un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), incluyendo al menos 3 millones de niños y adolescentes, y que estos trastornos se asociaban a muertes prematuras por complicaciones médicas o suicidio, así como a una mortalidad de 5/1000 personas/año. El incremento en estas cifras plantea un reto importante en nuestra práctica profesional, es por esto pertinente ampliar nuestros conocimientos acerca del tratamiento de la población afectada por estos trastornos en los diferentes niveles asistenciales. Cuando planteamos un manejo hospitalario en pacientes con TCA debemos identificar tres elementos fundamentales: ¿cuándo, cómo y por qué? Sabemos que las hospitalizaciones en TCA no siempre están indicadas, por lo que se hace necesario conocer los criterios para esta modalidad de intervención. En nuestro medio existen dos modalidades: estabilización intrahospitalaria y tratamiento no residencial, en ambos escenarios los objetivos de tratamiento son distintos puesto que en la fase aguda se plantea como principal objetivo la restauración nutricional del paciente, evitando complicaciones asociadas a su estado de salud, mientras que en la segunda el objetivo primordial es restaurar la funcionalidad.

Objetivo: exponer la experiencia de tratamiento interdisciplinario de pacientes con TCA en un hospital de alta complejidad que cuenta con un equipo interdisciplinario de amplia trayectoria en el manejo de personas aquejadas por estas patologías, y con una línea de investigación en el tema.

Metodología: se abordan y discuten las indicaciones de la hospitalización, la conformación del equipo tratante, los objetivos terapéuticos de la atención aguda intrahospitalaria de pacientes con TCA, y los principales resultados de la experiencia de atención interdisciplinaria en las modalidades de atención existentes.

Resultados: se evidencia que un porcentaje no despreciable de los pacientes con TCA tiene desenlaces negativos y que persisten crónicamente enfermos, con un impacto negativo en su calidad de vida.

Conclusión: se plantea la necesidad de una unidad de mediana estancia para la atención de los pacientes crónicos, buscando objetivos diferentes a los de la hospitalización aguda, priorizando su calidad de vida.

Bibliografía:

Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD010827. DOI: 10.1002/14651858.CD010827.pub2. Accessed 07 May 2022.



Sección II. Simposios

Herramientas digitales para el cuidado de la salud mental de niños, adolescentes y jóvenes: innovación a través de metodologías participativas para la autogestión y teleorientación.

Autoras:

Andrea Carolina Bello-Tocancipá, Débora Lucía Shambo-Rodríguez, Laura Ospina-Pinillos, y Natalia Bettancourt Niño. Universidad Javeriana, Colombia

Coordinadora del Simposio: *Laura Ospina-Pinillos*

Ponencias:

Recursos multimediales para la salud mental de niños y adolescentes: codiseñando un portal web psicoeducativo

Autora: **Andrea Carolina Bello-Tocancipá**

Mentes Colectivas: co-construyendo una plataforma web de autogestión y búsqueda de ayuda para jóvenes

Autora: **Débora Lucía Shambo-Rodríguez**

Monitoreo a través de sensores y encuestas para mejorar la salud mental en jóvenes: un estudio de factibilidad

Autora: **Laura Ospina-Pinillos**

Mentes Colectivas: Apoyo emocional a distancia para atender la salud mental de los jóvenes

Autora: **Natalia Bettancourt Niño**

Resumen general

Introducción: la disponibilidad y adopción limitada de intervenciones en línea con información confiable y validada sobre la salud mental (SM) de niños, adolescentes y jóvenes (NAJ) representa un desafío significativo. Como respuesta, la metodología participativa permite involucrar a los usuarios finales en la creación e implementación de soluciones efectivas. A través del codiseño, desarrollamos herramientas digitales para fomentar la autogestión de la SM, que incluyen: i) una plataforma web y ii) una aplicación web con recursos y apoyo personalizado para promover la autogestión de la SM; iii) un programa de teleorientación en SM que brinda atención rápida adaptada al nivel de malestar emocional; y iv) un estudio para monitorear variables de impacto a la SM a través de sensores digitales y GPS.

Metodología: (i y ii) con metodologías de diseño participativo que involucran usuarios finales (NAJ, familias, educadores, cuidadores, profesionales de la salud) se crearon, diseñaron y probaron las plataformas web y móvil. (iii) Se implementaron enfoques integrales en SM, combinando apoyo primario, prevención y promoción a través de teleorientación gratuita a AJ mayores de 14 años (iv) Se realizó un estudio de factibilidad con jóvenes que utilizaron dos plataformas para medir variables de impacto a la SM.

Resultados: (i) 267 usuarios finales participaron en 25 talleres para diseñar la plataforma web y sus contenidos. (ii) 110 personas en 19 talleres participativos codiseñaron la plataforma y sus funcionalidades. (iii) 6226 sesiones de teleorientación en SM, con una mediana de edad de 26 años. (iv) 35 jóvenes usaron dos plataformas durante tres semanas completando encuestas de monitoreo mientras activaban sensores digitales.

Conclusión: la metodología participativa permitió la creación exitosa de plataformas digitales para la SM de NAJ.

Bibliografía:

Chaet, A. V., Morshedi, B., Wells, K. J., Barnes, L. E., & Valdez, R. (2016). Spanish-language consumer health information technology interventions: a systematic review. *Journal of medical Internet research, 18*(8), e5794.



- Jiménez-Molina, Á., Franco, P., Martínez, V., Martínez, P., Rojas, G., & Araya, R. (2019). Internet-based interventions for the prevention and treatment of mental disorders in Latin America: a scoping review. *Frontiers in psychiatry, 10*, 477672.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., ... & Zaslavsky, A. M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International journal of methods in psychiatric research, 19*(S1), 4-22.
- Kim, J., Aryee, L. M., Bang, H., Prajogo, S., Choi, Y. K., Hoch, J. S., & Prado, E. L. (2023). Effectiveness of digital mental health tools to reduce depressive and anxiety symptoms in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health, 10*, e43066.
- Müller, S. R., Bayer, J. B., Ross, M. Q., Mount, J., Stachl, C., Harari, G. M., ... & Le, H. T. (2022). Analyzing GPS data for psychological research: a tutorial. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 5*(2), 25152459221082680.
- Ospina-Pinillos, L., Davenport, T., Mendoza Diaz, A., Navarro-Mancilla, A., Scott, E. M., & Hickie, I. B. (2019). Using participatory design methodologies to co-design and culturally adapt the Spanish version of the mental health eClinic: qualitative study. *Journal of medical Internet research, 21*(8), e14127.
- Ospina-Pinillos, L., Davenport, T. A., Navarro-Mancilla, A. A., Cheng, V. W. S., Alarcón, A. C. C., Rangel, A. M., ... & Hickie, I. B. (2020). Involving end users in adapting a Spanish version of a web-based mental health clinic for young people in Colombia: exploratory study using participatory design methodologies. *JMIR Mental Health, 7*(2), e15914.
- Rey-Moreno, C., Reigadas, J. S., Villalba, E. E., Vinagre, J. J., & Fernández, A. M. (2010). A systematic review of telemedicine projects in Colombia. *Journal of telemedicine and telecare, 16*(3), 114-119.
- Scott, J., Hockey, S., Ospina -Pinillos, L., Doraiswamy, P. M., Alvarez-Jimenez, M., & Hickie, I. (2022). Research to clinical practice—youth seeking mental health information online and its impact on the first steps in the patient journey. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 145*(3), 301-314.
- Spinazze, P., Rykov, Y., Bottle, A., & Car, J. (2019). Digital phenotyping for assessment and prediction of mental health outcomes: a scoping review protocol. *BMJ open, 9*(12), e032255.
- Uribe-Restrepo, J. M., Waich-Cohen, A., Ospina-Pinillos, L., Rivera, A. M., Castro-Díaz, S., Patiño-Trejos, J. A., ... & Diez-Canseco, F. (2022). Mental health and psychosocial impact of the COVID-19 pandemic and social distancing measures among young adults in Bogotá, Colombia. *AIMS Public Health, 9*(4), 630.



Sección II. Simposios

Cerrando las brechas: metodologías participativas para impactar la formulación de políticas públicas y diseño de programas de salud mental de niños, adolescentes y jóvenes.

Autores:

Laura Ospina-Pinillos, Débora Lucía Shambo-Rodríguez, María Isabel Riaño Fonseca y Mónica Natalí Sánchez Nítola. Universidad Javeriana, Colombia

Coordinadora del Simposio: *Laura Ospina-Pinillos*

Ponencias:

Modelamiento participativo de sistemas: una herramienta de apoyo a la toma de decisión en políticas públicas y diseño de programas

Autora: **Laura Ospina-Pinillos**

Salud mental juvenil: un análisis participativo en tres regiones de Colombia

Autora: **Débora Lucía Shambo-Rodríguez**

¿Cómo buscan ayuda los jóvenes?: el rol de los servicios formales e informales para la salud mental de los jóvenes

Autora: **María Isabel Riaño Fonseca**

Tecnología y salud mental: estudio naturalístico de una plataforma de autogestión y búsqueda de ayuda

Autora: **Mónica Natalí Sánchez Nítola**

Resumen general

Introducción: pocas innovaciones en salud completan el camino entre evidencia, política, implementación y escalamiento. Para cerrar esta brecha, la investigación participativa involucra a las partes interesadas desde el inicio.

Objetivo: presentamos cómo la investigación participativa puede ser usada a lo largo de este camino para impactar las políticas públicas y programas de salud mental (SM) de niños, adolescentes y jóvenes (NAJ). Exponemos (i) el desarrollo de una herramienta de apoyo a la toma de decisión para mejorar la SM de NAJ; (ii) un análisis de contexto participativo de la SM juvenil en tres regiones de Colombia; (iii) un estudio naturalístico de una plataforma tecnológica de SM codiseñada con AJ; y (iv) los recorridos de búsqueda de ayuda en SM de esta población.

Metodología: (i) se utilizó el modelamiento de sistemas con enfoque participativo de sistemas con 3 talleres participativos. (ii) Basándose en esta metodología, un grupo diverso de partes interesadas, incluyendo un comité asesor juvenil, fue convocado en Armenia, Bucaramanga y Leticia. (iii) Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal del uso de la plataforma durante 16 meses. (iv) Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con AJ con y sin experiencia de vida.

Resultados: (i) 78 tomadores de decisiones participaron en 3 talleres para desarrollar la herramienta que modela el efecto de 12 intervenciones sobre 19 desenlaces de interés. (ii) 204 personas en 9 talleres participativos identificaron las problemáticas en SM y soluciones más prioritarias. (iii) 330 usuarios accedieron a la plataforma utilizando principalmente el tamizaje de preocupaciones y el monitoreo. (iv) 30 AJ describieron su búsqueda de ayuda iniciando con servicios informales seguido por servicios formales.

Conclusión: es posible involucrar a las partes interesadas, especialmente a los AJ y personas con experiencia de vida, en la caracterización poblacional, desarrollo e implementación de soluciones para su SM.



Eficacia, tolerabilidad y seguridad de la Ketamina para depresión resistente en adolescentes: experiencia en Colombia

Autores:

Débora Lucía Shambo-Rodríguez, María Gabriela Castillo, Laura Ospina Pinillos, y German Eduardo Rueda Jaimes. Universidad Javeriana - Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

Coordinador: Germán Eduardo Rueda Jaimes

Ponencias

Historia del desarrollo de la ketamina como un tratamiento en salud mental

Autora: Débora Lucía Shambo Rodríguez

Mecanismo de acción de la ketamina

Autora: María Gabriela Castillo

Revisión sistemática de la Ketamina para TRD en adolescentes

Autora: Laura Ospina Pinillos

Experiencia del uso de la ketamina en diversos diagnósticos en la salud mental de adolescentes

Autor: German Eduardo Rueda Jaimes

Resumen general

Introducción: la ketamina se ha convertido en un tratamiento novedosos, con un mecanismo de acción diferente y con una eficacia robusta en adultos con depresión resistente (TRD), estrés postraumático y riesgo suicida. Sin embargo, la información de la utilización en adolescentes con trastornos mentales es escasa.

Objetivo: sintetizar la información existente en la literatura científica sobre la eficacia, seguridad y tolerabilidad de la ketamina para TRD en adolescentes y mostrar la experiencia de su utilización en adolescentes en Colombia.

Metodología: inicialmente se presentará la historia de la utilización de la ketamina en la sociedad y en la medicina, se mostrará además su complejo mecanismo de acción. Posteriormente siguiendo las normas PRISMA, se mostrará una revisión sistemática, para ello se buscó en Scopus, LILACS, PsycInfo y PubMed desde el inicio hasta diciembre de 2023. Se incluyeron estudios que informaron el uso de cualquier formulación de ketamina con vías de administración variables para tratar el TRD clínicamente diagnosticada en adolescentes. Finalmente, se muestra la experiencia de la utilización de la ketamina en Colombia para TRD en adolescentes por medio de ayudas audiovisuales.

Resultados: la ketamina mostró ser eficaz, segura y bien tolerada en adolescentes.

Conclusión: la pequeña cantidad, alta heterogeneidad y calidad generalmente baja de los estudios disponibles que fueron revisados, impiden las síntesis estadísticas y limitan significativamente la solidez de las conclusiones.

Bibliografía:

1. Dwyer JB. Efficacy of Intravenous Ketamine in Adolescent Treatment-Resistant Depression: A Randomized Midazolam-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2021; 178:352–362; doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20010018
2. Cullen KR. Intravenous Ketamine for Adolescents with Treatment-Resistant Depression: An Open-Label Study. *JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY* Volume 28, Number 7, 2018



Sección II. Simposios

Uso de tecnologías digitales en población pediátrica, y su influencia en el neurodesarrollo y la salud mental.

Autoras:

Ana María Schapiro

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes
Costa Rica

Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes.
Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Diana Botero Franco

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes, MSc Salud Pública
Clínica San Juan de Dios, La Ceja-Antioquia

Coordinadora del Simposio: Ana María Schapiro

Resumen general

La presencia cada vez mayor de tecnologías digitales en la cotidianidad de niños y adolescentes ha transformado su estilo de relacionarse, jugar y aprender. Varios autores coinciden en que este fenómeno ha coincidido con un aumento en la demanda de atención en salud mental en dicha población. El acceso a tecnologías digitales ofrece oportunidades para el desarrollo cognitivo y social; sin embargo, ciertos patrones de uso y circunstancias individuales y contextuales aumentan la probabilidad de normalización de conductas patológicas y de empeoramiento de psicopatología preexistente. (1, 2).

En el ejercicio clínico con niños y adolescentes es indispensable identificar el impacto cognitivo, social y emocional de los patrones de uso de las tecnologías en población sana y clínica. Esto con el fin de intervenir sobre variables susceptibles de modificación que favorezcan la salud mental o agraven la psicopatología. Adicionalmente, es importante conocer los aspectos neurobiológicos involucrados. Este conocimiento repercutirá en la investigación y la práctica clínica informada, de la cual se deriven recomendaciones basadas en la evidencia para profesionales sanitarios, educadores y cuidadores.

En consecuencia, este simposio presenta información actualizada sobre el tema basada en revisión de publicaciones científicas recientes y en la experiencia clínica en psiquiatría pediátrica de las expositoras, que abarca los siguientes tópicos: El simposio comprende tres presentaciones:

1. Tecnologías digitales, neurodesarrollo y funciones ejecutivas.
2. Trastorno por déficit de atención, adicción a videojuegos y circuitos cerebrales.
3. Experiencias digitales y su influencia en adolescentes con psicopatología.

Bibliografía:

1. Cataldo, I., Lepri, B., Neoh, M. J. Y., & Esposito, G. (2021). Social media usage and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 508595
2. Kostyrka-Allchorne, K., Stoilova, M., Bourgaize, J., Rahali, M., Livingstone, S., & Sonuga-Barke, E. (2023). Review: Digital experiences and their impact on the on the lives of adolescents with pre-existing anxiety, depression, eating and nonsuicidal self-injury conditions - a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 28(1), 22–32. <https://doi.org/10.1111/camh.12619>



Ponencias

Tecnologías digitales, neurodesarrollo y funciones ejecutivas.

Autora: Diana Botero Franco

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. MSc Salud Pública

Clínica San Juan de Dios, La Ceja-Antioquia

Resumen

Introducción: el Neurodesarrollo se define como la secuencia ordenada y orquestada de cambios que experimenta nuestro sistema nervioso durante la vida que da lugar a la adquisición de nuevas y más complejas habilidades funcionales. Estos cambios resultan de procesos en que participan variables biológicas y ambientales. Tienen una base genética que interactúa recíprocamente con el ambiente a través de la experiencia y de la epigenética y ocurren en períodos críticos y períodos sensibles y pudieran verse comprometidos tras la exposición a las pantallas en niños y adolescentes. (1)

Objetivo: revisar conceptos claves del neurodesarrollo, las funciones ejecutivas y su compromiso con la exposición a pantallas.

Metodología: revisión narrativa de literatura de bases de datos Pubmed, Ovid, Embase.

Resultados: como resultado del neurodesarrollo se madura el sistema nervioso con el que se desarrollan las funciones cerebrales y la personalidad, en su evaluación es muy importante considerar el desarrollo motor, sensorial, del lenguaje, el desarrollo social y emocional. (2)

- **Desarrollo motor:** involucra la adquisición progresiva de habilidades motoras que permiten mantener el control postural, desplazamiento y destreza manual.
- **Desarrollo sensorial:** es la base del desarrollo cognitivo, nos permite relacionarnos con el entorno porque recibe la información del medio. Los niños con disfunción sensorial pueden mostrar aparición tardía del lenguaje y problemas de comportamiento, menores niveles de atención, aumento o disminución de la conducta motora, dificultades en la coordinación, planeación del movimiento y dificultades para interactuar con los pares.
- **Desarrollo del lenguaje:** permite la comunicación, su desarrollo adecuado dependerá de la interacción de varios factores (relaciones afectivas e intelectuales del niño, estimulación lingüística, personalidad del niño y los adultos que lo rodean), cualquier alteración compromete el aspecto social y al aprendizaje escolar. (2)

A lo largo del desarrollo los niños van siendo capaces de controlar por sí mismos sus pensamientos, acciones y regular su propia conducta que se ha asociado con el desarrollo de las funciones ejecutivas responsables de la monitorización y regulación de los procesos cognitivos cuyo funcionamiento se asocia con la corteza prefrontal. (3)

El primer medio en generalizarse luego de los años 70 fue la televisión, se han escrito varios artículos revisando su impacto en el desarrollo de los niños, en una revisión sistemática de la literatura Kostyrka-Allchorne et al. estudiaron la asociación entre ver televisión y la función ejecutiva, el rendimiento académico, la atención, el lenguaje y el juego y mostraron que la relación entre ver televisión y el desarrollo es compleja, ya que pueden depender de las características individuales, familiares y del contexto social pero también el contenido, el ritmo de los programas y el tipo de exposición (primer plano o de fondo) puede afectar los resultados, específicamente en preescolares disminuye el tiempo de juego, reduce las interacciones con los padres y se asocia a conductas de inatención, disfunción ejecutiva y retraso en el desarrollo del lenguaje a corto plazo. (4-6)



El estudio de Linebarger D. los padres de 51 bebés y niños pequeños informaron datos de observación cada 3 meses a partir de los 6 meses de edad y luego de controlar estadísticamente la educación de los padres, el entorno familiar y el rendimiento cognitivo del niño encontraron que a los 30 meses de edad ver programas como Dora la exploradora, Las pistas de Blue, Clifford o Dragon Tales resultó en un mayor vocabulario y puntuaciones más altas en el lenguaje expresivo, mientras que ver programas como los Teletubbies, Plaza Sésamo y Barney & Friends se asociaron con menos vocabulario y puntuaciones más bajas en el lenguaje expresivo ya que no son modelos adecuados de lenguaje y no incitan a la participación del niño. (7)

Autores como Hutton y colaboradores encontraron una asociación entre un mayor uso de pantallas y menor integridad de la materia blanca del cerebro que respalda el desarrollo del lenguaje y alfabetización en los preescolares (8) mientras que Law et al asociaron el uso de pantallas antes de los 2 años de edad con una actividad cortical alterada en el electroencefalograma asociados al tiempo en pantalla y disfunción ejecutiva. (8)

De acuerdo a la Asociación Americana de Pediatría, para estimular adecuadamente el neurodesarrollo es ideal evitar el uso de pantallas en los niños menores a 18 meses. Entre los 18 y 24 meses se recomienda escoger un programa de alta calidad y limitar el uso a una hora/día. A partir de los 2 años evitar su uso 2 horas antes de dormir, tener espacios en familia libres de medios electrónicos, evitar las pantallas en la habitación, no usar las pantallas para entretener o calmar, evitar contenidos violentos, fortalecer las sesiones de lectura conjunta, favorecer las actividades deportivas y recreativas al aire libre. (10)

Conclusiones:

- El auge de los dispositivos y el cambio de estilos de crianza han afectado al entorno de crecimiento y maduración de los niños.
- El uso inadecuado de los medios electrónicos influye negativamente en la neuroplasticidad comprometiendo el aprendizaje, el desarrollo de las funciones ejecutivas y la socialización.
- La función de los padres no puede ser sustituida por ningún dispositivo electrónico.
- De acuerdo a la edad se recomienda limitar el acceso y limitar los tiempos y horarios de uso de los dispositivos.

Bibliografía:

1. Förstera J, Isabel López bc. Human neurodevelopment: A continuous change process of an open and context-sensitive system. *rev. med. clin. condes* 2022; 33(4) 338-346
2. Medina Alva MDP, Caro-Kahn I, Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto et al. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(3):565-73.
3. Bausela E. Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*. 2014;11 (1):21-34
4. Garavito-Sanabria PS, Guerrero-Bautista PD, Beltrán-Pérez RF, González-Quintero DS, González-Clavijo AM. Efectos deletéreos en el desarrollo de los niños a causa de la exposición temprana a pantallas: revisión de la literatura. *MÉD.UIS*.2022;35(3): 105-115
5. Cerisola A. Impacto negativo de los medios tecnológicos en el neurodesarrollo infantil. *Pediatr Panama* 2017;46(2):126-131



6. Kostyrka-Allchorne, K., et al. The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review. *Developmental Review* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2016.12.002>
7. Linebarger D. Infant's and toddlers' television viewing and language outcomes. *American behavioral scientist*. 2005; 48 (5):624-645
8. Hutton J, Dudley J, Horowitz T, DeWitt T, Holland S. Associations between screen- based media use and brain White matter integrity in preschool-aged children. *JAMA Pediatr*. 2020; 174 (1):1-10
9. Law E, Han M, Zhuoyuan L, Lim S, Ong Z et al. Associations between infant screen use electroencefalography markers and cognitive outcomes. *JAMA Pediatr*. 2023; 177(3):311-318
10. American academy of pediatrics council on communications and media. Media and Young minds. *Pediatrics*, 2016; 138(5):1-6

Trastorno por déficit atencional, uso de pantallas y plasticidad cerebral

Autora: Ana María Schapiro Sánchez

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes

Universidad de Costa Rica, San José Costa Rica

Resumen

Introducción: el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) es el más prevalente en la psiquiatría infanto-juvenil a nivel mundial y genera un impacto negativo tanto en las personas que lo padecen como en su entorno. (1) El TDAH exhibe una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas como trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad y problemas de aprendizaje, entre otros. Por otro lado, la adicción al uso de videojuegos (AVJ) ha sido reconocida por el DSM-5 y el CIE-11 como un trastorno adictivo conductual con procesos neurobiológicos similares a los involucrados en las adicciones a sustancias. (1,2) Este tipo de adicciones también se asocian a afecciones en el desempeño cotidiano de los niños y adolescentes asociándose a alteraciones psicopatológicas, sociales y médicas no psiquiátricas. A medida que la tecnología se va haciendo más omnipresente en la vida diaria tanto de adultos como niños, el reto que suponen las cada vez más frecuentes adicciones comportamentales y su particular asociación con el TDAH, más allá de la controversia que generan, obliga a la revisión de los eventuales factores causales compartidos que puedan explicar su frecuente comorbilidad como las alteraciones en los circuitos de recompensa-reflexión o fronto-límbicos. (3)

Objetivo: en esta presentación se revisarán los criterios del TDAH, se evaluará el concepto de adicción a la tecnología digital, especialmente a los videojuegos, y se expondrá la evidencia a favor y en contra de la posibilidad de que la adicción o abuso de los videojuegos puedan asociarse a una mayor prevalencia del TDAH y viceversa.

Metodología: revisión narrativa de literatura de Bases de Datos Cochrane, Pubmed y Ovid.

Resultados: los estudios recientes sugieren una relación entre el diagnóstico de TDAH y ciertos factores de vulnerabilidad al mismo (sexo masculino, alteraciones genéticas, antecedentes psicopatológicos, relaciones familiares de alta intensidad emocional, forma de vínculo inadecuado, raza o etnia negra, asiática o hispana) y el desarrollo de una AVJ (OR = 2.85, 95% CI = 2.15-3.77, $z = 7.27$, $P < 0.001$) (Prevalencia: 21.7% vs 8.9%, respectivamente). (3)

Los resultados también sugieren que un diagnóstico de AVJ se asocia a la presencia de un TDAH, y que dicha asociación se manifiesta clínicamente a través de mayor presencia de impulsividad y hostilidad. (4)



Sección II. Simposios

En niños se documentó que el uso de tiempo de pantallas de más de 2 horas al día se asocia a un aumento en los trastornos externalizantes, criterios de TDAH, y problemas atencionales, cuando se compara con exposiciones de 30 minutos al día. (5)

Estos hallazgos podrían explicarse por las alteraciones de las redes neuronales de atención y de la red neuronal por defecto debido al uso excesivo de videojuegos, que además, se acompaña de alteraciones de la calidad del sueño y del ritmo circadiano; de las redes de los sistemas de recompensa dopaminérgico y de los circuitos cortico-límbicos que ya están alterados en el TDAH. (5,6,7)

Conclusiones: la AVJ y el TDAH suelen ser concurrentes y se asocian a mayor comorbilidad psiquiátrica y a alteraciones en el desempeño cognitivo, social y emocional. Los pacientes con uso excesivo de videojuegos muestran alteraciones en circuitos y áreas fronto-límbicas que conducen a alteraciones en la conectividad de la red de control cognitivo, de funciones ejecutivas y circuitos de recompensa. (8,9)

Bibliografía:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 th ed. (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version: 04, 2019). At: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1448597234>. Consulted August 4, 2020.
3. Petry N. M., et al. Internet Gaming Disorder in the DSM5. *Curr Psych Rep.*, 17:72, 2015.
4. Yen et al Addictive Behaviours. Vol 64, jun 2017pp 308-313
5. Tamana et al, Plos One.2019 Screen-time is associated with inattention in preschoolers
6. Yen et al Addictive Behaviours. Vol 64, jun 2017pp 308-313
7. Ho et al, The association between Internet Addiction and Psychiatric-comorbidity Meta-analysis BMC 2014 14-183
8. *Clin Sleep Med.* 2020 Jul 15;16(7):1133-1139
9. Song et al, 2023 Youth screen media activity patterns and association with behavioral. *JAACAP*

[Experiencias digitales mediadas por redes sociales y su influencia en adolescentes con psicopatología.](#)

Autora: Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes

Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia

Resumen

Introducción: el uso de redes sociales (RS) en la adolescencia es favorecido por necesidades de afiliación y validación social, relacionadas con la búsqueda de pertenencia e identidad. Las nuevas tecnologías digitales y las RS, ejercen presión por hacer presencia en el espacio virtual y estimulan a falsear la información compartida para encajar en estereotipos sociales, generalmente distorsionados. Al mismo tiempo, ofrecen una mayor oportunidad de comparación y competencia social que en muchos casos refuerzan la autoestima, las redes de apoyo y la identidad. (1, 2). Sin embargo, en adolescentes vulnerables facilita el surgimiento de inseguridades y temores, como el temor a perderse algo importante o FoMO (del



inglés "Fear of missing out"), y a quedarse sin acceso a los dispositivos o nomofobia. Estos fenómenos predisponen a la aparición o empeoramiento de síntomas mentales, y al surgimiento de uso problemático de RS -UPRS-. (3, 4). La comunidad académica acepta el término UPRS para designar la dedicación excesiva a RS, en tiempo y prioridad, que desplaza gradualmente actividades fuera de línea necesarias para los cuidados de la salud física y mental, generando problemas de auto regulación y deterioro significativo de la calidad de vida (5). El UPRS abarca el uso pasivo y el uso activo de RS (4). Una proporción importante de adolescentes con trastornos internalizantes tienen UPRS que complica su tratamiento y recuperación (6). Por lo anterior, para los profesionales del campo de la salud mental infantil, es prioritario conocer la relación entre UPRS y psicopatología internalizante.

Objetivo: presentar información actualizada sobre la asociación entre UPRS y síntomas internalizantes (depresión, ansiedad y síntomas de trastornos de conducta alimentaria o TCA) en adolescentes; y sobre factores contribuyentes a acentuar o atenuar dicha asociación.

Metodología: revisión narrativa de literatura de los últimos 10 años sobre el tema, mediante búsqueda en bases de datos Pubmed y Ovid. Se complementa la síntesis de hallazgos de literatura, con la experiencia clínica de varios años de atención a población pediátrica con trastornos psiquiátricos, en servicios ambulatorios y de hospitalización.

Resultados: el primer MA para establecer si la población con adicción a internet (AI), incluyendo a las RS, tenía mayores tasas de trastornos mentales respecto a la población sin AI, fue realizado por Ho, R., et al (6). Los resultados de este MA comprobaron una asociación estadísticamente significativa entre AI y abuso de alcohol (OH), depresión, ansiedad y déficit de atención e hiperactividad (TDAH); con diferencias en el poder de la asociación entre subgrupos de edad y heterogeneidad en las asociaciones. La mayoría de los estudios incluidos en el MA de Ho, R., et al fueron transversales, y los autores concluyeron que no era posible establecer la direccionalidad de la asociación encontrada ni inferir una relación de causalidad. Revisiones sistemáticas y MA de los últimos 5 años se centran en uso específico de RS y no de AI en general; incluyen más estudios longitudinales, muestras de usuarios de RS de aparición más reciente, basadas en imagen y video; y examinan las experiencias positivas como las negativas del UPRS en población clínica (3,7).

Asociación con tiempo de uso: los resultados de correlación entre el tiempo general de uso de RS y la presencia de síntomas afectivos son mixtos (3,7). Algunos estudios encuentran una correlación positiva entre UPRS y síntomas depresivos, ansiosos y de TCA, con el tiempo dedicado a actividades para mejorar la apariencia, mediada por insatisfacción corporal (8). Se ha hallado una correlación positiva y prospectiva, estadísticamente significativa, entre usar RS más de 3 h al día y tener síntomas internalizantes puros, y la combinación de síntomas internalizantes y externalizantes, en adolescentes de EEUU; esta asociación se mantuvo luego de controlar la presencia de síntomas mentales preexistentes como posible factor de confusión. (9).

Asociación con patrón de uso: varios estudios coinciden en una correlación débil y recíproca entre uso pasivo con síntomas de depresión y ansiedad. El alto uso activo también es predictor de uso pasivo (10,4).

Otros factores contribuyentes: la percepción de apoyo social fuera de línea es un factor que distingue a los adolescentes con UPRS y depresión de quienes no tienen depresión. Se identifica que la edad, el sexo, los problemas de sueño, el sedentarismo, la gravedad de los síntomas, son moderadores de la asociación entre UPRS y síntomas afectivos (3). Un IMC bajo, recolectar la información en línea, y ser estudiante universitario, moderan la correlación positiva entre el tiempo de uso de RS y la presencia de síntomas de TCA, con un pequeño tamaño del efecto en el MA de Zhang, J., et al. (11).

Experiencias positivas y negativas para usar RS en población clínica: estudios cualitativos indican que los pacientes con síntomas internalizantes buscan conectividad y apoyo de pares a través de RS, para recibir



validación y sentirse comprendidos, experiencia que es valorada en forma positiva. Por el contrario, estudios cuantitativos indican que cuando hay síntomas depresivos graves, especialmente en hombres, se dejan de usar las RS para comunicarse. Algunos adolescentes con autolesiones reportan experiencias negativas ante comentarios de blogs o foros, que normalizan y glorifican estas conductas. Entretenerse y distraerse para aliviar síntomas afectivos es otra motivación para usar RS, descrita como un mecanismo inadecuado de afrontamiento y de regulación emocional en adolescentes con depresión y ansiedad. Compartir estados emocionales negativos y recibir comentarios de apoyo es más frecuente en mujeres. Quienes leen estos comentarios y quienes dan apoyo, suelen verse sobrecargados emocionalmente. La creación y búsqueda activa de contenidos dañinos (autolesiones, conductas para mantener y ocultar síntomas de TCA) parece estar mediada por la búsqueda de identidad social que es común en integrantes de comunidades virtuales, como las Pro- TCA. Acceder a contenidos dañinos de forma accidental estimula a algunos pacientes a buscar ayuda profesional. Compartir contenidos negativos en forma impulsiva predispone a ciberacoso, que media la relación entre UPRS, depresión y conductas autolesivas en algunos pacientes. La necesidad de comparación y validación social suele asociarse a FoMO y nomofobia, fenómenos que mantienen el insomnio y la evitación, y por lo tanto los síntomas depresivos y de ansiedad. También se relacionan con normalización de conductas dañinas como sucede en algunas comunidades virtuales (7, 3).

Limitaciones: los resultados de MA y revisiones sistemáticas recientes no se pueden generalizar a la población adolescente mundial ya que provienen de estudios realizados mayoritariamente en muestras de países de altos y medianos ingresos; y con predominio de mujeres. Ningún estudio incluido en los MA de asociación entre UPRS y depresión, es de Colombia (12).

Conclusiones: la correlación entre UPRS y psicopatología es compleja, no es causal ni atribuible sólo al tiempo de uso. Hay vías psicológicas comunes implicadas en los trastornos mentales y en UPRS. Moderan la asociación el tipo de actividades, el patrón de uso, la gravedad sintomática y las motivaciones para su uso. Por lo anterior, es recomendable explorar no sólo cuánto las usan sino cómo y para qué. Intervenir en forma individualizada sobre el paciente y su entorno. Educar en habilidades de uso apropiado y resiliencia, ya que algunos riesgos son inevitables. Anticipar consecuencias negativas del retiro abrupto de dispositivos y acceso a RS, especialmente si hay componente adictivo. Seguir investigando para apoyar intervenciones y políticas contextualizadas y apropiadas.

Bibliografía:

1. Boer, M., Van Den Eijnden, R. J., Boniel-Nissim, M., Wong, S. L., Inchley, J. C., Badura, P., ... & Stevens, G. W. (2020). Adolescents' intense and problematic social media use and their well-being in 29 countries. *Journal of adolescent health, 66*(6), S89-S99.
2. Ubieto, J. R., & Moliner, L. A. (2022). *¿ Bienvenido metaverso?: presencia, cuerpo y avatares en la era digital* (Vol. 2080). Ned ediciones.
3. Cataldo, I., Lepri, B., Neoh, M. J. Y., & Esposito, G. (2021). Social media usage and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence: a review. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 508595.
4. Khatcherian, E., Zullino, D., De Leo, D., & Achab, S. (2022). Feelings of loneliness: understanding the risk of suicidal ideation in adolescents with internet addiction. A theoretical model to answer to a systematic literature review, without results. *International journal of environmental research and public health, 19*(4), 2012.
5. Fineberg, N. A., Menchón, J. M., Hall, N., Dell'Osso, B., Brand, M., Potenza, M. N., ... & Zohar, J. (2022). Advances in problematic usage of the internet research—a narrative review by experts from the European network for problematic usage of the internet. *Comprehensive Psychiatry, 118*, 152346.



6. Ho, R. C., Zhang, M. W., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., ... & Mak, K. K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, *14*, 1-10.
7. Kostyrka-Allchorne, K., Stoilova, M., Bourgaize, J., Rahali, M., Livingstone, S., & Sonuga-Barke, E. (2023). Review: Digital experiences and their impact on the lives of adolescents with pre-existing anxiety, depression, eating and nonsuicidal self-injury conditions - a systematic review. *Child and adolescent mental health*, *28*(1), 22–32. <https://doi.org/10.1111/camh.12619>
8. Fardouly, J., Magson, N. R., Rapee, R. M., Johnco, C. J., & Oar, E. L. (2020). The use of social media by Australian preadolescents and its links with mental health. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(7), 1304-1326.
9. Riehm, K. E., Feder, K. A., Tormohlen, K. N., Crum, R. M., Young, A. S., Green, K. M., ... & Mojtabai, R. (2019). Associations between time spent using social media and internalizing and externalizing problems among US youth. *JAMA psychiatry*, *76*(12), 1266-1273.
10. Aalbers, G., McNally, R. J., Heeren, A., De Wit, S., & Fried, E. I. (2019). Social media and depression symptoms: A network perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, *148*(8), 1454.
11. Zhang, J., Wang, Y., Li, Q., & Wu, C. (2021). The relationship between SNS usage and disordered eating behaviors: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*, 641919.
12. Ghai, S., Fassi, L., Awadh, F., & Orben, A. (2023). Lack of sample diversity in research on adolescent depression and social media use: A scoping review and meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, *11*(5), 759-772.



Sección II. Simposios

Lineamientos para la evaluación clínica de niñez y adolescencia trans*

Autores:

Daniel Fernando Jaramillo Martínez, Julián David Palacio Jaramillo, Diana Judith Beltrán Melo, y Angélica María Restrepo Rivera

Universidad de Antioquia, Colombia

Coordinadora del simposio: Angélica María Restrepo Rivera

Ponencias:

Neurodivergencia e identidad diversa.

Autor: Daniel Fernando Jaramillo Martínez

Regulación emocional y afectiva en identidad trans*.

Autor: Julián David Palacio Jaramillo

Abordaje del trauma en la niñez y adolescencia trans*.

Autora: Diana Judith Beltrán Melo

Lineamientos de evaluación en niñez y adolescencia trans*.

Autora: Angélica María Restrepo Rivera

Resumen general

Este simposio presenta aspectos relevantes en la evaluación de niñez y adolescencia con género diverso desde la perspectiva de la salud mental. La alta demanda de consulta y los cuestionamientos al uso de tratamientos médicos para ajustar el cuerpo a la identidad de género percibida, justifica la discusión de este tema en sus características, comorbilidades y elementos de evaluación cuando se atiende esta población. Desarrollado a través de 4 conferencias:

1. Neurodivergencia e identidad diversa.
2. Regulación emocional y afectiva en identidad trans*.
3. Abordaje del trauma en la niñez y adolescencia trans*.
4. Lineamientos de evaluación en niñez y adolescencia trans*: Experiencia de la Clínica de Género de la Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

Bibliografía:

1. Traumatic Stress and Resilience Among Transgender and Gender Diverse Youth Ramos, Natalia et al. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, Volume 32, Issue 4, 667 – 682
2. Varun Warriar, David M. Greenberg, Elizabeth Weir, Clara Buckingham, Paula Smith, Meng-Chuan Lai, Carrie Allison & Simon Baron-Cohen. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>. 2019
3. Antonio Becerra Fernández, Gilberto Pérez López. *Manual de medicina Transgénero*. Sociedad española de Endocrinología y Nutrición SEEN. Editorial Panamericana. 2022



"El enlace se re-hace": innovación en alternativas terapéuticas en psiquiatría infantil en el contexto hospitalario.

Autores:

Catalina Ayala Corredor, Santiago Rodríguez León, y German Casas Nieto
Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de Los Andes, Colombia

Coordinador: Germán Casas Nieto

Ponencias:

Terapias de segunda y tercera generación para el manejo del dolor pediátrico.

Autora: Catalina Ayala Corredor

Musicoterapia.

Autor: Santiago Rodriguez Leon

Mambrú se fue a la cama.

Autor: German Casas Nieto

Introducción:

El verdadero enlace consiste en acompañar, aliviar evaluar e intervenir las problemáticas del paciente.

Objetivo: en este simposio presentaremos tres conferencias que muestran alternativas novedosas y efectivas para lograrlo.

1. Terapias de segunda y tercera generación para el manejo del dolor pediátrico:
2. Musicoterapia
3. Mambrú se fue a la cama

Ponencias

Terapias de segunda y tercera generación para el manejo del dolor pediátrico.

Autora:

Catalina Ayala Corredor

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia

El dolor es un motivo de consulta frecuente en psiquiatría infantil de enlace. En los últimos años, los casos de dolores crónicos o complejos vienen en aumento, presentándose en una población cada vez menor. Los más frecuentes incluyen los dolores abdominales funcionales, siendo su principal exponente el síndrome de intestino irritable y las cefaleas. El manejo de dichas condiciones requiere de un abordaje multidisciplinario en el que los profesionales de salud mental juegan un rol fundamental. La participación del equipo de salud mental incluye la formulación de medicamentos usados en dolor como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tricíclicos y otros fármacos con efecto en receptores 5HT_{2A}; optimizar el patrón de sueño, descartar comorbilidades y lograr intervenciones tanto psicoeducativas como psicoterapéuticas en pacientes y familia. Las terapias basadas en conducta son primera línea en el manejo no farmacológico del dolor. En esta conferencia, se presenta una propuesta de abordaje y manejo del dolor desde la salud mental de enlace, se exponen las bases fisiopatológicas del eje intestino-cerebro, las vías del dolor, los mecanismos psicoafectivos que actúan como desencadenantes, perpetuadores y amplificadores; y las bases de las terapias de segunda y tercera generación para su manejo. Al final se presentan algunos casos basados en la experiencia adquirida en la Fundación Santa Fe de Bogotá, adaptando herramientas basadas en estas terapias con pacientes y sus familias.



Sección II. Simposios

Musicoterapia.

Autor: Santiago Rodríguez León.

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia

El hospital general es escenario de múltiples motivos de hospitalización de pacientes pediátricos. Hay ámbitos en los que la hospitalización es particularmente difícil tanto para el paciente como para la familia por la complejidad de las patologías, las diferentes complicaciones médicas, así como el largo tiempo de estancia hospitalaria. Este es el caso de las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricas, así como la unidad de cuidados intermedios pediátricos. En la Fundación Santa Fe de Bogotá, contamos se cuenta con estos niveles de complejidad en los servicios de hospitalización y en la unidad para cuidados intensivos para pacientes pediátricos quemados.

Adicionalmente, se presta atención a una población importante de pacientes con patología oncológica pediátrica. Todos los anteriores pacientes tienden a permanecer largo tiempo en el hospital, alterando las dinámicas familiares y causando gran estrés psicosocial y psicopatológico. La presentación se enfoca en el manejo interdisciplinario de tales casos con la ayuda de alternativas terapéuticas del equipo interdisciplinario como la Musicoterapia. La música es un lenguaje universal con múltiples propiedades terapéuticas y con efectos positivos cuantificables en el proceso de recuperación de los pacientes. En la Fundación Santa Fe de Bogotá, se cuenta con un servicio de Musicoterapia asociado al departamento de gestión humana y atención al paciente. Se revisa cómo integrar la música a los tratamientos psicoterapéuticos de enlace, nuevas propuestas y estudios en desarrollo, utilizando la tecnología y la inteligencia artificial.

Mambrú se fue a la cama.

Autor: Germán Casas Nieto

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes. Fundación Santa Fe. Universidad de Los Andes, Colombia

Las interacciones tempranas y las narrativas subyacentes a las mismas son funciones propias del género humano. Los seres humanos, desde muy temprano, nos fascinamos con las historias: las propias, las de otros, las contadas, las recordadas o las inventadas. Escuchar un cuento de otro ser humano, ficticio, real, futuro o pasado, permite a nuestra mente desarrollar una función maravillosa: vivir a través del otro, en escenarios recreados en nuestra imaginación, a partir de la de otro ser humano, en un lugar común para los dos: el lugar del encuentro interactivo donde es posible lo imposible, donde el futuro se imagina sin reparos o se vive el pasado sin nostalgia. Este es el fenómeno poderoso que genera en el ser humano ese espacio transicional que permite el compartir un cuento, una historia o una narración.

Contar historias para niños es una práctica universal que hace parte de las interacciones tempranas y parece ser más antigua que la misma literatura infantil. Las narrativas de historias relatadas por adultos a los niños, aparecen como prácticas culturales en diferentes civilizaciones, incluso en relatos del Antiguo Testamento, en evidencias de prácticas rituales o educativas y aún en formas de iniciación de conceptos filiales, étnicos y culturales desde hace muchos miles de años. Los cuentos propiamente dichos, es decir, literatura escrita para niños, son fenómenos relativamente recientes que datan del siglo XVIII, pues la literatura escrita previa, no consideraba como sujeto de lectura a los menores. Sin embargo, los relatos verbales y la memoria ancestral se reconocen hoy en día como factores de protección y puentes de filiación entre adultos y niños.

Utilizar las bondades de la narrativa como una herramienta en psicología, pedagogía y psiquiatría de niños y adolescentes es un hecho comprobado y soportado por evidencia robusta. El uso de cuentos infantiles para ayudar a niños durante enfermedades, convalecencias o incluso como práctica para lograr información y adherencia al tratamiento ha sido también una práctica reciente y relativamente activa en las ciencias de



la salud. Sin embargo, el uso de la literatura infantil, la narrativa y la creación escrita para lograr efectos terapéuticos en psiquiatría infantil hospitalaria es, por lo menos en la evidencia comprobable, una práctica reciente. Se presentan las líneas generales con recomendaciones basadas en evidencia, desde algunas de las recomendaciones de la OMS, transitando por experiencias globales a regionales y finalizando con recomendaciones locales de nuestro medio.

Bibliografía:

1. Vinall, J., Pavlova, M., Asmundson, G. J., Rasic, N., & Noel, M. (2016). Mental health comorbidities in pediatric chronic pain: a narrative review of epidemiology, models, neurobiological mechanisms and treatment. *Children*, 3(4), 40.
2. Leo, R. J., Srinivasan, S. P., & Parekh, S. (2011). The role of the mental health practitioner in the assessment and treatment of child and adolescent chronic pain. *Child and adolescent mental health*, 16(1), 2-8.
3. Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Curr Opin Pediatr*. 2018 Dec;30(6):748-754. doi: 10.1097/MOP.0000000000000688. PMID: 30157045.
4. Margolis KG, Cryan JF, Mayer EA. The Microbiota-Gut-Brain Axis: From Motility to Mood. *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1486-1501. doi: 10.1053/j.gastro.2020.10.066. Epub 2021 Jan 22. PMID: 33493503; PMCID: PMC8634751
5. Leo. R.J (2007). *Clinical manual of pain management in psychiatry*. Washington DC: American psychiatric Publishing Incorporated
6. Newton, E., Schosheim, A., Patel, S., Chitkara, D. K., & van Tilburg, M. A. (2019). The role of psychological factors in pediatric functional abdominal pain disorders. *Neurogastroenterology & Motility*, 31(6), e13538.
7. Andrews, E. T., Beattie, R. M., & Tighe, M. P. (2020). Functional abdominal pain: what clinicians need to know. *Archives of disease in childhood*, 105(10), 938-944.
8. Chen, J. Y., Chen, S. N., Lee, C. H., & Huang, Y. J. (2023). A systematic review and meta-analysis of randomized control trials: efficacy of cognitive behavioral therapies for the management of functional and recurrent abdominal pain disorders in children and adolescents. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-22.



Sección III. Trabajos Libres. Modalidad de poster

Niños y adolescentes como formuladores de políticas para la salud mental de un territorio colombiano.

Autores:

Felipe Agudelo Hernández y Ana Belén Giraldo Álvarez. Universidad de los Andes, Colombia

Resumen

Introducción: la participación de niños, niñas y adolescentes (NNA) ha sido sistemáticamente excluida de diversos ámbitos de construcción política y comunitaria, y los espacios relacionados con políticas en salud mental no han sido la excepción. Reconocer a los NNA como sujetos políticos implica comprender el papel fundamental que representan en la toma de decisiones colectivas.

Objetivo: analizar la participación de niños y adolescentes en la elaboración de la ruta de salud mental en La Guajira, Colombia.

Métodos: se adoptó una metodología coproductora enmarcada en la Investigación-Acción Participativa, destacando su enfoque colaborativo y dinámico. Como punto de partida para la creación de una Ruta de Salud Mental en el departamento de La Guajira (Colombia), durante el año 2023 se establecieron grupos focales y se implementó un análisis temático con el fin de conocer los significados y propuestas que los habitantes del territorio tenían en relación con la salud mental en su contexto.

Resultados: en el grupo focal conformado por NNA se identificaron significados, barreras y recomendaciones contundentes en cuanto a sus experiencias en salud mental y sus recomendaciones para crear una ruta que permitiera el mejoramiento del proceso de cuidado y abordaje integral en salud mental; estas recomendaciones posteriormente se incorporaron en la ruta de salud mental. Conclusión: se destaca la necesidad de incorporar metodologías que permitan escuchar e integrar las voces de los niños, niñas y adolescentes en la generación de políticas en salud mental fortaleciendo así los procesos de construcción individuales y comunitarios. Es prioritario escucharlos desde su autonomía y en los diferentes momentos de su desarrollo, con el fin de integrar la salud mental en la vida cotidiana más allá de los servicios de salud, fortalecer lazos y redes de apoyo, disponer de espacios seguros para expresar sus necesidades y recibir un abordaje integral, sensible y continuo.

Bibliografía:

1. Agudelo-Hernández, F. (2023), De las barreras a los posibles. Las políticas del acontecimiento en los grupos de ayuda mutua de salud mental juvenil en Colombia. First Edition. Universidad de Manizales, Manizales. DOI: 10.5281/zenodo.10402130
2. Agudelo-Hernández, F., and Rojas-Andrade, R. (2023). "Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study", *International journal of social determinants of health and health services*, 53(4), 424–433. DOI: 10.1177/27551938231156023
3. Agudelo-Hernández, F., Salazar-Vieira, L.M. and Plata-Casas, L. I. (2024), "Mental Health Friendly Territories: Strategy for the Implementation of the Mental Health Policy in Colombia", *World Medical and Health Policy*.
4. Arias Rodríguez, G. M., and Villota Galeano, F. (2017), "De la política del sujeto al sujeto político", *ÁNFORA*, 14*(23), 39–52. DOI: <https://doi.org/10.30854/anf.v14.n23.2007.195>
5. Bailey, C. (2024), "My Voice Matters – the importance of lived experience and expression to create positive change", ACAMH; The Association for Child and Adolescent Mental Health. DOI: 10.5281/zenodo.10402130.



6. Batallán, G., and Campanini, S. (2008), "La participación política de niñ@s y jóvenes-adolescentes. Contribución al debate sobre la democratización de la escuela", *Cuadernos de Antropología Social*, 28, 85-106. DOI: <https://doi.org/10.34096/cas.i28.4315>
7. Bernardi, L. (2021), "Mental health and political representation: A roadmap", *Frontiers in Political Science*, 2, 587588. DOI: [10.3389/fpos.2020.587588](https://doi.org/10.3389/fpos.2020.587588)
8. Braun V. and Clarke V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", *Qual Res Psychol*, 3(2), 77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
9. Chilisa, B. (2019), *Indigenous research methodologies*. Sage publications. DOI: [10.5204/ijcis.v5i1.97](https://doi.org/10.5204/ijcis.v5i1.97)
10. Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M. K., Bhutta, Z. A., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A. S., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D. B., Kwamie, A., Meng, Q., ... Costello, A. (2020), "A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission", *Lancet*, 395(10224), 605–658. DOI: [10.1016/s0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32540-1)
11. Corona Caraveo, Y., and Morfín Stoopan, M. (2001), *Diálogo de Saberes sobre Participación Infantil*, First edición. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. México. ISBN: 9706549811
12. Cussiánovich, A., and Márquez, A. M. (2002), *Hacia una participación protagónica de niños, niñas y adolescentes*, Lima: Save the Children Suecia. Available at: www.sename.cl/wsename/otros/Hacia%20una%20participacion%20protagonica-savethechildren
13. Espejo, R. (2009), "Desarrollo humano y participación comunitaria: algunas reflexiones desde el enfoque gestáltico de Paul Goodman", *Open edition Journals*. Available at: <https://journals.openedition.org/polis/1767>
14. UNICEF. (2006), *Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- UNICEF. (2021), *Estado Mundial de la Infancia: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, Nueva York, enero de 2022. DOI: [10.1016/j.rpsp.2016.09.006](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.09.006)
15. Gómez-Restrepo C. (2016), "National Mental Health Survey- NMHST 2015", *Revista colombiana de psiquiatría*, 45 Suppl 1, 1. DOI: [10.1016/j.rcp.2016.09.006](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006)
16. Gutiérrez López, J.A., Cortés Wilches, N. and Montaña Londoño, C.J.. (2020), "La Pobreza Multidimensional y su relación con el espacio: Caso de estudio para Colombia", *Revista Vision Contable*, 21, 78–100. DOI: [10.24142/rvc.n21a4](https://doi.org/10.24142/rvc.n21a4)
17. Hickey-Moody, A., Horn, C., Willcox, M., and Florence, E. (2021), *Arts-based methods for research with children*, Springer Nature. DOI: [10.1007/978-3-030-68060-2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-68060-2)
18. Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., Cost, K. T., Courtney, D. B., Georgiades, K., Merikangas, K. R., Henderson, J. L., Polanczyk, G. V., Rohde, L. A., Salum, G. A., and Szatmari, P. (2024), "Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study", *JAMA psychiatry*, e235051. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2023.5051](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051)
19. Larsson, I., Staland-Nyman, C., Svedberg, P., Nygren, J. M., and Carlsson, I. M. (2018), "Children and young people's participation in developing interventions in health and well-being: a scoping review", *BMC health services research*, 18(1), 507. DOI: [10.1186/s12913-018-3219-2](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3219-2)



Sección III. Trabajos Libres. Modalidad de poster

20. Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., and Vicente-Parada, B. (2021), "Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos", *Revista Panamericana de Salud Publica*, 45. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>.
21. Limenih, G., MacDougall, A., Wedlake, M., and Nouvet, E. (2023), "Depression and Global Mental Health in the Global South: A Critical Analysis of Policy and Discourse", *International journal of social determinants of health and health services*, 27551938231220230. DOI: 10.1177/27551938231220230
22. Luger, T. M., Hamilton, A. B., and True, G. (2020), "Measuring Community-Engaged Research Contexts, Processes, and Outcomes: A Mapping Review", *Milbank Quarterly*, 98(2), 493-553. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12458>
23. Santana, A. I., Leisewitz, A. V., Bravo, P., and Nogueira, A. (2023), "Consideraciones éticas para investigaciones con niños, niñas y adolescentes como coinvestigadores, reflexión desde la experiencia chilena", *Revista Colombiana De Bioética*, 18(2). DOI: <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i2.4372>
24. McMellon, C., and Tisdall, E. K. M. (2020), "Children and young people's participation rights: Looking backwards and moving forwards", *The International Journal of Children's Rights*, 28(1), 157-182. <https://doi.org/10.1163/15718182-02801002>
25. Michelo, C., Hurtig, A.-K., and Schneider, H. (2021), "Working towards inclusive, socially accountable and resilient community health systems: An introduction to a special issue", *International Journal of Health Policy and Management*, 11(1), 1-4. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.166>
26. Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonese, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., and Collins, P. Y. (2023), "Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going", *Current psychiatry reports*, 25(7), 301-311. DOI: 10.1007/s11920-023-01426-8
27. Orygen. (2020), *Global Consultations with Young People: Summary Report*. <https://www.orygen.org.au/About/Orygen-Global/Files/orygen-wef-youth-consultation-report>
28. PAHO. (2022), *Servicios de salud mental de apoyo entre pares: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Washington, DC: OPS <https://doi.org/10.37774/9789275325995>.
29. Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S.,
30. Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016), "Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing", *Lancet*, 387(10036), 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00579-1)
31. Peña Forero, N. C. (2017), "Los niños y las niñas, ¿sujetos políticos?: construcciones posibles desde la escuela y el aula", *Infancias imágenes*, 16(2), 228-241. <https://doi.org/10.14483/16579089.12268>
PopulationPyramid.net. (2023). *Datos demográficos mundiales*. <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>
32. Presseau, J., Kasperavicius, D., Rodrigues, I. B., et al. (2022), "Selecting implementation models, theories, and frameworks in which to integrate intersectional approaches", *BMC Medical Research Methodology*, 22, 212. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01682-x>
33. Rhodes-Purdy, M. (2017), "Participatory Governance in Latin America: Promises and Limitations", *Latin American Politics and Society*, 59(3), 122-131. <https://doi.org/10.1111/laps.12029>



34. Rodríguez-Castrillón, C. M., and Amador-Baquiro, J. C. (2023), "Investigación narrativa con niños y niñas: una reflexión teórico-metodológica", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 21(3), 1–32. DOI: 10.11600/rlcsnj.21.3.5514
35. Salazar, A., Muñoz, C., and Saldierna, A. R. (2021), "De la participación simbólica a la participación política de la niñez: aproximación cualitativa en estudiantes de educación primaria", *Desafíos*, 33(2). DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.8219
36. Thompson, J. R., and Burke, J. G. (2020), "Increasing community participation in public health research: Applications for concept mapping methodology", *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 14(2), 243–250. <https://doi.org/10.1353/cpr.2020.0025>
37. UNICEF. (2022), *Derecho a la participación de niños, niñas y adolescentes: Serie de formación sobre el enfoque basado en los derechos de la niñez*. Chile. Available at: www.unicef.org/chile/media/7021/file/mod%201%20enfocoque%20de%20derechos
38. United Nations -UN-. (2021). *Infancia y juventud en el mundo, en datos y gráficos*. www.epdata.es
39. Vaz, N., and Araujo, C. A. S. (2023), "Service design activities in health services: A systematic literature review based on ecosystem perspective and transformative approach", *The International journal of health planning and management*, 38(5), 1250–1267. <https://doi.org/10.1002/hpm.3682>

Exploración de la Presentación de Trastornos Mentales en Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental Severa: el Rol de la Adversidad Psicosocial.

Autores:

Juan David Palacio, Johanna Valencia, Sam Sieversten, Carrie Bearden, Carlos López, y Jennifer Forsyth

Universidad de Antioquia, Universidad de Washington, y Universidad de California, Los Ángeles.

Resumen

Introducción: el trastorno bipolar (BD), la esquizofrenia (SQZ) y trastorno depresivo mayor severo (MDD) comparten factores de riesgo genéticos y ambientales comunes. Estos trastornos son denominados Enfermedad Mental Severa (EMS), y hay una propuesta en psiquiatría genética sobre la heredabilidad de la información genética que genera riesgo de diferentes y diversos de trastornos mentales y no de un trastorno exclusivo. Por otra parte, se sabe que los familiares de los pacientes con EMS pueden presentar trastornos mentales por este riesgo genético, pero también que dependen del ambiente y de la adversidad psicosocial.

Objetivo: el objetivo explorar las diferencias entre los familiares de pacientes con EMS versus familiares de controles, en la presentación de los trastornos mentales y de acuerdo a la presencia de adversidad psicosocial.

Métodos: se invitarán menores (entre 6 y 15 años) que sean familiares de adultos que participaron en el "Proyecto Paisa". Se les realizará una evaluación clínica semiestructurada (K-SADS) y una caracterización sociodemográfica y de adversidad psicosocial teniendo en cuenta la presencia de eventos adversos tempranos (EAT). Se seleccionarán 4 grupos de menores para la comparación: familiar con TAB, familiar con SQZ, familiar con MDD y familiar control. Se compararán las características sociodemográficas, los EAT, y se tendrá en cuenta el índice de adversidad de Rutter.

Resultados: este es un proyecto en curso y se espera presentar los datos de una cohorte de 700 sujetos. Se espera encontrar en los familiares de adultos con EMS un mayor número de trastornos mentales y eventos



adversos. Se espera encontrar una relación entre el número de eventos adversos y el número de trastornos mentales de los participantes.

Bibliografía:

1. Sandstrom, A. et al. Offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and depression: a review of familial high-risk and molecular genetics studies. *Psychiatric Genetics* 2019.
2. Palacio-Ortiz, JD et al. Lifetime psychiatric disorders: A comparison study between offspring of parents with bipolar disorder type-I versus the offspring of community controls parents. *Rev Colomb Psiquiat.* 2017
3. Proyecto Paisa Kids ("Genetics Risk for Mental Illness and Development")

[Early cases of anorexia nervosa: protocol design and severity assessment.](#)

Autores:

Andrés Cardozo, Maritza Rodríguez, Juanita Gempeler, Carolina Villanueva, Izara Mondragón, y Sergio Castro.

Programa Equilibrio para Trastornos Alimentarios, Afectivos y de Ansiedad. Bogotá, Colombia

Summary

Background: anorexia nervosa seems to be an increasing problem among very young teenagers. We do not fully understand the main drivers of change in age of onset, but many psychiatrists are now facing the challenge of evaluating eating disorder psychopathology in 9-to-14-year-olds.

Objective: describe the severity of presentation and treatment of people with anorexia nervosa younger than 14 years old.

Methods: descriptive study presenting data on the characteristics of people younger than 14 years old with anorexia nervosa at Programa Equilibrio, an eating-disorders day-hospital CBT-based program. Our team conducted a literature review on early cases of Anorexia Nervosa and modified the treatment protocol to tailor the needs of this young population.

Results: between 2020 and 2023, 453 people were assessed, 60% of them were ≤ 18 years old, and 76% of them had Anorexia Nervosa. The hospitalization rate for the whole 2020-2023 group was 17%, but the rate increased to 33% when looking only at 9-to-14-year-olds. Out of the cases with Anorexia Nervosa, 78 adolescents were younger than 14 years old, mostly female (91%), with presenting ages 9 to 13 years old, but with onset of disease as early as 8 to 9 years old in some cases.

Discussion: key modifications in the assessment and treatment of such cases include: Careful review of perinatal history, developmental milestones and growth charts to establish goals; assessment of family functioning to determine the appropriate degree of family-based intervention, with higher and earlier than usual involvement in all cases; adjustment of individual and group interventions to account for cognitive development and level of activity; physical changes in facilities and visual presentation of therapeutic meals; and a higher sensitivity for hospital referral and intensive intervention.

Conclusion: child and adolescent psychiatrists are prepared for such evaluations, but some adaptations are needed to best accommodate the young cases.



References:

1. Jaite C, Bühren K, Dahmen B, Dempfle A, Becker K, Correll CU, Egberts KM, Ehrlich S, Fleischhaker C, von Gontard A, et al. Clinical Characteristics of Inpatients with Childhood vs. Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2019; 11(11):2593. <https://doi.org/10.3390/nu11112593>

Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy in Adolescents (DBT-A) in the treatment of depression and emotional dysregulation: a Colombian prospective cohort study.

Autoras:

Diana Lorena Clavijo-Bocanegra, María Alejandra Palacios-Ariza, Luisa Forero-Quintana, Andrea Niño, Juliana Vanessa Rincón-López, Sara Yinneth Villalba-Niño, y Catalina Ayala-Corredor.

Universidad de Los Andes, Colombia

Resumen

Antecedentes: la terapia dialéctico-conductual (DBT) es un tratamiento psicoterapéutico para abordar la desregulación emocional (DE) mediante estrategias de aceptación y cambio.

Objetivo: determinar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades DBT-A en dos formatos de grupo diferentes, en comparación con la atención estándar.

Métodos: se llevó a cabo un estudio de cohortes. Se examinaron los resultados clínicos y las medidas de DE (con la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones - DERS) y depresión (con el Inventario de Depresión Infantil - CDI) en tres grupos:

- Grupo A: entrenamiento en habilidades de DBT grupal separado para los pacientes y sus cuidadores
- Grupo B-Multifamiliar en el que los adolescentes y sus cuidadores participaron en las mismas sesiones
- Grupo C: fue el grupo de tratamiento habitual, sin entrenamiento en habilidades de DBT. La asignación al grupo no fue aleatoria. Se utilizaron modelos lineales para controlar el efecto de posibles factores de confusión.

Resultados: un total de 130 sujetos fueron analizados. Los grupos sólo fueron significativamente diferentes en sexo y en el consumo de sustancias. Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones DERS y CDI al comparar los grupos de entrenamiento con el control (p ANOVA $<0,001$). El modelo ajustado para la diferencia en las puntuaciones del DERS mostró una asociación significativa entre cualquiera de los grupos de intervención frente al tratamiento habitual. El modelo para el cambio en las puntuaciones del CDI mostró un efecto significativo sólo para el grupo B sobre el tratamiento habitual. Conclusiones: La aplicación del entrenamiento en habilidades DBT-A, en formato independiente o multifamiliar, resultó eficaz y seguro para el tratamiento de la DE. El entrenamiento en habilidades DBT-A impartido en un formato multifamiliar puede tener el beneficio añadido de impactar en los síntomas de depresión.

Bibliografía:

1. Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Dev Cogn Neurosci*. 2015 Oct; 15:11–25.
2. Linehan M. DBT® skills training manual. Second edition. New York London: The Guilford Press; 2015. 504p.



3. Rathus JH, Miller AL. DBT skills manual for adolescents. New York: The Guilford Press; 2014. 392 p.
4. Holmqvist Larsson K, Andersson G, Stern H, Zetterqvist M. Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Jan;25(1):141–55.
5. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Oct;53(10):1082–91.
6. Woodberry KA, Popenoe EJ. Implementing Dialectical Behavior Therapy with Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2008 Aug;15(3):277–86.
7. Chen S, Cheng Y, Zhao W, Zhang Y. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Dec;28(6):1128–39.
8. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 May;51(7):1057–67.
9. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004 Mar;26(1):41–54.
10. Muñoz-Martínez AM, Vargas RM, Hoyos-González JS. Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2016 Apr 11;19(1):225–36.
11. Davanzo P, Kerwin L, Nikore V, Esparza C, Forness S, Murrelle L. Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2004;35(1):75–92.
12. Gill D, Warburton W, Simes D, Sweller N. Group Therapy for Emotional Dysregulation: Treatment for Adolescents and Their Parents. *Child Adolesc Soc Work J*. 2018 Apr 1;35(2):169–80.
13. Uliaszek AA, Wilson S, Mayberry M, Cox K, Maslar M. A Pilot Intervention of Multifamily Dialectical Behavior Group Therapy in a Treatment-Seeking Adolescent Population: Effects on Teens and Their Family Members. *The Family Journal*. 2014 Apr 1;22(2):206–15.

Intervenciones neuroquirúrgicas en agresividad grave y refractaria en población infantil: a propósito de un caso clínico de estimulación cerebral profunda.

Autores:

Cristóbal Restrepo Conde, María Camila Tamayo Mejía, Johny Alexander Rentería Daboin, y Paula Andrea Duque Ríos.

Universidad de Antioquia, Colombia

Resumen

La agresividad es un síndrome neuropsiquiátrico con graves consecuencias en calidad de vida y funcionalidad de las personas afectadas. Tiene una alta prevalencia en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, como la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista.



Su forma refractaria se presenta en pacientes con agresividad que aumenta de forma inusual, al menos por un periodo de 5 años donde hay agresión incontrolada hacia otros, autolesiones y pobre respuesta al tratamiento conductual y farmacológico, dado por el uso de al menos 2 psicofármacos que incluyen estabilizadores del ánimo, y benzodiazepinas por al menos 3 años. Para estos pacientes se han propuesto intervenciones quirúrgicas como la estimulación cerebral profunda.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 9 años, con diagnósticos de trastorno del espectro autista grado 3, discapacidad intelectual grave y epilepsia no estructural con un cuadro crónico de alteraciones comportamentales en las que predominan los episodios de auto y hetero agresión, refractarios a múltiples ensayos farmacoterapéuticos con antipsicóticos, sedantes, antidepressivos y anticonvulsivantes a dosis máximas toleradas (risperidona, aripiprazol, haloperidol, olanzapina, clonidina, clonazepam, fluoxetina, trazodona, lamotrigina, ácido valproico y clobazam), y manejo intrahospitalario frecuente. Se descartan causas secundarias de agresividad (episodios ictales, alteraciones estructurales e infecciosas) y se cita al equipo multidisciplinario (psiquiatría infantil, neuropediatría y neurocirugía funcional), que tras el análisis longitudinal del caso considera que el paciente es candidato a abordaje neuroquirúrgico, por lo que es llevado a implante de electrodos en núcleo hipotalámico posteromedial bilateral para iniciar estimulación cerebral profunda, con adecuada respuesta clínica al seguimiento a 1 mes, dada por disminución de conductas auto y hetero agresivas, sin complicaciones postoperatorias

Bibliografía:

1. Benedetti-Isaac JC, Camargo L, Torres Zambrano M, Perea-Castro E, Castillo-Tamara E, Caldichoury N, Herrera-Pino J, Flórez Y, Porto M, López N. Deep brain stimulation may be a viable option for resistant to treatment aggression in children with intellectual disability. *CNS Neurosci Ther.* 2023 Jul;29(7):2010-2017. doi: 10.1111/cns.14156. Epub 2023 Mar 8. PMID: 36890650; PMCID: PMC10324351.
2. Marini S, D'Agostino L, Ciamarra C, Gentile A. Deep brain stimulation for autism spectrum disorder. *World J Psychiatry.* 2023 May 19;13(5):174-181. doi: 10.5498/wjp.v13.i5.174. PMID: 37303931; PMCID: PMC10251363.
3. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019;41(2):153-167. doi:10.1590/1516-4446-2018-0163

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder and Anorexia Nervosa Comorbidity: case report.

Autoras:

Izara Mondragón, Andrés Cardozo, Juanita Gempeler, Juanita González, y Maritza Rodríguez
Programa Equilibrio para Trastornos Alimentarios, Afectivos y de Ansiedad. Bogotá, Colombia

Summary

Background: avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is a pathology under recent study, and its comorbidity with other disorders has not been extensively studied, much less its possible complication with another eating disorder during evolution.

Objective: report and analyze the possible differences in detection and treatment of ARFID as an underlying pathology in adolescent patients admitted with Anorexia Nervosa (AN).

Methods: this report will illustrate the cognitive-behavioral case formulation with its predisposing, precipitating and perpetuating factors, and the approach used in therapy.



Results: female, 15 years old, native and resident in Colombia, with a clinical diagnosis of AN in whom ARFID comorbidity was found. After 6 months of treatment, there was almost complete remission of ARFID symptoms, cutting off its interference in the patient's functionality and eating behaviors. This improvement allowed a better approach to AN treatment, which had not been successful before. Other diagnoses were considered during an extensive evaluation, and treatment of depressive and anxiety symptoms was also initiated.

Discussion: an adequate assessment of dietary history throughout life is essential in people presenting with eating disorders. It is important to keep in mind that patients with eating disorders present not only psychiatric and non-psychiatric comorbidities, but also within the spectrum of eating behavior. Protocols must be created to investigate these aspects adequately and prioritize those with the greatest interference for treatment planning. Treatment planning at a specialized center in such cases benefits from interdisciplinary discussion and prioritization of techniques and exposures to be conducted.

Conclusion: ARFID in childhood could progress into or complicate with the development of AN or other eating disorders, long-term studies are needed to further understand that relationship.

References:

1. Kambanis, P. E., & Thomas, J. J. (2023). Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current psychiatry reports*, 25(2), 53–64. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01404-6>
2. Lane-Loney, S.E., et al. (2022). A Cognitive-Behavioral Family-Based Protocol for the Primary Presentations of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Case Examples and Clinical Research Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 318-334. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.010>

[Sobrecarga del cuidador de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de discapacidad intelectual.](#)

Autores:

Jeimmy Paola Penagos Pinto, Germán Puerta Baptiste, y José Daniel Toledo Arenas.
Universidad El Bosque, Colombia

Resumen

Los cuidadores de niños y adolescentes con discapacidad intelectual son una población vulnerable que requiere de atención e intervención, tienen gran importancia en los resultados que se obtienen de las intervenciones dirigidas a esa población, por lo cual deben convertirse en blanco de estrategias y medidas que garanticen la consecución y mantenimiento de su bienestar físico, mental y social. En estudios realizados a lo largo del tiempo, se reporta que el síndrome del cuidador impacta negativamente en los resultados obtenidos de intervenciones a los niños y adolescentes con discapacidad; por esta razón, al caracterizar y medir la sobrecarga en esta población, podrían generarse conclusiones que sean la puerta de entrada a nuevas investigaciones que busquen impactar en la salud y bienestar de los cuidadores. Este estudio tiene como población a los cuidadores de los niños y adolescentes con discapacidad de una institución clínica de Bogotá, se encuentra en fase final de recolección y análisis de datos. Se espera mostrar sus resultados y extrapolarlos a la población capitalina.

Bibliografía:

1. Psiquiatría AA de. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. In: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5th ed. Washington, DC; 2014. p. 492.
2. Lima-Rodríguez JS, Baena-Ariza MT, Domínguez-Sánchez I, Lima-Serrano M. Intellectual disability in children and teenagers: Influence on family and family health. Systematic review. *Enfermería Clínica*



(English Ed [Internet]. 2018;28(2):89–102. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2017.10.007>
Ramachandran A, Vyas N, Pothiyil DI. Stress among the caregivers of mentally disabled children visiting a rehabilitation centre in Chennai, Tamil Nadu – A cross-sectional study. *Clin Epidemiol Glob Heal* [Internet]. 2020;8(4):1155–7. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2005680717&from=export>

3. Ramasubramanian V, Chellamuthu R, Selvikumari R, Pandian PRS, Gopi R. Caregiver burden in children with intellectual disability: Does special school education help? *Ind Psychiatry J*. 2019;28(2):176–84.
4. Kim J, Kim H, Park S, Yoo J, Gelegjamts D. Mediating effects of family functioning on the relationship between care burden and family quality of life of caregivers of children with intellectual disabilities in Mongolia. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021 Mar;34(2):507–15.

Relación existente entre la conducta autolesiva no suicida y los trastornos mentales en adolescentes

Autores:

Katty Vélez Ascanio Juan Sebastián García, y Daniel Toledo.
Universidad El Bosque, Colombia

Resumen

La adolescencia es una etapa crítica caracterizada por intensos cambios fisiológicos y psicológicos que pueden incrementar el estrés y provocar desajustes psicológicos. Entre las manifestaciones de estos desajustes, las autolesiones no suicidas (ANS) se presentan como una preocupación creciente, especialmente entre los 11 y 17 años. Este estudio se enfoca en explorar la prevalencia de las ANS en adolescentes y su relación con los trastornos mentales más prevalentes, contribuyendo a la comprensión de estas conductas y su impacto en la salud pública. Se realizó un estudio de corte transversal con adolescentes, aplicando la Escala de Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detectar la presencia de conductas autolesivas y evaluar su asociación con trastornos mentales. Esta metodología permitió una recolección de datos eficiente y de bajo costo, ofreciendo una perspectiva preliminar sobre la prevalencia y características de las ANS en la población estudiada.

Bibliografía:

1. Ospina Gutiérrez ML, Ulloa Rodríguez MF, Ruiz Moreno LM. Non-suicidal self-injuries in adolescents: Prevention and detection in primary care. *Semergen*. 2019 Nov 1;45(8):546–51.
2. Del Brío Ibáñez P, Vázquez Fernández ME, Roncero CI. Adolescent with non-suicidal self-harm in a psychosocial adversity environment. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(5):E485–8.
3. Rodríguez IB, Martín MVA, Anta L, Quintero J. Diagnostic and treatment protocol for self-injury in adolescents. *Medicine (Spain)*. 2022 Sep 1;13(61):3627–30.
4. García-Mijares JF, Alejo-Galarza G de J, Mayorga-Colunga SR, Guerrero-Herrera LF, Ramírez-García Luna JL. Validación al español del Self-Harm Questionnaire para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*. 2015;38(4):287–92.



Exposición a violencias y conducta suicida en población pediátrica: revisión sistemática exploratoria.

Autoras:

Sandra Elizabeth Piñeros Ortiz, Zulma Consuelo Urrego Mendoza, Daisy Mariana Moreno Martínez Grupo de Investigación Violencia y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Resumen

Introducción: actualmente, el conocimiento disponible acerca de la conducta suicida en población pediátrica expuesta a violencias se encuentra disperso, por lo que se requiere una aproximación sistemática que permita valorar de manera crítica la literatura publicada.

Objetivo: describir el alcance y la naturaleza de la literatura publicada en el período 2010-2020 sobre la exposición a violencias y su relación con la conducta suicida en población pediátrica.

Metodología: revisión sistemática exploratoria efectuada en las bases de datos JSTORE, Lilacs, PubMed y Scielo, con palabras claves reconocidas como descriptores del área de la salud en español, inglés y portugués. Se incluyeron artículos científicos de cualquier localización geográfica, con población de niñas, niños y adolescentes, de 6 a 19 años, cuya calidad metodológica se valoró con instrumento "Mixed Methods Appraisal Tools"

Resultados: se recuperaron 1578 documentos y se seleccionaron para revisión a texto completo un total de 31. Predominaron los estudios basados en referentes teórico - conceptuales biomédicos en lo referente al campo de argumentación, y en referentes de la epidemiología moderna en lo referente al diseño metodológico. Estos enfoques privilegian realidades biológicas, usualmente descontextualizadas de aspectos psicológicos y sociales potencialmente determinantes.

Conclusión: este estudio ilustra las relaciones entre exposición a violencias, ideación e intentos suicidas en población infantil y adolescente; las cuales se entrelazan de manera dinámica e involucran aspectos biológicos, psicológicos y sociales, mediante enfoques interseccionales que permitan visibilizar el efecto acumulativo de desventajas atribuibles a la discapacidad, la etnia, la clase social, el sexo y el género, entre otros, sobre la conducta suicida. Además, es necesario investigar el fenómeno en población con edades por debajo de los siete años.

Bibliografía:

1. Baldwin, J., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafò, M. & Pingault, JB. (2023). Childhood Maltreatment and Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quasi-Experimental Studies. *The American journal of psychiatry*, 180(2), 117–126. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220174>
2. Buriticá, I.T., del Mar Arango, M., Vélez, I., Estrada, S., Sierra-Hincapié, G., & Restrepo, D. (2021). Factores asociados con el comportamiento suicida en adolescentes. Estudio poblacional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 75(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.005>
3. Cay, M., Gonzalez-Heydrich, J., Teicher, M.H., van der Heijden, H., Ongur, D., Shinn, M., & Upadhyay, J. (2022). Childhood maltreatment and its role in the development of pain and psychopathology. *The Lancet. Child & adolescent health*, 6(3), 195–206. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00339-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00339-4)
4. Gómez-Tabares, A. S. (2021). Perspectivas de estudio sobre el comportamiento suicida en niños y adolescentes: una revisión sistemática de la literatura utilizando la teoría de grafos. *Psicología desde el Caribe*, 38(3), 408-451. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.3.362.28>



Eficacia de tratamientos farmacológicos con antipsicóticos para trastornos psicóticos en pacientes de 2 a 17 años de edad con trastornos del espectro autista: revisión sistemática y meta-análisis.

Autora:

Leisly Tatiana Oviedo Gómez. Fellow de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes. Universidad El Bosque, Colombia

Resumen

El trastorno del espectro autista es una patología del neurodesarrollo asociada a múltiples comorbilidades, principalmente al trastorno psicótico. Existe escasa información actualizada en los últimos años que evidencien el tratamiento más eficaz para las alteraciones sensoroperceptivas y/o psicosis en menores con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Sin embargo, en los últimos años, la investigación en el campo del TEA ha seguido avanzando, y se han evaluado varios tratamientos farmacológicos para abordar síntomas específicos (ansiedad, depresión, entre otros).

Buscando aclarar este vacío se realiza una revisión sistemática y un posible metaanálisis. Un autor buscará e incluirá los estudios con análisis de riesgo de sesgo y extracción de datos. Se limitará la búsqueda a los últimos 5 años, a menores de edad, a estudios de casos clínicos, metaanálisis, ensayo controlado aleatorizado, revisión sistemática. En las bases de datos Medline-PubMed, Cochrane Library, Lilacs, EMBASE. Mesh: Después de la selección y la extracción de los datos se realiza en un único formato de Excel, y así se analizan los datos, en el programa Epidat. Si la información lo permite, se generará un metaanálisis.

Palabras clave: Autismo, esquizofrenia, psicosis, tratamiento, farmacológico, antipsicótico.

Bibliografía:

1. Autismo [Internet]. [cited 2023 Sep 28]. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200009
2. Enríquez-Sánchez H, Ochoa-Madrugal OMG, Enríquez-Sánchez H, Ochoa-Madrugal MG. Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Revista de la Facultad de Medicina (México) [Internet]. 2019 Jul 25 [cited 2023 Oct 1];62(4):9–23. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422019000400009&lng=es&nrm=so&tlng=es
3. Cochran DM, Dvir Y, Frazier JA. "Autism-plus" Spectrum Disorders: Intersection with Psychosis and the Schizophrenia Spectrum. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2013 Oct 1;22(4):609–27.

Uso de recursos en el hospital psiquiátrico: un determinante social para la salud mental de niños y adolescentes.

Autores:

Alexie Vallejo Silva, Paola Pacheco Tochoy, y Jonathan Irreño Sotomonte. Clínica Nuestra Señora de La Paz. Bogotá, Colombia

Resumen

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son muchos los factores que afectan a la salud mental de los niños y adolescentes. A mayor exposición a factores de riesgo a los que estén expuestos, mayor serán los efectos para su salud mental.

La adolescencia trae consigo diferentes problemáticas psicosociales relacionadas con la exposición a la adversidad, el establecimiento inadecuado de pautas de crianza, la presión y búsqueda de aceptación



Sección III. Trabajos Libres. Modalidad de poster

social y la exploración de su propia identidad. Los eventos relacionados con pandemia por COVID-19 han generado un impacto sobre la presentación de nuevos diagnósticos de trastornos mentales en esta población. Debido a todas las condiciones que debieron afrontar, se ha observado a nivel global un incremento en la demanda de recursos en salud mental en niños y adolescentes.

La presente publicación de poster analizará el uso de recursos asistenciales en un hospital psiquiátrico para la población de niños y adolescentes en los últimos 5 años, identificando variables clínicas y administrativas que funcionan como determinante social para la atención de patologías mentales pediátricas. Se analizan problemáticas psicosociales y de salud pública relacionadas con el incremento en la demanda de consultas en psiquiatría infantil; lo que permitirá reconocer las principales causas de morbilidad, el perfil poblacional y la geolocalización de una cohorte de más de 9.000 pacientes pediátricos que recibieron atención en salud mental en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, en los servicios de urgencias y hospitalización entre 2019 y 2023.

Bibliografía:

1. ASI VAMOS EN SALUD. (2021, 28 de abril). Otra pandemia detrás del Covid-19: la salud mental. [En línea] <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-de-interes/otra-pandemia-detras-del-covid-19-la-salud-mental>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Salud Mental en Colombia. Un análisis de los efectos de la pandemia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>
3. Turan, B., & Akinci, M. A. (2023). Changing Trends of Diagnoses in a Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic Before and During COVID-19: An Analysis of Registered Data. *Psychiatria Danubina*, 35(1), 92–96

[Intervenciones basadas en inteligencia artificial para el manejo de Autismo: ¿Ayudan las nuevas tecnologías en el manejo de esta población o entorpecen el manejo?](#)

Autores:

Juan Camilo Cala Erazo. Fellow de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Universidad Javeriana, Colombia

Marta Catalina Miranda Fernández. Fellow de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Universidad Javeriana, Colombia

Liliana Patricia Betancourt Mahecha. Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Instituto Roosevelt- Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia

Resumen

Introducción: la inteligencia artificial (IA) es un término amplio que describe el uso de algoritmos y software de aprendizaje basado en máquinas. El aprendizaje automático (del inglés Machine Learning - ML) es una rama específica de la IA, que permite que un sistema aprenda y mejore de forma autónoma mediante redes neuronales y aprendizaje profundo, sin tener que ser programado explícitamente para esto, a través del ingreso de grandes cantidades de datos. En otras palabras, la "maquina aprende" a medida que acumula y analiza datos y patrones¹.

Un enfoque de ML, útil a la hora de explorar patrones no lineales complejos, implica redes neuronales convolucionales (CNN). Las CNN aplican una operación matemática especial llamada convolución a través de pasos acumulativos para realizar tareas especializadas como el procesamiento de imágenes. Las



soluciones de procesamiento del lenguaje natural (PNL) que utilizan ML también están siendo pioneras para ayudar a las computadoras a comprender, categorizar y extraer información de conjuntos de datos en lenguaje natural².

En el campo de la medicina, la IA se ha mostrado prometedora para ayudar con una amplia gama de tareas clínicas, incluida la predicción de riesgos, el diagnóstico, mejorar la toma de decisiones, en los tratamientos y en el seguimiento. Las soluciones de PNL, por ejemplo, han demostrado ser extremadamente útiles para ayudar a los médicos a aprovechar de manera más eficiente las grandes cantidades de datos recopilados en las historias clínicas. La PNL "lee" las historias, intentando comprender palabras y frases médicas dentro del contexto específico determinado³.

Las aplicaciones que funcionan por medio de IA pueden ayudar a reducir los potenciales retrasos en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales graves, como el trastorno del espectro autista (TEA)⁴. Recientemente la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) aprobó el programa Canvas Dx, el cual está basado en inteligencia artificial y por medio del uso de datos del proveedor de atención médica, del cuidador y un análisis de videos ayuda a los médicos a diagnosticar o descartar rápidamente el TEA en niños con signos de alarma⁵. Esto puede usarse en atención primaria, permitiendo un abordaje más temprano y disminuyendo las barreras para una atención oportuna de los pacientes⁴.

Las intervenciones tecnológicas pueden motivar el aprendizaje de niños con TEA⁶. Sin embargo, por las mismas características de este trastorno, los niños pueden estar en riesgo de darle a estas tecnologías un sobre uso o un uso inadecuado⁶.

Metodología: tomando en cuenta lo anterior, planteamos la necesidad de buscar información actualizada sobre los beneficios y las posibles desventajas que trae el uso de estas nuevas tecnologías en el ámbito de la psiquiatría infantil, principalmente en los pacientes con TEA, por lo que se realizó una búsqueda en la literatura de manera libre y se presentan los principales hallazgos a manera de revisión de la literatura.

Las búsquedas fueron realizadas en la base de datos PUBMED, usando en la primera de ellas los términos "Autistic Disorder"[Mesh] AND "Artificial Intelligence"[Mesh]" con filtro de menores de 18 años (137 resultados); una segunda búsqueda con los términos "(autism[Title/Abstract]) AND (Artificial Intelligence[Title/Abstract]) (que dio 171 resultados); y una tercera búsqueda con los términos "technology use risks autism" con filtro para menores de 18 años (131 resultados). De todas las búsquedas se seleccionaron 20 artículos.

Objetivos:

- Brindar información actualizada sobre el uso de IA para el diagnóstico y tratamiento de niños con TEA.
- Hacer un análisis crítico de la literatura más actualizada en cuanto a los riesgos del uso de la IA en el abordaje de los pacientes con TEA.
- Sopesar los riesgos y los beneficios de estas tecnologías, para poder encontrar un punto medio, y así poder darles un uso racional.

Resultados:

¿Cuáles herramientas de inteligencia artificial han mostrado ser beneficiosas para el manejo del TEA?

Diagnóstico de TEA con IA

En el campo diagnóstico el uso de IA se ha empleado para diagnosticar de manera pronta y reducir barreras de acceso. Entre los ejemplos de algoritmos de Machine Learning utilizados en autismo tenemos



Sección III. Trabajos Libres. Modalidad de poster

el Support Vector Machine (SVM) para clasificación, K-Nearest Neighbours (KNN) para reconocimiento de patrones y los árboles de decisión para el análisis de datos, mientras que el Deep Learning emplea distintas redes neuronales como las convolucionales (CNN), las recurrentes (RNN) y las Long Short-Term Memory (LSTM). Los modelos de IA entrenados con estos algoritmos pueden reconocer patrones indicativos de rasgos de autismo o anomalías neurológicas de manera efectiva, identificando matices conductuales sutiles, conexiones cerebrales atípicas e incluso activaciones neuronales que pueden servir como biomarcadores para el TEA⁷.

El Deep Learning es un tipo de aprendizaje automático basado en entrenamiento de redes neuronales para aprender representaciones de los datos. En el autismo, los modelos de DL son muy eficaces para tareas que requieren trabajo con conjuntos de datos grandes y de alta dimensión. Las CNN son muy eficaces para desempeñar tareas que impliquen el reconocimiento de imágenes y lo hacen mediante la extracción de sus características a través de capas convolucionales, lo que las hace ideales para el análisis de expresiones faciales y de datos tomados por Resonancia magnética funcional a nivel cerebral (RMf). Por otra parte, las RNN están diseñadas para manejar secuencias de datos y son útiles para manejar datos obtenidos de series de tiempo, como es el caso del análisis de EEG, en donde el orden temporal de los datos es crucial. Las redes LSTM son una forma especializada de RNN diseñada para manejar datos a largo plazo y son adecuadas para realizar tareas que tienen patrones temporales complejos⁷.

El uso de la IA requiere su entrenamiento a través de la recolección de datos que registren diferentes aspectos observados en los comportamientos y patrones neurológicos de los pacientes con autismo. Existen sistemas de seguimiento ocular que registran la trayectoria de la mirada durante la realización de tareas con estímulos visuales, así como herramientas de análisis de la expresión facial y el movimiento que extraen información de las emociones y las habilidades motoras a través de grabaciones en video. Las neuroimágenes obtenidas mediante RMf permiten analizar características estructurales y funcionales del cerebro, mientras que los electroencefalogramas (EEG) registran la actividad eléctrica neuronal en forma de patrones de ondas cerebrales. La recopilación de todos estos datos es sometida a una fase de pre procesamiento, con el fin de mejorar su calidad y garantizar la compatibilidad entre ellos para un análisis posterior⁷.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo se han implementado diferentes herramientas de IA:

Los datos obtenidos a partir de EEG de niños con autismo se han utilizado para el entrenamiento de redes neuronales que puedan predecir el riesgo de autismo. La actividad eléctrica registrada en estos estudios se transforma en potenciales espectrales, lo que permite el análisis de los patrones eléctricos y la forma como se sincronizan entre las diferentes regiones cerebrales. La IA facilita la extracción de eventos potenciales relacionados (ERP) y las respuestas cerebrales bloqueadas en el tiempo con los estímulos durante este estudio, brindando información sobre procesos cognitivos como la atención y la memoria. Estas técnicas de extracción convierten la información obtenida en datos que manejan un formato que los algoritmos de IA pueden analizar eficazmente. Sin embargo, estos estudios son susceptibles al ruido ambiental y a diferencias individuales de cada paciente lo que podría limitar su aplicación⁸.

La RMf es un método no invasivo que permite visualizar el cerebro a través de imágenes de la actividad neuronal en tiempo real mientras el paciente realiza actividades cognitivas supervisadas y su principio se basa en observar las interacciones dentro del cerebro y como se relaciona con los cambios en el flujo sanguíneo cerebral. Durante la toma del examen, se pide al paciente que realice tareas específicas de cada proceso cognitivo de interés; siendo la cognición social, la comunicación y el procesamiento sensorial el caso del autismo. Durante el reposo también permite a los investigadores ver patrones de conexión cerebral sin la imposición de tareas para estudiar la actividad neuronal espontánea en el cerebro. Con



la información obtenida, se procede a entrenar algoritmos de ML con el fin de que aprendan patrones y logren realizar predicciones con base en estos, ayudando en la detección temprana del TEA⁹. Este uso de imágenes de RMf y ML, por la técnica en sí, requiere de ambientes calmados y tranquilos y colaboración de los pacientes lo cual puede ser difícil de lograr para los niños con TEA, pudiendo obtener imágenes de poca calidad por el movimiento durante la toma de la resonancia cerebral⁸.

Los datos obtenidos de la mirada como su fijación y duración, así como la expresión facial son características esenciales que proporcionan información sobre el paciente con autismo. Las técnicas de IA logran detectar micro expresiones, que son movimientos de los músculos faciales sutiles y rápidos, y que podrían transmitir emociones matizadas que no son fácilmente reconocidas por el ojo humano. De manera similar, la evaluación de las habilidades motoras muestra características como la precisión del movimiento y las métricas de coordinación, proporcionando información sobre la capacidad física de un paciente al realizar tareas. Los algoritmos de IA son capaces de extraer parámetros biomecánicos como ángulos y fuerzas de las articulaciones, lo que proporciona una comprensión más profunda de la mecánica del movimiento y su impacto en el rendimiento de tareas motoras finas y gruesas⁷.

Se puede realizar la fusión de datos a nivel multimodal, integrando datos obtenidos de la mirada, las expresiones faciales, las habilidades motoras y los datos obtenidos de la RMf y los del EEG, mejorando la comprensión de interacciones complejas entre aspectos conductuales y neurológicos de los pacientes con autismo. Existen técnicas de IA como el DL que se pueden emplear para manejar la complejidad de los datos multimodales⁷.

A pesar de lo anterior, la única herramienta para el diagnóstico del TEA aprobada por la FDA es Canvas Dx, la cual ayuda a diagnosticar o descartar TEA⁵. Se cree que disminuye el sesgo diagnóstico el cual es mayor en hispanos, raza negra y sexo femenino quienes son diagnosticados más tardíamente. También puede llegar a disminuir las barreras de acceso a nivel geográfico o como resultado del cubrimiento insuficiente de los servicios de salud, lo que mejoraría el diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento. En EEUU, la edad promedio de diagnóstico de autismo son los 4 años, cuando se puede diagnosticar desde los 18 meses¹.

Tratamiento con IA para TEA

En cuanto al tratamiento se han usado diferentes modelos que apoyan las terapias más tradicionales de los niños con TEA.

Los chatbots sociales funcionan mediante modelos de procesamiento del lenguaje, por lo cual se usan en pacientes con TEA quienes tienden a preferir la interacción con bots por la dificultad que tienen al interactuar con otras personas, la susceptibilidad a sentirse juzgados en sociedad y la ansiedad secundaria a ello. Se considera que son útiles para practicar situaciones que pongan a prueba sus habilidades sociales y las puedan mejorar¹⁰.

La tecnología basada en realidad extendida (XR en inglés) se usa en TEA mediante el uso del registro visual y de inteligencia artificial para crear interacciones. Se crean ambientes virtuales para trabajar los síntomas centrales de los pacientes con TEA. La realidad virtual simula el mundo real incorporando experiencias reales (feedback táctil y auditivo) y su ventaja teórica radica en poder brindar entrenamiento personalizado basado en fortalezas y debilidades de cada paciente de manera individual para adaptarse gradualmente a situaciones en la vida real. La realidad aumentada es un ambiente virtual en el mundo real que permite la interacción del usuario y su entorno, es controlable por lo que permite que los niños filtren los factores irrelevantes del ambiente y se concentren en lo que deben aprender, sin embargo, este no permite la interacción con objetos virtuales por su proyección es holográfica, por lo tanto, no es realista. La realidad mixta consiste en crear un nuevo ambiente visual que combina elementos reales y virtuales en



él, permitiendo su interacción con objetos físicos y digitales al tiempo, este es el escenario ideal para crear un sentido completo de inmersión y se cree es el que más podría ayudar a los pacientes, sin embargo, se necesita más investigación en esta área y más recursos al ser muy costoso desarrollarla¹¹.

Los robots de asistencia terapéutica (por ejemplo, Nao, Kaspar) son dispositivos manejados con inteligencia artificial que ayudan a los niños con autismo a desarrollar habilidades sociales mediante la imitación, la capacidad de tomar turnos y el mantenerse entretenidos en las tareas asignadas. Se ha observado que se desempeñan mejor con el uso de robots que con un terapeuta, al mostrar mejoría en el lenguaje espontáneo durante las sesiones. Como ventajas tenemos que hacen posible el juego, su expresión es neutral, su conducta puede ser variada de una manera controlada, tienen la posibilidad de ser personalizados y funcionan bajo el principio de acción y reacción¹².

La inteligencia artificial en el manejo del TEA permite la monitorización de los síntomas y sus cambios, la respuesta al tratamiento, la adherencia a los medicamentos y el diagnóstico temprano.¹²

¿Qué elementos podrían hacer que estas herramientas de inteligencia artificial entorpecieran el manejo de pacientes con TEA?

Los niños con TEA pasan una mayor proporción de su tiempo libre con pantallas, en comparación con niños neurotípicos: pasan aproximadamente 4,5 horas frente a pantallas y juegan videojuegos en promedio una hora más que niños neurotípicos⁶. Adicionalmente, desde la pandemia, el tiempo en pantallas ha aumentado, especialmente para niños con TEA (73,8% vs 58,6% en neurotípicos)¹³. Lo cual es muy relevante, ya que los niños con más uso de pantallas tienen menos comportamientos externalizantes¹³. Esto coincide con que en niños nacidos durante la pandemia por COVID 19, se ha visto un aumento en el retraso en el desarrollo del lenguaje¹⁴. Adicionalmente, en niños con TEA, el manejo que le dan al uso de las pantallas está menos dedicado al uso de redes sociales: más de la mitad de los niños con TEA nunca ha jugado en línea con otra persona y solo el 15% se comunica con compañeros de manera semanal⁶. Además, solo el 13 % reporta usar redes sociales para propósitos sociales, y de éstos que reporta usar redes son en su mayoría mujeres hispanicas y con mayores capacidades cognitivas⁶. El mayor uso de pantallas se ha asociado a no poder alcanzar bienestar psicológico¹⁵. Se cree que esto se debe en cierta medida a que las pantallas aumentan el sedentarismo¹⁵. Esto es relevante, ya que los niños con TEA tienen mayor tendencia a la obesidad que los niños neurotípicos⁶. En adolescentes el bienestar emocional disminuye cuando hay más de una hora diaria de uso de pantallas y el bienestar psicológico no se alcanza si excede más de 2 horas al día¹⁵. También se ha visto que el uso de pantallas una hora antes de dormir disminuye la calidad de sueño¹⁶. Esto último se ha asociado en niños a irritabilidad, regular rendimiento académico y somnolencia diurna, así como un empeoramiento de los hábitos alimenticios¹⁶. Los niños con TEA tienen una peor calidad de sueño de base: duermen menos, tienen mayor latencia del sueño y menos sueño reparador⁶. Por esta razón se hace muy importante el cuidado de la higiene del sueño. El uso de pantallas puede darse en diferentes contextos:

- **Uso problemático del internet:** Se hipotetiza que los individuos con dificultades para la identificación y expresión de las emociones, lo cual ocurre frecuentemente en el TEA, usan el internet como mecanismo de defensa. Esto se explica en la medida que éste ofrece un medio en el que la comunicación puede ser manejada, sin tener que exponerse a encuentros cara a cara¹⁷. Esto se sustenta en la medida que, aproximadamente un 50% de los pacientes con TEA presentan alexitimia (dificultad para reconocer y distinguir entre diferentes emociones y sensaciones corporales; así como dificultades para expresar sus emociones)¹⁸; y la alexitimia se ha asociado al uso problemático de internet¹⁷. Como consecuencia del uso problemático de internet, se aumentan las dificultades para el manejo de emociones en interacciones sociales con el mundo real, apareciendo como un mecanismo de defensa mala-adaptativo que puede llegar a disminuir la identificación de sensaciones corporales internas, lo cual reduce mecanismos



de regulación de emociones y manejo efectivo de estrés, ya que las sensaciones corporales aportan información relevante para responder a estados emocionales ¹⁷.

- **Uso de redes sociales:** la interacción virtual con otras personas puede poner a las personas con TEA en riesgo de ser engañados, ya que suelen ser ingenuos y caer en estafas ⁶. En este contexto los niños con TEA presentan también mayor riesgo de ser víctimas de cyber-bullying ⁶. Sin embargo, hay algunos artículos que apoyan el uso de redes sociales como una manera para interactuar más socialmente y mejorar la funcionalidad en niños con TEA específicamente ¹⁹.
- **Uso de dispositivos móviles:** el uso problemático del celular ha aumentado en adolescentes en los últimos años y de manera más prevalente en las niñas. Esto se ha asociado a mayor prevalencia de ansiedad, insomnio y peor rendimiento escolar ²⁰.

Discusión: como se puede ver en este artículo, el uso de IA es un fenómeno que cada vez va tomando más fuerza en las distintas áreas de la salud, la medicina y la psiquiatría infantil no son la excepción. Situaciones como la falta de profesionales entrenados, las dificultades para el acceso a consulta con especialistas y la premura de valoraciones prioritarias crean la necesidad de buscar nuevas tecnologías y herramientas para optimizar tanto el diagnóstico, como el tratamiento de los pacientes que requieren una atención especializada.

En cuanto al abordaje diagnóstico el uso de IA puede facilitar el procesamiento de grandes cantidades de datos tanto semiológicos, paraclínicos, así como funcionales, permitiendo así la confirmación del diagnóstico o descartando que exista un TEA. Por otro lado, al lograr abordar grandes cantidades de datos permite la atención de un mayor número de pacientes en menor tiempo, aunque no deja de preocupar que el uso indiscriminado de estas herramientas diagnósticas pueda generar falsos positivos o que su uso excesivo sin supervisión genere una limitación para una valoración de medicina especializada en los casos que sea requerido.

Con respecto al tratamiento, se ha visto que la integración de IA en las terapias que han dado resultados más rápidos, abre la posibilidad de entrenar a los pacientes de manera diferente en escenarios que de otra forma no sería posible e incluso en algunos casos, pueden representar una manera más cómoda para el paciente y para la familia.

Los niños con TEA pueden aprender de una manera más eficiente a partir de diferentes tecnologías ⁶. Sin embargo, el uso excesivo puede generar sedentarismo, problemas de sueño, obesidad, riesgos de ser más fácilmente estafados en la interacción con otras personas en línea, así como empeorar la identificación de emociones internas y perpetuar las dificultades en la comunicación interpersonal ⁶. Por esta razón es importante regular el uso de estas tecnologías ⁶. Los tiempos que recomienda la Academia Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, consisten en que niños menores de 2 años no deben usar pantallas, niños entre 2 y 5 años deben usar pantallas menos de 1 hora al día y posteriormente no más de 2 horas al día ⁶. Para lograr esto se recomienda en niños con TEA cronometrar las horas de uso de los dispositivos e incluso programarlos para que se apaguen automáticamente, así como usar aplicaciones que estimulen la comunicación interpersonal y la actividad física, tener medidas diferentes a las pantallas para calmar al niño y educar a los niños con TEA sobre los posibles riesgos de matoneo y estafas a los que están expuestos al usar estas tecnologías ⁶.

Es claro que el uso de IA es reciente en medicina, y más aún, en el campo de los trastornos del neurodesarrollo, sin embargo, a pesar de los desafíos éticos y los vacíos legales existentes, no hay que negar las grandes ventajas que la adecuada implementación de estas nuevas tecnologías puedan traer tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de manera integral de los pacientes. Es por esto que la investigación en este campo debe incentivarse y promoverse por parte de las autoridades sanitarias y desde los diferentes actores involucrados en la formación médica.



Conclusiones: el diagnóstico de condiciones complejas, como el TEA, es uno de los campos en los que más se está usando la IA, pues facilita el procesamiento de grandes cantidades de datos tanto semiológicos, paraclínicos y funcionales permitiendo así la confirmación del diagnóstico. El manejo de manera rápida de grandes cantidades de datos permite la atención de un mayor número de pacientes en menor tiempo, aunque no deja de preocupar que el uso indiscriminado de estas herramientas diagnósticas puedan generar falsos positivos, que su uso excesivo y sin supervisión genere una limitación para una valoración de medicina especializada y, por otro lado, surge la preocupación sobre la seguridad de los datos usados para el entrenamiento de estas IAs.

En cuanto al tratamiento, se ha visto como la integración de IA en las terapias permite que los pacientes con TEA tengan resultados más rápidos, abre la posibilidad de entrenar a los pacientes de manera diferente en escenarios que de otra forma no sería posible e incluso, en algunos casos, de una manera más cómoda para el paciente y para la familia. Sin embargo, el uso excesivo puede promover el sedentarismo, los problemas de sueño, la obesidad y expone a los menores a riesgos asociados al internet, como las estafas en línea, Por lo que se deben tener en cuenta ciertas estrategias y reglas en el uso de estos dispositivos.

Bibliografía:

1. Bhargava, H. *et al.* Promises, Pitfalls, and Clinical Applications of Artificial Intelligence in Pediatrics. *J Med Internet Res* **26**, (2024).
2. Chang, A. C. *Intelligence-Based Medicine: Artificial Intelligence and Human Cognition in Clinical Medicine and Healthcare. Intelligence-Based Medicine: Artificial Intelligence and Human Cognition in Clinical Medicine and Healthcare* (2020).
3. Topol, E. J. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine* vol. 25 Preprint at <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7> (2019).
4. Megerian, J. T. *et al.* Evaluation of an artificial intelligence-based medical device for diagnosis of autism spectrum disorder. *NPJ Digit Med* **5**, (2022).
5. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-diagnostic-aid-autism-spectrum-disorder>.
6. Gwynette, M. F., Sidhu, S. S. & Ceranoglu, T. A. Electronic Screen Media Use in Youth With Autism Spectrum Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* vol. 27 203–219 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.013> (2018).
7. Pandya, S., Jain, S. & Verma, J. A comprehensive analysis towards exploring the promises of AI-related approaches in autism research. *Computers in Biology and Medicine* vol. 168 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2023.107801> (2024).
8. Tang, H. *et al.* Artificial intelligence and bioinformatics analyze markers of children's transcriptional genome to predict autism spectrum disorder. *Front Neurol* **14**, (2023).
9. Giansanti, D. An Umbrella Review of the Fusion of fMRI and AI in Autism. *Diagnostics* vol. 13 Preprint at <https://doi.org/10.3390/diagnostics13233552> (2023).
10. Franze, A., Galanis, C. R. & King, D. L. Social chatbot use (e.g., ChatGPT) among individuals with social deficits: Risks and opportunities. *J Behav Addict* **12**, 871–872 (2023).
11. Zhao, W. *et al.* The Application of Extended Reality in Treating Children with Autism Spectrum Disorder. *Neuroscience Bulletin* Preprint at <https://doi.org/10.1007/s12264-024-01190-6> (2024).



12. Sun, J. *et al.* Artificial intelligence in psychiatry research, diagnosis, and therapy. *Asian Journal of Psychiatry* vol. 87 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103705> (2023).
13. Kwon, S., Armstrong, B., Wetoska, N. & Capan, S. Screen Time, Sociodemographic Factors, and Psychological Well-Being among Young Children. *JAMA Netw Open* E2354488 (2024) doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.54488.
14. Hessami, K. *et al.* COVID-19 Pandemic and Infant Neurodevelopmental Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open* vol. 5 E2238941 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.38941> (2022).
15. Basterra-Gortari, V. *et al.* Daily time spent on screens and psychological well-being: Cross-sectional association within the SUN cohort. *Prev Med (Baltim)* **181**, (2024).
16. Zerón-Rugério, M. F., Santamaría-Orleans, A. & Izquierdo-Pulido, M. Late bedtime combined with more screen time before bed increases the risk of obesity and lowers diet quality in Spanish children. *Appetite* **196**, (2024).
17. Di Carlo, F. *et al.* Connected minds in disconnected bodies: Exploring the role of interoceptive sensibility and alexithymia in problematic use of the internet. *Compr Psychiatry* **129**, (2024).
18. Kinnaird, E., Stewart, C. & Tchanturia, K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* vol. 55 80–89 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004> (2019).
19. Gabarron, E., Skafle, I., Nordahl-Hansen, A. & Wynn, R. Social media interventions for autistic individuals: Systematic review. *Frontiers in Psychiatry* vol. 14 Preprint at <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1089452> (2023).
20. Sohn, S., Rees, P., Wildridge, B., Kalk, N. J. & Carter, B. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry* vol. 19 Preprint at <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2350-x> (2019).



Sección IV.

Curso a la comunidad y Recomendaciones para padres

Abordaje integral de la salud mental en medios educativos

Autoras:

Paola Ramírez. Fellow de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Universidad Javeriana, Colombia

Cristina Suárez. Fellow Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Universidad Javeriana, Colombia

Laura Ospina-Pinillos-Psiquiatra de Niños y de Adolescentes. Universidad Javeriana, Colombia

- Las intervenciones escolares pueden lograr cambios en el comportamiento de los estudiantes que perduran en el tiempo y tienen un impacto positivo notable en la educación y la salud (1,2).
- En Colombia el derecho a la salud mental en los niños, niñas y adolescentes está garantizado por la ley 1616 del 2013 (Ley Nacional de Salud Mental) (3)
- En los colegios se deben llevar a cabo actividades dirigidas a la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y el seguimiento de estas actividades (4). En cada una de las actividades mencionadas están involucrados distintos actores, entre los que se encuentran los padres de familia, cuya función es participar en las actividades que desarrolle el colegio, participar en la alianza familia - colegio, trabajar y conversar con sus hijos, atender las orientaciones del colegio, solicitar los apoyos indicados y denunciar en los casos que sea necesario (4).
- Existen herramientas dirigidas a brindar información o ayuda sobre salud mental, por ejemplo:
 - Mental Punto de Apoyo: <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/>
 - Mentees Colectivas: <https://www.javeriana.edu.co/mentescolectivas/>

Bibliografía:

1. Fazel M, Hoagwood K, Stephan S, Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*. octubre de 2014;1(5):377-87.
2. Mukamana O, Johri M. What is known about school-based interventions for health promotion and their impact in developing countries? A scoping review of the literature. *Health Educ Res*. 2016;31(5):587-602.
3. Congreso Nacional de Colombia. Ley de Salud Mental. Ley 1616 del 2013 [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
4. Ministerio de Educación Nacional. Protocolos Para El Abordaje Pedagógico de Situaciones de Riesgo En El Marco de La Ruta de Atención Integral Para La Convivencia Escolar. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.colombiaaprende.edu.co/sites/default/files/files_public/2021-04/PEQ_Abordaje%20pedag%C3%B3gico%20de%20situaciones%20de%20riesgo.pdf



Prevención del suicidio en jóvenes.

Autores:

Julián David Palacio Jaramillo

Fellow Psiquiatría infantil
Universidad de Antioquia, Colombia

Juan David Palacio Ortiz

Docente psiquiatría infantil
Universidad de Antioquia, Colombia

La suicidalidad es el continuo que existe entre el inicio de ideas sobre la muerte y el evento que lleva a tomar la vida por mano propia (suicidio). Es importante recalcar la necesidad de reconocer cada una de las fases de esta situación: el deseo suicida, la ideación suicida, las expresiones suicidas, las amenazas suicidas, el plan y el intento suicidas. (1)

Identificar la evolución de dicho proceso, nos alienta a estar pendientes de los riesgos que nos dan señales de alerta como cambios en el patrón habitual de comportamiento del joven. Padres y maestros deben estar atentos a cambios que hagan pensar en consumo de psicoactivos, si hay descuido personal o conductas impulsivas, si pertenece a la población de diversidad sexual, si tiene síntomas emocionales como ansiedad o depresión, si ha tenido intentos suicidas previos, o si bien el joven ha sido víctima de matoneo (bullying). Por otra parte, tener en cuenta que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, pero el suicidio consumado es más frecuente en hombres. (1,2)

Debemos procurar mantener los factores que protegen a nuestros jóvenes del suicidio, entre ellos practicar hobbies y actividades de su interés, reconocer su socialización y redes de amigos, favorecer espacios de participación social, acompañar en actividades académicas buscando un buen desempeño, propiciar espacios de comunicación que les transmitan seguridad para confiar cualquier situación a su familia. (2,3)

Se recomienda a los padres y maestros propiciar una comunicación fluida con el joven, identificar sus habilidades y cualidades, demostrar una actitud validante, reconocer que las acciones de los adultos pueden ser un modelo para el hijo/estudiante, expresar claramente lo que se espera de ellos y señalar los límites acordados, enseñar a aceptar un "NO" como respuesta, y buscar estrategias que le ayuden a retornar pronto a la calma. (2,3)

Ante una emergencia, debe ser claro para quien lo necesite, la forma de acceder a las personas con formación o los servicios de ayuda disponibles en las líneas de emergencias: 123.

Bibliografía:

1. Alba Carmona, Beatriz. Alfaro Ferreres, Elisa. Martín-Bajarrón Moran, Pedro. Guía práctica para la intervención en crisis suicidas. Gobierno Vasco. 2024. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-practica-intervencion-crisis-suicidas.pdf>
2. Alava Reyes, Silvia. Guía de inteligencia emocional para padres. Disponible en: <https://silviaalava.com/wp-content/uploads/2020/04/1-Gui%CC%81a-Inteligencia-Emocional-para-Padres-Ma%CC%81ster.pdf>
3. Palacio, JD., Valencia, J. y Lopez, C. ¿SE PUEDE PREVENIR LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA? ¿ESTÁS BIEN? Grupo de investigación en Psiquiatría (GIPSI). 2024. Páginas 20. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/381004299_SE_PUEDE_PREVENIR_LAS_CONDUCTAS_SUICIDAS_EN_PACIENTES_CON_ENFERMEDAD_MENTAL_SEVERA_ESTAS_BIEN



Sección IV. Curso a la comunidad y Recomendaciones para padres

Importancia del Autocuidado en Profesionales de Salud Mental (PSM).

Autores:

Nalfer Ballester Galeano

Fellow de Psiquiatría del niño y del adolescente

Universidad El Bosque, Colombia

Magdalena Fernández

Psiquiatra infantil, docente del programa de psiquiatría de niños y adolescentes

Universidad El Bosque, Colombia

Introducción: el presente documento aborda la importancia del autocuidado en los profesionales de la salud mental (PSM). Se destacan las consecuencias de su ausencia, así como las consideraciones éticas relacionadas y las estrategias efectivas para promover el bienestar en este grupo de profesionales. Estudios epidemiológicos realizados en EE. UU. desde 1998 hasta 2022 en PSM han encontrado lo siguiente:

- Hasta un 40% de los profesionales de salud mental presentan síntomas clínicos de depresión a lo largo de su carrera.
- Hasta un 30% de los psicólogos han tenido pensamientos suicidas en algún momento de su ejercicio laboral.
- Alrededor del 10% de los PSM ha realizado al menos un intento de suicidio durante su vida profesional.
- Más del 50% de los PSM han experimentado ideación o comportamiento suicida en algún momento de su vida.
- Cerca del 60% de los PSM han recibido medicamentos antidepresivos para lidiar con sus síntomas.

Definiciones de autocuidado en los PSM.

Autocuidado (Self-care): según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el autocuidado hace referencia a la capacidad de los individuos y las comunidades de promover y mantener su propia salud, así como prevenir las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de proveedores de atención médica.

Consecuencias de la falta de autocuidado en los PSM.

La falta de autocuidado y bienestar en los PSM puede tener implicaciones sobre ellos mismos, su entorno cercano y sus pacientes. En la tabla 1. Se resumen los efectos de la falta de autocuidado en los PSM en diversos niveles.

Aspecto	Efecto
A nivel físico	<ul style="list-style-type: none">• Agotamiento crónico por exceso de trabajo, falta de descanso y malos hábitos alimenticios.• Desarrollo de patologías cardiovasculares, trastornos digestivos y alteraciones del sueño.
A nivel psicológico	<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la empatía y aumento de la irritabilidad.• Mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y otros problemas mentales.
En la vida personal	<ul style="list-style-type: none">• Estrés, irritabilidad y falta de energía que interfieren en las relaciones personales.
En la calidad de la atención a los pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Dificultades para brindar atención de calidad.• Disminución de la capacidad para establecer una conexión empática y ofrecer un tratamiento de calidad.

Tabla 1. Efectos de la falta de autocuidado en PSM.



Deterioro de la calidad de la atención y repercusiones éticas: la falta de cuidado personal impactaría significativamente en la calidad de atención de los PSM a sus pacientes, disminuyendo su habilidad para establecer una conexión de empatía efectiva y aportar tratamiento de manera eficiente. Los problemas previamente mencionados presentan conflictos éticos comprobables ya que un PSM con depresión e ideación suicida podría estar atendiendo a un paciente con los mismos síntomas. Especialmente problemático es el abuso de sustancias de síndrome de burnout.

Síndrome de Burnout: es el estado de desgaste profesional caracterizado por agotamiento, cinismo y pérdida de sentido profesional.

Burnout and Clinician Mental Health

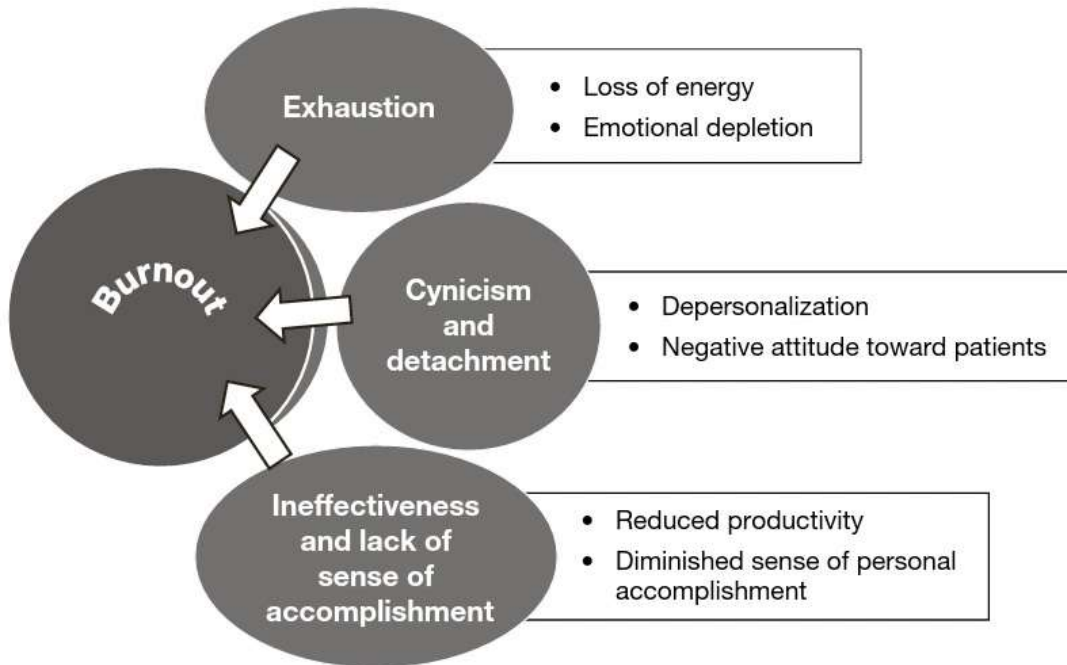


Figura 1. Dimensiones del burnout. Tomado de Datillio (2015).

Las dimensiones del burnout incluyen el agotamiento (“exhaustion”), en el cual hay pérdida de energía y la extenuación emocional; cinismo y desapego (cynicism and detachment), que abarca la despersonalización y una actitud hostil hacia los pacientes y por último la ineficacia y falta de sentido de logro (“Ineffectiveness and lack of sense of accomplishment”), la cual se caracteriza por una reducción de la productividad y un sentido disminuido de éxito personal.

Un tipo de burnout prevalente en los PSM es la denominada “*fatiga por compasión*”. En este caso se presenta un estado de agotamiento físico, emocional y mental que se desarrolla en los PSM como resultado de la exposición prolongada y repetida al sufrimiento de sus pacientes. Este fenómeno ocurre cuando los PSM empatizan de forma intensa y repetida con el dolor y las dificultades de sus pacientes, lo cual desencadena una disminución en su capacidad para empatizar y ser efectivos en su labor.



Razones por las que los PSM no buscan ayuda.

- Razones similares a las de sus pacientes: enfrentan barreras como estigma social, preocupaciones sobre el tratamiento, miedo a la emoción, riesgos anticipados y auto-divulgación.
- Evitar el tratamiento local: prefieren evitar la vergüenza y mantener el anonimato, optando por terapia a distancia, lo que puede ser costoso y consume tiempo.
- Miedo al cambio significativo: temen escuchar de un colega que deben hacer un cambio significativo o tomarse una licencia, lo cual es difícil de aceptar y explicar a colegas y clientes.
- Limitaciones de tiempo y financieras: la inversión de tiempo y dinero en terapia puede ser importante, lo que desincentiva buscar ayuda.

Estrategias de autocuidado en PSM.

Técnicas cognitivo-conductuales: Beck propone el escaneo emocional para terapeutas que trabajan con casos desafiantes. Se contempla el uso de un registro diario de pensamientos disfuncionales para rastrear emociones negativas, lo cual permite establecer estrategias de afrontamiento en lugar de actitudes de culpabilización.

Psicología positiva: la psicología positiva es una rama de la psicología que se enfoca en estudiar y promover aspectos positivos del ser humano, como el bienestar, la felicidad, la gratitud, la resiliencia y el florecimiento humano.

Varios estudios muestran que el bienestar general puede cultivarse mediante prácticas afirmativas. Los PSM pueden desarrollar un bienestar saludable utilizando un marco basado en la evidencia para la emocionalidad positiva. La positividad puede ampliar la atención, cognición y creatividad, mejorando las relaciones y reduciendo el estrés.

Modelos de autocuidado específicos en PSM: además de las estrategias generales anteriormente mencionadas, en la literatura se han descrito modelos de autocuidado estructurados para PSM. En la tabla 2. Se describen los más populares y sus características.

Estrategia de Autocuidado	Descripción
Modelo de Norcross y Guy (2007)	Modelo basado en principios para psicólogos, incluye 12 pasos que combinan atención plena, espiritualidad y psicología positiva en el contexto de TCC y bienestar físico.
Enfoque "TLC" de Walsh (2011)	Cambios terapéuticos en el estilo de vida, combinando espiritualidad, psicología positiva y atención plena con recomendaciones para ejercicio y alimentación saludable.
Principios de Wise et al. (2012)	Sobrevivir vs. florecer, fomentando la construcción de conciencia, resiliencia y actitudes positivas; autocuidado intencional con flexibilidad y capacidad de adaptarse.

Tabla 2. Modelos específicos de estrategias de autocuidado en PSM.



Pautas y recomendaciones para el autocuidado en PSM.

Recomendaciones	
1. Identificación de Estrés Externo	Identifique y reduzca factores estresantes externos para mejorar el afrontamiento y la vida diaria.
2. Separación de Entornos	Mantenga una clara separación entre el hogar y el trabajo para facilitar la desconexión.
3. Ubicación de la Práctica	Considere practicar en una ubicación diferente a su residencia para minimizar el estrés laboral.
4. Selección de Clientes	Evite aceptar demasiados casos difíciles para reducir la carga de trabajo y el estrés.
5. Autoestima y Rendimiento Laboral	No base su autoestima en el rendimiento laboral; mantenga expectativas realistas y evite el "complejo de mesías".
6. Establecimiento de Metas Realistas	Establezca metas alcanzables y celebre pequeños logros para mantener la motivación.
7. Actividades de Auto-Calma	Practique actividades relajantes y equilibradas para mantener un estilo de vida saludable.

Tabla 3. Pautas y recomendaciones para el autocuidado de PSM.

Bibliografía:

1. Arar, N. H., Noel, P. H., Leykum, L., Zeber, J. E., Romero, R., & Parchman, M. L. (2011). The association between physicians' and patients' preventive health practices. *CMAJ*, 183(8), 908-913. <https://doi.org/10.1503/cmaj.101640>
2. Dattilio, F. M. (2023). Why some mental health professionals avoid self-care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ccp0000763>
3. Dattilio, F. M. (2015). The self-care of psychologists and mental health professionals: A review and practitioner guide. *Australian Psychologist*, 50(6), 393-399. <https://doi.org/10.1111/ap.12157>
4. Pascale B., Michelle D., Alison P. & Frederick P. (2023) Associations between self-care practices and psychological adjustment of mental health professionals: a two-wave cross-lagged analysis, *Anxiety, Stress, & Coping*, 36:5, 603-617. <https://doi.org/10.1080/10615806.2023.2178646>

Recomendaciones para padres o cuidadores de niños con dificultades en el neurodesarrollo: abordando sus necesidades emocionales

Autor:

Duván Fernando Ospina Cardona

Psicólogo, Magister en Psicología Clínica, Instituto Roosevelt, Colombia

1. Es importante entrenar estrategias de tolerancia al malestar y regulación emocional en ti mismo para ser modelo de regulación en los niños.
2. Aprender a identificar emociones en ti mismo permitirá un mejor manejo ante episodios de desregulación por parte de tu hijo.



Sección IV. Curso a la comunidad y Recomendaciones para padres

3. El modo resolución de problemas ante una experiencia emocional suele no permitir la manifestación de esta, te recomendamos antes de ponerte en este modo, permítete experimentar y que tu hijo experimente la emoción en curso.
4. ¡Recuerda!, hay cosas que no podemos controlar, la manifestación de una emoción es una de ellas, ante la imposibilidad de controlar, solo deja que se manifieste.
5. Los juicios y la crítica por parte de otros no deben ser determinante para dar un manejo u otro, recuerda identificar el para que de su comportamiento e implementa el manejo de tal forma que no se refuercen conductas no deseados.
6. No más frases como: “deja de sentirte así”, “no pasa nada, no te sientas mal”; éstas promueven la invalidación emocional y no permiten que los niños contacten de forma natural con sus propias emociones.
7. No solo te comuniques con tu hijo/a como acción correctiva ante algún comportamiento no deseado, busca establecer comunicación con él de forma constante y facilita que hable de lo que siente, piensa y hace en las distintas situaciones que vive.

Bibliografía:

1. McKay, M. Wood, J. Brantley, J. (2017). Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual
2. Reyes, M. y Tena, E. (2016). Regulación Emocional en la Práctica Clínica.
3. Kendall, P. (2009). El gato Valiente.

Recomendaciones a padres sobre el uso de pantallas y tecnología para sus hijos

Autores:

Daniela Aldas Ávila

Fellow Psiquiatría Infantil y del Adolescente – Universidad El Bosque, Colombia

Álvaro Franco Zuluaga

Psiquiatra Infantil y de Adolescentes-Universidad El Bosque, Colombia

- Los padres deben darle una dirección al uso de la tecnología, respecto a los contenidos (qué se mira en las pantallas) y a las funciones (para qué se usan). Los niños se desarrollan saludablemente si ciertos aspectos de su vida son acompañados por las personas que los cuidan.
- Desarrollar un equilibrio entre el tiempo online y offline: Tienen que existir ambos mundos, sugerir alternativas que impliquen otra forma de divertirse. Cada familia tiene que encontrar sus propios rituales de conexión, ya que para el desarrollo saludable de los niños es importante el equilibrio.
- El acceso de los niños a la tecnología no debe manejarse con ambigüedad. Si los adultos les permiten usar las pantallas cuando les conviene, y cuando no, se las restringen, les transmiten que los límites son móviles. Los adultos deben ser constantes y coherentes. En la medida en que ellos mismos mantengan las rutinas, los niños van a tolerar los límites.
- Fomente hábitos de sueño saludables limitando el uso de pantallas a la hora de acostarse. Se recomienda dejar de usar dispositivos 1 hora antes de acostarse.



- Los adultos, padres, cuidadores, deben recordar que no solo el control es el camino, lo que más aporta realmente es la educación sobre la navegación segura en internet.
- De un buen ejemplo, como el tener momentos libres de pantallas durante los espacios con su familia.
- Comparta las reglas de pantallas de su familia con otros cuidadores, como los abuelos, para ayudar a garantizar que las reglas sean similares en todos los espacios familiares.

Adicionalmente compartimos recomendaciones puntuales divididas por grupo de edades.

De 0 a 6 años: antes de los 6 años les cuesta mucho autorregular la cantidad de tecnología que consumen, tanto como les cuesta controlar cuántas gomitas comer, por lo cual deben tener límites claros y no deben navegar solos en internet. Entre menos pantallas, mejor, el uso de internet a esta edad no les ofrece nuevas oportunidades, diferentes a las que pueden tener en el mundo real.

De 7 a 12 años: el uso de internet debe continuar siendo monitoreado por el adulto. En esta etapa es clave enseñarles las habilidades digitales que van a necesitar para navegar seguros. No hay que esperar a que llegue la adolescencia, se debe hacer antes. Es natural que a medida que va creciendo, dediquen más tiempo a los dispositivos; esto no puede impedir que aprendan, socialicen y se diviertan sin el uso de los mismos.

De 13 a 18 años: más que monitorear el tiempo que dedican a las redes, hay que monitorear el tiempo que dedican a otras actividades y hasta dónde cumplen con lo que es esperable para su edad: estudiar, asistir a clases, hacer deporte, leer, participar de eventos sociales o familiares, compartir la cena, etc. Una de las primeras cosas que se pueden hacer es desarrollar un Plan Familiar de Uso de aparatos electrónicos con los padres y los adolescentes utilizando la toma de decisiones compartidas.

Bibliografía:

1. Beyond Screen Time: A Parent's Guide to Media Use. Pediatric Patient Education. American Academy of Pediatrics (2021).
2. Estefanell. L. PANTALLAS EN CASA: Guía para acompañar a las familias en el uso de internet. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021)
3. Schmitt, M. Effects of Social Media and Technology on Adolescents: What the Evidence is Showing and What We Can Do About It. Journal of Family and Consumer Sciences Education, 38(1), 51-59 (2021)

