

Rol de Padres y Pediatras: **ADOLESCENCIA, UNA ETAPA CRUCIAL**

**TECNOLOGÍA:
INSTAGRAM,
SOCIEDAD Y
VULNERABILIDAD
EMOCIONAL**



Síguenos en:



N.118

Año 19-03
Sept-Oct 2021

**EQUIPOS EN ACCIÓN:
UPC INFANTIL
HOSPITAL REGIONAL
DE RANCAGUA**

Derechos del niño



**PARA COMPARTIR CON NUESTROS PEQUEÑOS
PACIENTES Y SUS PADRES O TUTORES...**





Magazine de la Sociedad
Chilena de Pediatría
Nº118 / Año 19-04/ Sept-Oct 2021

Directora Dra. Rossana Faúndez H.

Editora Dra. Jimena Maluenda P.

Comité Editorial
Dra. Jimena Maluenda P.
Dra. Rossana Faúndez H.
Dr. Jorge Fabres B.
Dra. Sofía Aros A.
Dr. Francisco Moraga M.
Dr. Hernán Sepúlveda R.
Dra. Paula Guzmán M.
Sr. Jaime Escobar A.

Contacto Teléfonos: (56-2) 2237 15 98
(56-2) 2237 97 57
secretaria@sochi.pe.cl
www.sochi.pe.cl

Ventas Sr. Raúl Trujillo G.
+569 9538 59 16 / rtrujillo@beactive.cl

Producción Beactive Comunicaciones



Las opiniones publicadas en El Estetoscopio son responsabilidad de quien las emite y no representan necesariamente la opinión de la Sociedad Chilena de Pediatría.

ÍNDICE

Editorial
Un fémur fracturado y consolidado: Cuidarse para cuidar 04

Entrevista
Rol de padres y pediatras: Adolescencia, una etapa crucial 06

Opinión
Pesquisa neonatal de PKU 14

Tecnología
Instagram, Sociedad y vulnerabilidad emocional: La Tormenta Perfecta 16

Equipos en Acción
UPC Infantil del Hospital Regional de Rancagua 20

Pediatra mamá de 4
En la torre de Rapunzel: adolescentes en cuarentena 24

Publirreportaje
Actualización en Acondroplasia 27

Somos SOCHIPE
Información de interés 28

Niñez en la Pintura
Tugar, tugar, salir a jugar 32

Humor
Clases de pediatría vanguardista 38

AUSPICARON A EL ESTETOSCOPIO ESTE MES:
BEIERSDORF, BIOMARIN, PASTEUR



Un fémur fracturado y consolidado: Cuidarse para cuidar

Estimados Lectores de El Estetoscopio,

La antropóloga Margareth Mead plantea que el primer signo de civilización fue un fémur fracturado que posteriormente sanó. En el medio natural, pre-civilizatorio, un animal con un hueso roto tendría una muerte pronta dada la imposibilidad de defenderse de depredadores o buscar comida y agua. En el ser humano, una fractura de fémur que ha consolidado es indicio de que OTRA persona nos ha cuidado y nos ha asistido durante la recuperación. Es decir, para esta autora, la civilización empieza con la manifestación de una persona que ayuda a otra.

Nuestra civilización occidental, de gran desarrollo tecnológico, se ve, este momento, enfrentada a una pandemia, cuyo agente causal no tiene un tratamiento específico, sino de soporte. Observamos, actualmente en Chile, elementos positivos como un buen porcentaje de población vacunada, y también vemos retrocesos, como el hecho de tener varios días más de 1.000 casos diarios y un mayor porcentaje de ocupación de camas UCI.

En esta ocasión, me permitiré una reflexión autoreferente. En estas últimas semanas, me he visto sobrepasado por las numerosas responsabilidades clínicas, docentes y administrativas. Aunque trabajo en el específico espacio de Neonatología, muy lejos de la atención de adultos críticamente enfermos, de todas maneras, percibo y siento el impacto personal y gremial de la pandemia.

En este momento de inflexión en las cifras de afectados por el virus, recuerdo las múltiples definiciones del verbo “cuidar” según la Real Academia Española:

1. Diligencia y solicitud en la ejecución de algo.
2. Asistir, conservar. Cuidar a un enfermo.
3. Discurrir, pensar.
4. Mirar por la propia salud, darse buena vida.

Me alegra ver cómo en la profesión médica, en general, y la pediatría, en particular, todas las definiciones se aplican. El cuidado no solo nos define como profesión, sino -al decir de Mead-, nos define como seres humanos gregarios y civilizados. Ciertamente, pensamos, estudiamos, asistimos y somos diligentes en el cuidado de nuestros pacientes. Pero me detengo en la cuarta acepción del verbo: ¿nos ocupamos de nuestra propia salud?

Sé que estoy en un buen momento de mi carrera, pero reconozco que mi lema “siempre conectado” me está resultando cada vez más difícil de cumplir. Se me acumulan mensajes y correos sin responder. Aumentan las tareas pendientes en mi escritorio. Me enorgullezco de tener un buen entrenamiento clínico: Universidad de Chile en pregrado y PUC en postgrado. Sin embargo, este entrenamiento NO contempló el importante ítem del autocuidado. Y mi atiborrada agenda sigue creciendo en el rubro “pendientes”.

El problema es que estos “pendientes” me hacen sentir que estoy teniendo un rendimiento deficitario, y eso puede llegar a afectarme.

Las emociones desreguladas, pueden comprometer el bienestar de los médicos clínicos, considerando que las emociones pasadas por alto, pueden llevar a burnout, estrés, fatiga, e incluso a decisiones clínicas desafortunadas. Estos

conceptos habían sido estudiados en el ámbito de los cuidados críticos y la oncología, sin embargo, actualmente están afectando a todo el equipo de salud, en todos los ámbitos de trabajo.

El riesgo de burnout surge como resultado de algunas características personales y situaciones laborales específicas, como una gran carga de trabajo, recursos insuficientes, falta de control del propio ambiente, y necesidad (a veces obligación) de llevarse trabajo para la casa. Estos factores están presentes cotidianamente en nuestro trabajo hoy en día.

Como actualmente también desarrollo labores docentes, estas reflexiones en torno al cuidado -y al autocuidado-, me llevan a abordar ese vacío de nuestra formación invitando a alumnos/as y becados/as a investigar e implementar estrategias básicas de autocuidado: tan básico como habituarse a una alimentación balanceada, procurar descanso reparador posturno, y hacer actividad física regularmente.

Además de los elementos físicos, también debemos cuidarnos en el plano mental/emocional. Frente a casos difíciles o desenlaces fatales, necesitamos implementar instancias de higiene emocional en equipo. Frente a situaciones que sobrepasan nuestra capacidad o nuestro tiempo disponible, requerimos buscar ayuda.

Es útil y saludable practicar la autocritica. Pero es destructivo practicar la autoflagelación. Las prácticas espirituales (desde alguna religión hasta mindfulness), también resultan beneficiosas (1). Y practicar el agradecimiento. La psicología positiva nos aporta un interesante concepto: no es que las personas felices sean agradecidas, sino que las personas agradecidas son felices.

La tradición hipocrática indica que el centauro Quirón -que traspasó las dotes curativas del dios Apolo a la humanidad-, era experto en el arte de curar, precisamente porque tenía una herida incurable y estaba habituado a cuidar de sí mismo. Y como soy uno de los tantos herederos de la tradición hipocrática, he empezado a cuidarme, planeando un viaje en familia. Durante el vuelo, escucharé con una sonrisa las instrucciones de emergencia: en caso de una situación crítica, PRIMERO debo ponerme mi propia máscara de oxígeno y LUEGO ayudar a otra persona.

Dr. Jorge Fabres B.

Vicepresidente Sociedad Chilena de Pediatría, SOCHIPE

NEW SELF-CARE PROTOCOL Practice Guide for Healthcare Practitioners and Staff Richard F. Mollica MD, MAR Professor of Psychiatry, Harvard Medical School Massachusetts General Hospital Eugene F. Augusterfer, LCSW Deputy Director, Global Mental Health Trauma and Recovery Certificate Program Harvard Medical School Gregory L. Fricchione, MD Professor of Psychiatry, Harvard Medical School Massachusetts General Hospital

Rol de Padres y Pediatras: ADOLESCENCIA, UNA ETAPA CRUCIAL



“El principal reto para el niño es desarrollar la identidad personal autónoma, que considere las consecuencias de sus acciones”

Dr. Alberto Trautmann M. Médico pediatra, especialista en Adolescencia. Clínica Alemana, Centro de Adolescencia. Hospital Militar y Consultorio Externo de Adolescencia.

El mundo del adolescente es muy complejo. Se trata de una etapa de cambios que es muy difícil de interpretar, tanto para padres como para los mismos jóvenes. En este escenario, el rol del pediatra y del especialista en adolescencia es fundamental, primero para propiciar la ocurrencia de un correcto control sano del adolescente, como para guiar a las familias en este período fundamental del crecimiento.

En la siguiente entrevista, el Dr. Alberto Trautmann, especialista en Adolescencia y autor del libro “Adolescencia: Respuestas para Padres”, profundiza en lo que implica transitar por esta etapa de la vida y entrega importantes consideraciones relacionadas con la triada adolescentes-padres-pediatras.

¿Por qué es importante mantener un control de salud periódico en el adolescente sano?

Es muy común que, cuando los niños son menores, haya alta frecuencia de consultas médicas. Pero a medida que van creciendo y se van enfermado menos, dejan de consultar. Con ello, se pierde la oportunidad de prevenir algunas enfermedades o pesquisar condiciones que no muestran síntomas. Por ejemplo, caries dentales, maloclusiones, hipoacusias, obstrucciones del conducto auditivo externo, obstrucciones de la vía aérea alta, roncopatías, deformidades de la columna vertebral, pubertad precoz, fimosis, varicocele. Todas condiciones no graves, pero cuya detección oportuna mejora la calidad de vida. Hay otras condiciones que pueden no dar síntomas y que sí pueden ser graves, como bruscas bajadas de peso, palideces inadvertidas, o hipertensión arterial. También, en la supervisión de salud se puede indicar vacunas útiles que algunos jóvenes no tienen porque se han incorporado posteriormente al Plan Nacional de Inmunizaciones.

Además, en un control con el pediatra de adolescentes se abordan temas educativos para la edad, como la sexualidad, uso de sustancias de abuso, abordaje de hábitos saludables como el sueño adecuado, la alimentación, la actividad

física, manejo de pantallas, situación académica, vínculo con el colegio, inserción en pares, uso de elementos de seguridad para realizar un deporte. También se abordan temas de bienestar emocional o salud mental, como el manejo del stress o clima familiar, y se pesqu岸an condiciones que están encubiertas, como bullying o depresión, que el adolescente no ha querido expresar.

Los padres, también, a veces, tienen cierta resistencia a consultar al psicólogo o psiquiatra y están más abiertos a hacerlo con el médico de adolescentes o pediatra, quien orienta en los pasos a seguir.

Hay también una razón de autonomía progresiva, de transición en la atención médica. Para el médico, el interlocutor deja gradualmente de ser la mamá o el papá. El médico se encarga de hacerle ver al joven a que conozca su historia médica, que sepa qué medicamentos toma, o si es alérgico a algún medicamento, qué operaciones se le han hecho y cuándo, qué vacunas tiene. En el fondo, el concepto es que se haga responsable de su salud. Esto es especialmente visible e importante para los jóvenes con patología crónica.

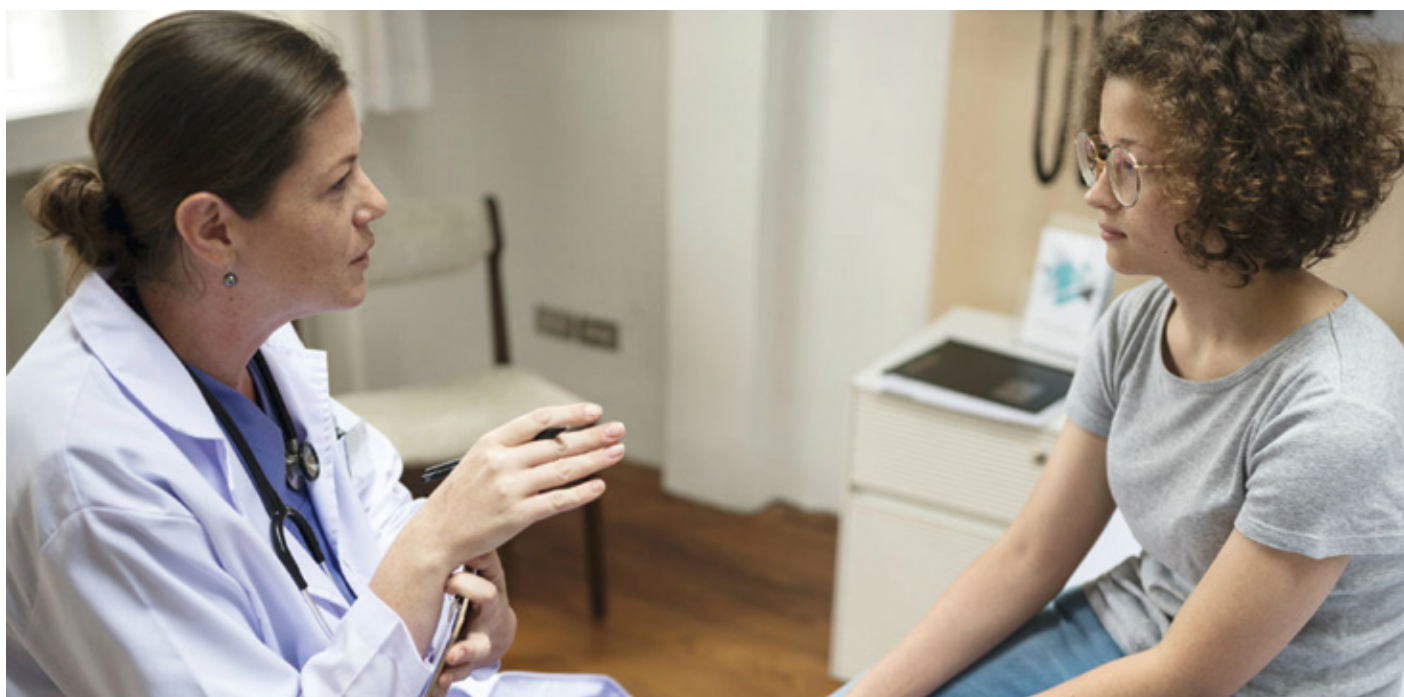
Además, en los adolescentes ocurren cambios

muy rápidos, lo que aumenta la vulnerabilidad y hay que pesquisar problemas antes de que se produzcan, o será demasiado tarde. Uno de ellos son las deformaciones de la columna vertebral. O el daño que la marihuana o el alcohol causa especialmente a esta edad.

Otra razón para mantener una constancia en el control sano, es que éste es un periodo de formación de valores, creencias, estilos de vida, de construcción de identidad. Las emociones son vividas de manera muy intensa. La influencia del entorno adquiere máxima importancia. Todo ello es génesis de enfermedad y muerte, o bienestar físico y emocional. Y, afortunadamente, todo eso es modificable para el beneficio del joven. Se produce la posibilidad, en una entrevista educativa, de incentivar un juicio crítico, plantear alternativas de cambio o dar sentido a lo que los jóvenes ya hacen y de lo cual ya se benefician.

Por último, en esa supervisión de salud se aplica un enfoque de integralidad o multicausalidad en distintas etapas. Los resultados en salud física, mental o de bienestar emocional son multicausales. Y sobre ello se reflexiona con el joven en sus distintas etapas del desarrollo: la adolescencia inicial, media y tardía.

En un control con el pediatra de adolescentes se abordan temas educativos para la edad, como la sexualidad, uso de sustancias de abuso, abordaje de hábitos saludables como el sueño adecuado, la alimentación, la actividad física, manejo de pantallas, situación académica, vínculo con el colegio, inserción en pares, uso de elementos de seguridad para realizar un deporte.



¿Cuáles son las principales amenazas para la salud física y emocional del adolescente de hoy?

Se distinguen las amenazas personales y del entorno.

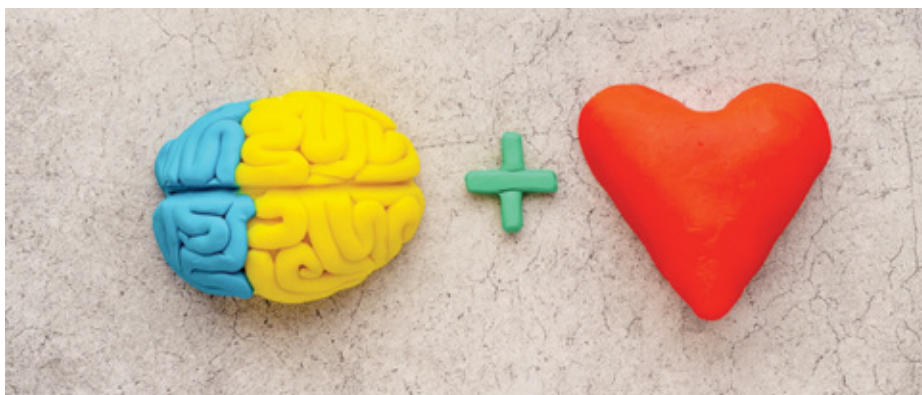
Dentro de las personales, hay que mencionar algo que es común para todos los adolescentes: sus cerebros. Como dije antes, la velocidad de los cambios en el desarrollo del cerebro ya lo hacen vulnerable per se. La otra característica es el desequilibrio entre el sistema límbico y la corteza prefrontal. El cerebro del adolescente es un tema sobre el cual se ha dicho bastante, y hay muchas publicaciones científicas y libros al alcance del lector habitual. Dos de esos autores son Daniel Siegel y Laurence Steinberg, quienes ilustran mediante investigación propia cómo funciona el cerebro del adolescente.

En síntesis, hay una gran actividad del sistema límbico en el cerebro del adolescente. El sistema límbico está relacionado con la génesis de emociones varias, el placer inmediato, el deseo del riesgo, de transgredir, de destruir, de agredir producto del enojo que se gatilla fácilmente, la pena, la vergüenza, el qué dirán sus pares. La felicidad intensa y fugaz, o el drama absoluto y duradero. Nunca antes, ni después, las emociones serán tan intensas como en la adolescencia. No todo es malo, pues hay emociones que construyen, como la pasión misma por la vida, pasión por alcanzar metas, la creatividad, el riesgo que hace que la persona se supere, la creatividad, la búsqueda de la novedad, el idealismo en acción, el enamoramiento.

Por otro lado, está la corteza prefrontal que, al revés del sistema límbico, está parcialmente desarrollada. Esta estructura es la que da racionalidad y modera las emociones generadas en el sistema límbico, y su desarrollo se completa a los 25 años de edad. Como dice Steinberg en su libro "Age of Opportunity", tenemos un escenario en que el acelerador está pisado a fondo a través del sistema límbico, pero sin frenos, a través del escaso desarrollo de la corteza prefrontal.

Esta es la razón, como lo dice el dicho, por la que los adolescentes se creen "inmortales, invencibles e infértiles". Piensan que a ellos no les va a pasar nada. Tienen baja percepción de riesgo y son temerarios en sus acciones, en los deportes, en las actividades recreativas y en su vida sexual.

Alrededor del 50% de las muertes en jóvenes entre 10 y 19 años son por causas externas. Y de ellas, la mitad de las muertes es por lesiones traumáticas no intencionales. En los egresos hospitalarios, las lesiones no intencionales son siete veces más frecuentes que los envenenamientos. Sin embargo, la consulta en Traumatología es solo el 9% de las consultas de especialidad. Lo que quiero decir con esto, es que creo



La velocidad de los cambios en el desarrollo del cerebro ya lo hacen vulnerable per se. La otra característica es el desequilibrio entre el sistema límbico y la corteza prefrontal.



que los accidentes o lesiones no intencionales son más frecuentes de lo que sabemos, que muchos jóvenes consultan por estos motivos en los Servicios de Urgencia, que no fallecen, que no se hospitalizan ni son controlados de nuevo. Y, por lo tanto, son subvalorados. Además, un porcentaje que no sabemos de los jóvenes es que tienen a los Servicios de Urgencia como su única fuente de atención médica, y probablemente son los que más factores de riesgos tienen. Puede que muchos no tengan seguimiento, y los perdemos para una atención médica integral.

Otras amenazas de tipo personal son la falta de proyecto de vida; autoexigencia o competitividad extrema; haber sido abusado física, sexual o emocionalmente; abuso de sustancias; adicción a pantallas; actividad sexual precoz; actividad

sexual sin protección; embarazo siendo adolescente; ser joven institucionalizado; caer en delincuencia y su recurrencia; sobrepeso; pubertad precoz en niñas, y, pubertad tardía en varones. También ser diferente al promedio en cualquier ámbito; tener escasa habilidad para resolver problemas; tener escasas habilidades sociales; tener bajo autoconcepto, y, tener trastornos del ánimo, ideación suicida, déficit atencional, discapacidad física o mental.

La otra amenaza para la salud física y emocional del adolescente es el entorno: colegio o escuela, familia y comunidad. Lo bueno de ello es que es lo que podemos cambiar o podemos influir en su resultado.

A nivel familiar, la disfunción familiar, la violencia intrafamiliar, enfermedad o muerte de alguno de los padres, dificultades económicas de los

Hay padres que comparten con sus hijos la vida a nivel de lo cotidiano y práctico, pero faltan instancias de conversación profunda en relación a la mirada que tienen los padres sobre el proyecto de vida: qué es para ellos lo importante en la vida, cuál es el sentido que le debieran dar a sus decisiones, al rol de los afectos y compromiso en su relación con los demás, etc.



padres, cesantía parental, separación de los padres con malas dinámicas entre ellos, ausencia de padres, familia de padre o madre únicos, carencia de familia extendida, carencia de modelos adultos adecuados, familia orientada al rendimiento, familia con valoración inadecuada del cuerpo, conversación de la familia centrada en lo que engorda, conversaciones tensas a las horas de comida, falta de vínculo personal de los padres con sus hijos, falta de expectativas parentales, y antecedentes familiares de alcoholismo o de enfermedad mental.

A nivel escolar, mal rendimiento escolar, ausencia escolar, deserción escolar, poco vínculo con el colegio, establecimiento escolar con falta de actividad física o actividades recreacionales y talleres de cualquier tipo, mal clima escolar generado por los distintos estamentos, escuelas o colegios poco participativos, rotación de profesores, sistemas pedagógicos rígidos o agresivos y humillantes, establecimientos donde se aplica el castigo físico, valores escolares poco integradores y más bien discriminatorios, falta de adultos que trabajen en el colegio o que no sean significativos para los jóvenes, dificultad en la inserción en pares, bullying o acoso escolar, tolerancia de peleas físicas, amistad con compañeros con conductas problemáticas o trasgresoras, y presión de pares.

Las amenazas a nivel de comunidad son la pobreza, el desempleo, presencia de pandemia, no respuesta o barreras de los sistemas de apoyo como los servicios de salud y ayudas del estado, la exposición a películas violentas, la exposición a la publicidad que crea necesidades que no se pueden cumplir e invitan al consumo de alimentos perjudiciales o al consumo de alcohol o tabaco, la exposición dañina en las redes sociales con riesgo de bullying, suplantación y abuso sexual, y el contacto con delincuentes y depredadores sexuales.

Según su opinión, ¿cómo es la relación entre padres y adolescentes en la actualidad?

Si bien varía entre las distintas familias, un aspecto que ha cambiado en relación a años atrás, es que es una relación más simétrica, en que los padres están más enterados de situaciones que viven sus hijos y conversan de manera abierta de muchos temas. Sin embargo, esta misma simetría hace que frente a ciertas situaciones a los padres les cueste ejercer su autoridad y poner límites.

Si bien comparten distintos temas con sus padres, varía mucho el grado de profundidad con que se da la relación. Hay padres que comparten con sus hijos la vida a nivel de lo cotidiano y práctico: a qué hora salen del colegio, qué van a hacer ese día, etc., pero faltan instancias

de conversación profunda en relación a la mirada que tienen los padres sobre el proyecto de vida: qué es para ellos lo importante en la vida, cuál es el sentido que le debieran dar a sus decisiones, al rol de los afectos y compromiso en su relación con los demás, etc. A veces, en lugar de ello los padres tratan de abordar esos temas cuando se produce el conflicto o desde sus propios temores, con lenguajes indirectos. Por ejemplo, el decirle al hijo en tono autoritario “tú las noches las duermes en tu casa”, sin conversación ni reflexión serena. ¿Qué significa eso? Genera distanciamiento y es una oportunidad perdida.

Hay padres que trabajan mucho, y dedican poco tiempo para estar con sus hijos. Por lo tanto, tienden a evitar “peleas” para aprovechar de buena manera los momentos juntos.

Otro aspecto que se ve es la tendencia de los padres a evitar frustraciones en sus hijos. Tienden a evitar que pasen malos ratos con consecuencias negativas de las acciones de ellos mismos, y a evitar que las asuman, lo que va en desmedro de su autonomía responsable y que el joven no genere cambios que necesita hacer.

Creo que los padres tienen que conocer a sus hijos. Estos detectan cuando no es así y ponen distancia. Y, para lograrlo, deben dedicarles tiempo

personal, individual por separado a cada uno de sus hijos. No una vez, sino muchas veces.

¿Cuáles son las principales virtudes y carencias del adolescente actual?

Respecto de sus virtudes, son más libres para expresar lo que piensan y son más flexibles y abiertos frente a las posibilidades de sus proyectos de vida. Tienen una capacidad para moverse de manera dinámica, creativa y práctica en el mundo digital. Tienen una visión más amplia del mundo, al poder estar en contacto con lo que pasa en el resto del planeta. Se atreven a seguir caminos no convencionales y son más abiertos frente a la diversidad en general, y en particular, frente a la diversidad sexual.

Sus carencias son: baja tolerancia a la frustración, perseverar cuando lo que anhelan requiere tiempo, paciencia y mucho trabajo. Tienden a funcionar con la inmediatez, todo se tiene que dar rápido e idealmente con el menor esfuerzo posible. Están más centrados en su persona que en proyectos colectivos, lo que a veces los hace ser muy egocéntricos.

En la entrevista clínica, ¿cómo se logra crear

espacios de confianza para que los adolescentes planteen sus problemas en forma abierta?

Hay aspectos generales de una entrevista que rigen para cualquier atención médica. Saber el nombre del joven y no olvidarlo en el transcurso de la sesión, ser amable, mirar a los ojos en forma adecuada, un tono de voz no inquisitivo, actitud flexible. No preguntar como si uno estuviera llenando una encuesta. Se trata de crear un vínculo y, para ello, no se puede estar apurado. Esto para mí es lo esencial y un requisito para todo lo demás. Y se logra dedicándole tiempo a la atención. Tan simple. Tiene que haber pausas en una conversación, actitud de relax, preguntas abiertas que no se respondan con un sí o un no, contrapreguntas, reafirmación de lo escuchado, salidas con sentido del humor. Que le quede claro al joven que con nuestra actitud nos interesan él o ella como persona y estamos presentes, no apurados. Creo que la atención no debe durar menos de 45 minutos, y debe existir confidencialidad, que se les plantea como una entrevista privada.

Y muy importante: pedir permiso. Permiso para

abordar algún tema sensible. Pedir permiso para hacer el examen físico, pedir permiso de nuevo para el examen de genitales. Esto da poder al joven, se da cuenta que puede ejercerlo, lo que lo tranquiliza. Habitualmente la entrevista privada la hago después del examen físico, en que uno va explicando qué se está buscando y el significado de la búsqueda. Ya he pedido permiso, se han quebrado los hielos, y no se lo ve a uno como amenaza. Importa la actitud de uno si le dicen que no. No ofenderse, y tomarlo como algo natural. Cuando he pedido permiso para el examen genital y a uno le dicen que no, es no. Igual, se explica lo que uno busca en un tono de voz normal, si es posible con imágenes de internet. Y le digo, puedes revisarlo tú.

Sobre este último punto, ¿cómo se aborda la confidencialidad?

Creando el espacio de confianza que describí en la pregunta anterior. Al inicio de la sesión se plantea al joven y a los padres que habrán algunos minutos de conversación privada con el objeto de que él o la joven vaya tomando responsabilidad del cuidado de su salud. Que esta privacidad es unidireccional y que se rompería

Hay aspectos generales de una entrevista que rigen para cualquier atención médica. Saber el nombre del joven y no olvidarlo en el transcurso de la sesión, ser amable, mirar a los ojos en forma adecuada, un tono de voz no inquisitivo, actitud flexible. No preguntar como si uno estuviera llenando una encuesta. Se trata de crear un vínculo.





En el ámbito específico de la sexualidad, menciono lo que puede haber en común entre padres e hijos y que es que los hijos vivan una sexualidad plena, placentera y sana. Y para esto es importante que la sexualidad sea algo que se decida, que se tomen las decisiones teniendo la información, que impliquen el autocuidado físico y psicológico.

solo si el joven planea dañarse a sí mismo o a alguien más, o que alguien esté abusando de él o ella, y que comunicarlo es la única manera de poder ayudarlo mejor.

Todo esto debe indicarse al inicio de la sesión para evitar un efecto sorpresa que pueda generar resistencia en los padres. Es importante que los padres sientan que son aliados y no la contraparte.

¿Cómo se abordan consultas sobre sexualidad cuando en dicho ámbito hay percepciones, creencias e ideas distintas entre el adolescente y sus padres?

En el ámbito específico de la sexualidad, menciono lo que puede haber en común entre padres e hijos y que es que los hijos vivan una sexualidad plena, placentera y sana. Y para esto es importante que la sexualidad sea algo que se decida, que se tomen las decisiones teniendo la información, que impliquen el autocuidado físico y psicológico. Y que de eso conversaremos en la entrevista privada.

Tanto a padres como hijos los hago reflexionar sobre el contexto histórico. En el sentido de que hoy hay una disociación temporal entre la adultez biológica y psicosocial. No vienen juntas. Hace 100 años, sí lo hacían. La adultez psi-

cosocial se ha postergado y se logra cuando la persona es independiente económicamente. En la práctica es a los 25 años o más. Eso es lo que genera los conflictos adulto-joven casi en cualquier tema. Antes, a los 15 años ya se era adulto psicosocial, al mismo tiempo que se era un adulto biológico. Y, por lo tanto, a esa edad formaban pareja o se casaban. Además, la mujer no trabajaba fuera del hogar y era dependiente. El que todos los actores comprendan eso, donde no hay dogmas ni creencias sino constatación histórica, mitiga rigidez en percepciones, creencias e ideas distintas entre el adolescente y sus padres. Hay que entender serenamente por qué se generan los conflictos, y saber que no existen culpables.

Desde el punto de vista evolutivo del desarrollo humano, ¿en qué se diferencia el adolescente actual del adolescente de hace 30 a o 50 años?

En la disociación temporal que hay entre la adultez biológica y psicológica que abordamos en la pregunta anterior. La edad de la menarquia se ha ido adelantando y la edad de la adultez psicosocial se ha ido postergando.

El Dr. Armando Roa, en su libro “El Mundo del Adolescente”, describe diferencias en los ámbitos del trabajo, de la elección de pareja y del

sentido del cuerpo y el lenguaje del adolescente. Tanto en el ámbito del trabajo como en la elección de pareja, antiguamente el adolescente no decidía; ya estaba decidido por su familia en qué trabajaría y con quién contraería nupcias.

Lo más habitual era que, si el padre tenía una profesión, el hijo sería lo mismo o trabajaría en el mismo negocio. Ahora, la elección vocacional del trabajo la hace el adolescente, con el riesgo de equivocarse, lo que le genera ansiedad.

La decisión sobre quién sería la esposa o esposo era algo muy racional, muchas veces decidido por razones económicas no por amor, y decidido por la familia. Y se casaban muy jóvenes. En la intimidad podía no haber placer, pero se asumía sin más. Esto con el transcurso del tiempo fue cambiando. Empezó a ser por elección y por enamoramiento, con el riesgo de equivocarse, lo que también genera ansiedad. Durante algunos años, esta equivocación se asumía, pero no se separaban.

Actualmente, los jóvenes eligen, conviven sin formalización y si formalizan su unión la deshacen si no funciona sin más. La mitad de las uniones actuales terminan en separación.

En relación con el cuerpo y la vestimenta, antes eran un medio para realizar trabajo, para

usar las herramientas y de protección. Hoy el cuerpo y la ropa son una señal de identidad, de pertenencia a grupos y, en ocasiones, una herramienta de seducción. El cuerpo es lo máximo que diferencia al niño del adulto. Puede hacer cosas que ni el niño ni el adulto pueden. Esto lo magnifica la publicidad y las redes sociales. Importa mucho cómo el adolescente luce ante los demás. Y ahora va en aumento el ser visto, el crear una identidad.

Los valores de la sociedad son más bien hedónicos, lo que calza perfecto para esta etapa de búsqueda de sensaciones exaltadas.

Los medios digitales crean identidad. Los adolescentes crean su identidad, la que ellos quieren, y la van modificando de acuerdo a la retroalimentación que van teniendo. Importante pasan a ser los “likes” y el tener muchos “amigos”, aunque no se conozcan en persona. Los vínculos empiezan a ser virtuales. También está la posibilidad de ocultar la identidad y hacer daño a los demás.

Ahora los jóvenes son flexibles en cuanto a sus

proyectos de vida, se manejan muy bien en el mundo digital, tienen visión más amplia del mundo, son más abiertos a la diversidad, en general, y, en particular, lo son frente a la diversidad sexual. Pero como se manejan en el mundo digital que es rápido, todo tiene que funcionar así, por lo que tienen baja tolerancia a la frustración.

¿Cuáles son los principales desafíos para el niño que hace la transición a la adolescencia, y cuál es el reto para sus padres?

El principal reto para el niño es desarrollar la identidad personal autónoma, que considere las consecuencias de sus acciones. Que se diferencie de las distintas presiones sociales y familiares. El desafío es la valoración personal y diferenciación de modelos de éxito que son irreales o autodestructivos.

El reto de los padres es poder acompañar este proceso, con un ambiente familiar y escolar en que el joven se sienta contenido y validado. Que se estimule su diferenciación y apoyen las metas personales del joven, dando herramientas y

el marco valórico, pero sin tomar las decisiones por ellos.

Los padres deben crear vínculos, conocer a sus hijos y brindarles espacio. Y ser un modelo adulto, darles el ejemplo.

En su opinión, ¿cómo ha impactado la pandemia por COVID-19 en los adolescentes chilenos?

Sin duda ha afectado. Fuera de la crisis sanitaria, con su temor a enfermar, ha habido una crisis económica con desempleo y detención o déficit en la educación, además sin poder salir al aire libre, falta de actividad física, obesidad. El confinamiento de varias personas en un mismo sitio y la interrupción de rutinas diarias han causado estrés, ansiedad y depresión. La interrupción de las dinámicas entre pares o parejas, el aislamiento social, la adicción a pantallas, alteración en los patrones de sueño, alteraciones de las dinámicas familiares, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, crisis entre padres. Los trastornos de conducta alimentaria, específicamente anorexia nerviosa y obesidad, se han duplicado.

El reto de los padres es poder acompañar este proceso, con un ambiente familiar y escolar en que el joven se sienta contenido y validado. Que se estimule su diferenciación y apoyen las metas personales del joven, dando herramientas y el marco valórico, pero sin tomar las decisiones por ellos.



Hay capítulos sobre construcción de identidad, bienestar emocional, supervisión de salud, nutrición, el papel de los padres para prevenir trastornos de conducta alimentaria, ansiedad, consumo de marihuana, redes sociales, piel, hábitos de estudio y una gran sección sobre sexualidad.

¿Dónde encontrar el libro?

El libro “Adolescencia: Respuestas para Padres”, del Dr. Alberto Trautmann M., puedes encontrarlo en las principales librerías del país, como Antártica y Feria Chilena del Libro, entre otras. También con compra online en Editorial Catalonia, Buscalibre y otras plataformas. Además, tiene versión digital para Kindle, en Amazon.



Falta aún documentar con más detalle estas condiciones en cifras.

La UNICEF hizo un sondeo relacionado con el ánimo en 8.500 adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años en nueve países y territorios de la región. El reporte da cuenta de los sentimientos que enfrentaron en los primeros meses de pandemia. El 27% reportó sentir ansiedad y el 15% depresión en los últimos siete días. Para el 30%, la principal razón que influye en sus emociones actuales es la situación económica. El 46% reportó tener menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba. El 43% de las mujeres se sintió pesimista frente al futuro, versus el 31% de los hombres participantes. El 73% tuvo la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental; pese a esto, el 40% no pidió ayuda.

¿Cómo surgió la iniciativa, y cómo fue el proceso de creación, del libro “Adolescencia: respuestas para padres”, que usted lideró?

Somos un grupo que nació el año 2000 en Clínica Alemana, por iniciativa propia. Inicialmente fuimos ocho personas de distintas especialidades, con un interés en común: los adolescentes. Le tenemos cariño a los adolescentes y para poder atenderlos mejor nos hemos reunido semanalmente desde ese año para discutir dudas en su abordaje. Nuestras relaciones interpersonales son de confianza y muy simétricas. De tal modo que nos sentimos creando juntos. Esta historia y vivencias han ido evolucionando y se han ido incorporando más profesionales. Se acumuló experiencia y sintonía. De tal modo que un día nos preguntamos si podíamos transmitir a otros padres lo mismo que hacemos con nuestros pacientes y sus padres. Algo que fuera vivencial y de reflexión, no un ensayo. No una receta de cocina.

La ventaja es que sería una experiencia multidisciplinaria en que participarían pediatras de adolescentes, ginecólogas infantojuveniles, psiquiatras y psicólogas infantojuveniles y de adultos, nutrióloga, dermatóloga y psicopedagoga. Así se hizo. El libro salió justo antes del estallido social. Luego vino la pandemia, lo que provocó que su difusión fuera más tortuosa.

Hay capítulos sobre construcción de identidad, bienestar emocional, supervisión de salud, nutrición, el papel de los padres para prevenir trastornos de conducta alimentaria, ansiedad, consumo de marihuana, redes sociales, piel, hábitos de estudio y una gran sección sobre sexualidad. En ella, están los capítulos de guía de educación sexual para padres, cómo hablar de sexualidad con los hijos, sexualidad en la supervisión de salud, Virus del Papiloma Humano, sexualidad del adolescente con discapacidad y de homosexualidad. **ee**



Pesquisa neonatal de PKU: TRES DECENIOS PREVINIENDO LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL



Dr. Juan Francisco Cabello A. (PhD. MJ Leal-Witt) y Prof. Verónica Cornejo E.
Laboratorio de Genética y Enfermedades Metabólicas, INTA - Universidad de Chile.

El Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, desde 1992 fue designado por el Ministerio de Salud como centro de referencia nacional para la confirmación diagnóstica y seguimiento de personas con Fenilketonuria (PKU). Con casi 30 años de desarrollo, se ha confirmado el diagnóstico de 273 sujetos con PKU, los que han ingresado

al programa de seguimiento clínico, que incluye evaluaciones médicas, nutricionales, psicológicas y bioquímicas. A través de la experiencia clínica adquirida en estos años se ha logrado consolidar y validar el protocolo de seguimiento, lo que ha permitido determinar que más del 80% de la cohorte de PKU en seguimiento mantienen una buena adherencia al seguimiento.

La PKU se produce por una mutación en el gen que codifica la enzima fenilalanina hidroxilasa (FAH), ubicada en el cromosoma 12q22-q24.1. Este defecto ocasiona la acumulación de fenilalanina (FA) en sangre y en otros tejidos, provocando un daño irreversible en el sistema nervioso central. Si esta patología no es diagnosticada y tratada precozmente, se produce la

disminución del ingreso de aminoácidos neutros a través de la barrera hematoencefálica (BHE), debido a la competencia que existe por el transportador LAT1, traduciéndose en una menor síntesis de proteínas y de neurotransmisores.

La detección neonatal en el mundo se inició en 1961, y en Chile desde 1992 se lleva a cabo el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal para PKU e Hipotiroidismo Congénito (HC), el que ha permitido determinar una incidencia para la PKU de 1:8.816 recién nacidos vivos, con un promedio de edad de diagnóstico de 17 ± 8 días de vida, situación que permite un inicio oportuno del tratamiento para evitar las secuelas descritas.

El tratamiento consiste en una dieta restringida en FA, lo que implica prohibir el consumo de todos los alimentos de origen animal, legumbres y alimentos que contengan aspartamo. Debido a estas restricciones, es necesario complementar la ingesta con sustitutos proteicos (SP) libres de FA. En Chile, el Estado subvenciona este SP de forma universal y para toda la vida. Un estudio recientemente publicado permitió determinar que entre el 70% y 84% del requerimiento proteico que son aportados por este SP, transformándose en esencial para un resultado exitoso del tratamiento.

Es importante señalar que la evidencia científica obtenida, después de casi 60 años de aplicación del tratamiento dietoterapéutico y de la utilización del SP sin FA, con un fuerte grado de evidencia, apoya su aplicación en toda persona con PKU, y recomienda mantener la concentración de fenilalanina entre 2 - 6 mg/dL.

En las últimas evaluaciones de la cohorte PKU chilena, este manejo dietoterapéutico cubre los requerimientos de minerales y vitaminas recomendado por la *Recommended Dietary Allowance* (RDA). Es así como en uno de nuestros análisis se pudo determinar que la ingesta de vitamina D estaba acorde a las recomendaciones establecida por los protocolos internacionales, ya que el SP libre de FA aportaba entre 400-450 IU/100gr de polvo, lo que permitió que este grupo tuviese concentraciones de 25 OH vitamina D, en rango de normalidad (media de 39 ng/mL; IC 95% 33,9-43,2), incluso mejor que la población general.

De acuerdo con las evaluaciones neuropsicométricas que se realizan frecuentemente según protocolo en el INTA, se observó que el 85% de los pacientes presenta un coeficiente intelectual (CI) normal. Es importante señalar que se detectó una correlación negativa entre el puntaje calculado para CI y la concentración de FA ($p < 0,001$; $r = -0,31$).

En las guías clínicas internacionales se considera el uso de tratamientos coadyuvantes al tratamiento dietético convencional los que, ante

la dificultad de obtener evidencia científica de buena calidad, constituyen recomendaciones basadas en opinión de expertos, principalmente para algunas situaciones particulares: Sapropterina (BH4) como cofactor en deficiencias de pterinas en conjunto con precursores de neurotransmisores o en pacientes con Hiperfenilalaninemias (HFA) cuando la actividad residual de la enzima FAH es mayor al 10%, es decir, en algunos pacientes con HFA leves y moderadas es en los que se ha demostrado su respuesta a la sobrecarga con fenilalanina, este tratamiento permite aumentar la tolerancia a este aminoácido en la dieta, sin necesariamente demostrar una mejora en el control metabólico o liberar la dieta. En las formas de PKU más graves no es posible encontrar estos mismos resultados.

Otro tratamiento coadyuvante son los Aminoácidos Neutros (LNAAs), los cuales compiten con la FA por el cruce a través de la barrera hematoencefálica, reduciendo su concentración en el cerebro, pero sin lograr buenos resultados para mantener la adherencia a la dieta.

El uso de Glicomacropéptido, proteína de suero de la leche de bajo aporte de FA, se está usando como un complemento del manejo nutricional convencional ya que, por contener FA, no es un alimento de libre consumo. A través de la evidencia se ha demostrado que estos tratamientos son adyuvantes al tratamiento nutricional convencional previamente descrito y en ninguno de los casos lo reemplaza. En Chile, estos tratamientos no están cubiertos por el Estado ni por seguros privados de salud.

Un estudio realizado por nuestro grupo analizó 71 sujetos de la cohorte de PKU chilena, el cual identificó 26 mutaciones diferentes en 134 alelos de los 142 estudiados y de ellos 63 sujetos presentaron mutaciones bialélicas. Con estas mutaciones descritas se describieron los fenotipos basados en la predicción de Guldberg, ob-

servando que el 52,4% corresponde a PKU clásicos en la cual la actividad enzimática se reduce a un 12-15%, en un 28,6% en los PKU moderados, en un 14,2% en las HFA o HFA moderadas, y un 4,8% del fenotipo se clasificó como indefinido debido a que no está descrito el fenotipo para estas mutaciones encontradas. La mutaciones observadas más frecuentes fueron: c.1162G>A (p.Val388Met), c.(441+1_442-1)(509+1_510-1)del y c.1066-11G > A. La mayoría de los sujetos se caracterizó como heterocigoto compuesto, por lo cual el 76% de los casos responde como fenotipo de PKU clásico.

Destacamos la importancia de contar con un centro de referencia nacional que permite centralizar la confirmación diagnóstica y el tratamiento, pudiendo de esta forma aplicar el protocolo establecido de forma unificada. Esta particular situación permite cifras de adherencia al control metabólico muy por sobre las logradas en países desarrollados que no cuentan con un manejo centralizado, probablemente por la dispersión en los criterios de diagnóstico y seguimiento. Es de gran importancia la educación multidisciplinaria constante que se les proporciona a cada uno de los pacientes con PKU y a sus familias, adaptándose a cada etapa del ciclo vital, siendo este aspecto un pilar fundamental del programa de monitoreo integral que lleva a cabo el equipo clínico del INTA de la Universidad de Chile.

Entender la Pesquisa Neonatal como un Programa y no como un examen ha sido una de las claves para lograr el éxito demostrado en la evaluación de la experiencia chilena, la que es admirada y replicada en otros países de Latinoamérica y de todo el mundo. Lograr ampliar la Pesquisa Neonatal a más patologías es un desafío, pero se deben aprovechar las fortalezas que se han ido consolidando con el transcurso de los años, lo que nos permitirá favorecer a un número creciente de chilenos que nacen con estas condiciones. **ee**





Instagram, Sociedad y vulnerabilidad emocional: LA TORMENTA PERFECTA



Por Dr. Francisco Moraga M. Ex Presidente Sociedad Chilena de Pediatría 2011-2012.
Comité de Medios SOCHIFE.

Estos últimos días nos vimos bombardeados por noticias que afirmaban que Instagram busca nuevas formas para evitar que sus usuarios se centren en su apariencia física, después de que un reportaje de The Wall Street Journal revelara que los investigadores de Facebook, dueños de Instagram, han encontrado repetidamente que la plataforma para compartir fotos es tóxica para los adolescentes, afectando principalmente el sexo femenino.

Que las redes sociales (RRSS) pueden afectar el comportamiento no es desconocido. Lo sorprendente es que dichas conclusiones fueron

expresamente ocultadas por los responsables de obtener los datos. Facebook adquirió Instagram en 2012 y los estudios cuyas conclusiones fueron liberadas por el periódico, llevaban más de tres años en ejecución. Dentro de estas conclusiones, se describe que entre los adolescentes que declararon tener pensamientos suicidas, el 13% de los usuarios británicos y el 6% de los estadounidenses atribuyeron el deseo de suicidarse a Instagram.

Instagram declara que esta red social “si bien puede ser un lugar donde la gente tiene experiencias negativas, también da voz a las perso-

nas marginadas y ayuda a los amigos y familiares a mantenerse conectados”, respondiendo así a los cuestionamientos que se le hacen. Y agrega que la investigación generada por ellos mismos busca llegar a “la comprensión de los problemas complejos y difíciles con los que los jóvenes pueden luchar, y que informa todo el trabajo que hacemos para ayudar a los que experimentan estos problemas”. Toda esta polémica en medio de la discusión tras el anuncio de Facebook de que seguía adelante con sus planes de crear un Instagram para niños menores de 13 años, a pesar de la importante oposición

de comunidades de padres y legisladores en Estados Unidos.

Pero, ¿qué es Instagram?

La ficha técnica dice que Instagram es una aplicación y red social de origen estadounidense, cuya función principal es poder compartir fotografías y videos con otros usuarios. Se lanzó el 6 de octubre de 2010 y, por su éxito, Facebook la adquirió en 2012. Posee múltiples efectos fotográficos como filtros, marcos, colores retro, etc., para posteriormente compartir esas imágenes en la misma plataforma o en otras redes sociales. Su fundador, Kevin Systrom, compañero de universidad de Mark Zuckerberg, dueño de Facebook, creó una herramienta para fotografía hecha a la medida de la cámara del iPhone 4 y en 2011 se añadieron los ya famosos “hashtags” para ayudar a los usuarios a encontrar imágenes de una misma temática. La primera fotografía subida a Instagram fue de la mano de su fundador, con el objetivo de hacer la primera prueba de la App.

En 2012 salió la versión abierta al público para Android, que consiguió más de un millón de descargas en menos de 24 horas y, ese mismo año, la compañía fue comprada por Facebook por mil millones de dólares. En 2013 introdujo la posibilidad de etiquetar a personas y marcas en cualquiera de las fotos publicadas y ese mismo año integró *Instagram Direct*, para enviar mensajes directos y privados con fotografías o videos. En 2015 Instagram fue número uno en el ranking «Las 100 mejores apps de iPhone», destacando que era «una de las redes sociales más influyentes en el mundo». En 2015 agrega *Instagram Stories*, que causan verdadero furor en las 24 horas que duran.

Con más de 1.000 millones de usuarios (entre 15 a 20 veces más usuarios de Twitter o Facebook) y usando las imágenes como elemento central en su funcionamiento, cabe esperar que la sobreexposición mediática y el valor desmedido que se haga de lo que mostramos pueda distorsionar la forma en que mantenemos nuestra privacidad, limitar los contenidos solo a lo formal descuidando el valor de fondo y exponernos a la sustracción de imágenes a las que puede dárseles otros propósitos por parte de terceros.

Entonces, ¿cómo algo que nosotros controlamos puede llegar a afectarnos?

A mediados de 2017, dos anuncios tan futuristas como inquietantes coincidieron, casi al mismo tiempo. Elon Musk, el multimillonario sudafricano que inauguró el turismo del espacio, aseguraba que en ocho o diez años lograría que los cerebros de personas sanas estén conectados a inteligencias artificiales: “seremos ciborgs”, añadía. Por su parte, Facebook anunciaba que, con un casco lector de pensamientos que estaría listo en pocos años, seremos capaces de



Está demostrado que las redes sociales pueden ser adictivas, y que los mecanismos de retroalimentación de éstas, favorecen que nos quedemos “pegados a la pantalla” y nos llevan a pasar más tiempo en la plaza virtual.

escribir en nuestros muros telepáticamente. Buenas metáforas de cómo, a una velocidad desbocada, la esfera personal se está difuminando por completo gracias a (o por culpa de) la tecnología.

La complejidad de nuestras redes de neuronas y el funcionamiento de neurotransmisores en los complejos circuitos que nos generan placer, hedonismo y bienestar son influidos, para bien o para mal, por factores externos, y nuestros mecanismos de recompensa o rechazo activan conductas insospechadas, particularmente en personas más vulnerables emocionalmente.

La dopamina se libera cuando recibimos estímulos positivos (por ejemplo, comer nuestro plato favorito, escuchar buena música, refrescarnos en la piscina, etc.), transmitiendo una sensación de bienestar. La dopamina también afecta a nuestra relación con las redes sociales: cuando alguien muestra interés en algo que hemos publicado, lo que obtenemos de él, de hecho, genera una sensación de placer. Sin embargo, este proceso, que en sí mismo es bastante na-

tural, puede quedar fuera del control de la razón (cuando, por ejemplo, se juega de modo compulsivo): en estos casos, hay dependencias.

Está demostrado que las redes sociales pueden ser adictivas, y que los mecanismos de retroalimentación de éstas (basados en likes, acciones, comentarios, número de seguidores) favorecen que nos quedemos “pegados a la pantalla” y nos llevan a pasar más tiempo en la plaza virtual. (ver https://sochi.pe.cl/v3/esteto_articulo_solo.php?id=966).

Pero solo tenemos que culpar parcialmente a la dopamina porque, además, hay que agregar las tendencias humanas equivocadas, como dijo una vez el fundador de LinkedIn, Reid Hoffman: “Las redes sociales funcionan cuando representan uno de los siete pecados capitales”. Y, sin rodeos, agregó: “LinkedIn responde a la codicia. Facebook, a la vanidad. La ira es Twitter, la lujuria es Tinder...”, de alguna manera dando a entender que el fenómeno bioquímico dopaminérgico actúa sobre un condicionante individual, lo que explica porqué no todos se comportan igual

frente al mismo número de likes (o matches), aunque a todos nos guste ser bien percibidos.

Si tenemos una actitud compulsiva al no poder llevar una vida normal, si quitamos demasiado tiempo al trabajo, a las amistades, a la familia, a las tareas domésticas u otras actividades no virtuales, solo para esperar nuevos “me gusta” y comentarios, es hora de abordar este problema, no solo para cortar la adicción, sino para entender lo que la generó. Lo mismo ocurre a la inversa: si el no poder contar con la aprobación o si no sabemos manejar la desaprobación de nuestros lectores, y la depresión, la angustia y la sensación de fracaso me inmovilizan, debemos detenernos y buscar ayuda, tanto para no volver a caer en este estado como para entender cómo fue que llegamos hasta ahí. De hecho, las reacciones extremas, compulsivas, las adicciones, suelen ser el síntoma de una herida más profunda que necesita ser mirada, abordada y sanada.

La tormenta perfecta

Vivimos en un mundo en el que las personas no somos capaces de concentrarnos por culpa del simple silbido que emite el celular cuando recibimos una notificación. Un correo del trabajo,

una mención en Twitter, un vídeo en directo en el Facebook de un amigo... La “sociedad de la atención” abusa de los trucos psicológicos para que no podamos separarnos del celular, para que necesitemos dedicarle unos minutos más a cada una de esas aplicaciones que viven de que les dediquemos esos minutos más.

“Ten presente el poder de tu teléfono. No es un accesorio. Es un dispositivo psicológicamente poderoso que cambia no solo lo que haces, sino quién eres”, escribe Sherry Turkle, investigadora del MIT, en su libro *En defensa de la conversación*, en el que advierte de que los más jóvenes están perdiendo empatía.

Actualmente, pocas cosas son tan poderosas como un celular, y éste, en una sociedad despersonalizada, con infinidad de estímulos que nos absorben, con las instituciones desacreditadas y una desconfianza soterrada en todo lo que proponga ordenarnos, planificarnos, proponernos objetivos, levantar la cabeza, hacer la pausa y repensarnos, se hace cada vez más difícil.

Por otro lado, la juventud, particularmente la adolescencia, es un terreno fértil para generar condiciones que hagan de la búsqueda del

reconocimiento personal un motivo de vida. Biológicamente, con una corteza prefrontal alcanzando su máximo desarrollo, completando las funciones cognitivas superiores y psicológicamente con un rápido establecimiento de la autoestima y determinantes de la personalidad, hacen de la adolescencia y juventud un período de la vida especialmente vulnerable a la opinión que los demás tengan de sí mismos.

A esto sumamos el tremendo poder de las RRSS, tanto por la llegada de la información subida a grupos que normalmente no podríamos contactar, como por el poder amplificador que tienen los hashtag, los retuiteos, los likes, que multiplican el efecto del mensaje, foto o vídeo -información en buenas cuentas-, que además de la promoción personal como método de satisfacción, aparece la industria del marketing premiando económicamente a quienes son más visibles en la red, haciendo de las RRSS un instrumento de dirigir preferencias (ropas, tendencias de pensamiento, planteamientos varios...), entre los seguidores y potenciando los efectos dopaminérgicos sobre la tan buscada recompensa emocional y satisfacción. Pero a la vez, en caso de no alcanzar estos aspectos, puede sumir al genera-

Pocas cosas son tan poderosas como un celular, y éste, en una sociedad despersonalizada, con infinidad de estímulos que nos absorben, con las instituciones desacreditadas y una desconfianza soterrada en todo lo que proponga ordenarnos, planificarnos, proponernos objetivos, levantar la cabeza, hacer la pausa y repensarnos, se hace cada vez más difícil.





dor de información en la categoría inversa: depresión, angustia, desconcierto y hasta ideación suicida en aquellas personas con menores redes de apoyo, mayor fragilidad emocional o con alteraciones psicológicas de base.

En resumen, no basta que una red social, como es Instagram, tenga en el ojo del huracán a su lado oscuro; para que éste se exprese deben darse condiciones propias del sujeto que las utiliza y del entorno social en que éstas se desarrollan, llegándose al clásico triángulo de las enfermedades en que el huésped (usuario de las RRSS), agente (la red social per se) y el ambiente (contexto social en el amplio sentido conceptual: familiar, escolar, religioso, confinamiento pandémico, etc.), forman la “tríada ecológica” que actualmente se ha conjugado para alcanzar, como se dice en el título, “la tormenta perfecta”, o mejor dicho “imperfecta”, para que se alcancen los niveles de afectación que se han producido en las generaciones de nuestros jóvenes y adolescentes.

Los esfuerzos para minimizar los riesgos

La Real Sociedad Británica de Salud Pública

Aparece la industria del marketing premiando económicamente a quienes son más visibles en la red, haciendo de las RRSS un instrumento de dirigir preferencias.

(RSPH), tras una investigación llevada a cabo con 1.479 británicos entre 13 y 24 años, ha clasificado a Instagram como la peor red social para la salud mental de los jóvenes, seguida de Snapchat, precisamente las que giran en torno a la imagen y parecen conducir a sentimientos de inadecuación y ansiedad entre los más jóvenes, especialmente entre los 13 y 18 años donde los efectos de internet se hacen notar más.

Ocultar los “likes”, promover entre “influencers” la emisión de mensajes sobre el control y uso juicioso y respetuoso de las RRSS, incluir en la malla académica escolar sobre el debido uso de los medios digitales, ventanas de pop-up para avisar de uso muy prolongado de la plataforma o marcas que indiquen si la imagen ha sido adulterada, son algunas de las iniciativas que se proponen. El problema es que Instagram vive

de la vanidad, por lo que estas iniciativas van en contra de su propia esencia, ya que el retoque de imágenes es su pilar fundacional.

Por lo tanto, desde el punto de vista social, las iniciativas que buscan inculcar el uso apropiado, respetuoso e inclusivo (raza, religión, preferencias sexuales, etc.) de las RRSS y de las basadas en imágenes en particular, parece ser de las iniciativas más fructíferas. Y, desde el punto de vista pediátrico, promover entre los padres y la comunidad escolar el que se involucren en el mundo de las RRSS, en la lógica de su uso y de esa manera favorecer que éstas formen parte de un abanico amplio de formas de interacción social, evitando que acaparen el modo en que nuestros hijos, nuestros pacientes, nuestros niños y adolescentes, comparten y vivencian el mundo que les rodea. **ee**



“En las regiones es donde uno puede ver con mayor facilidad esa vocación genuina de servicio público”

Dr. Marcos González M. Pediatra Intensivista. Jefe UPC Infantil del Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins de Rancagua.

Quienes trabajamos en Pediatría siempre debemos aplicar conocimiento, método, disciplina y empatía. Estas características son vitales en todo momento para un buen resultado clínico, y para una buena relación entre médicos y familias, así como también para mantener ambientes laborales saludables. Ya es difícil trabajar en Pediatría dentro de las estructuras existentes, pero crearlas y perfeccionarlas es una labor titánica.

A continuación, presentamos la experiencia del equipo pediátrico del Hospital Regional de Rancagua en el proceso de creación de su Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos.

¿Cuándo se forma la Unidad de Paciente crítico (UPC) del Hospital Regional de Rancagua y quiénes la componen actualmente?

Como ocurre en los hospitales regionales, la necesidad está desde antes de la conformación de los servicios pediátricos, y una vez que éstos son inaugurados de inmediato aparece la demanda de cuidados críticos.

En 1983, bajo el mando de la Dra. Carmen Avilés Lohmann, una de las salas de Pediatría -rotulada en esos tiempos como Sala B-, se transformó en sala de cuidados especiales para pacientes más complejos. Luego en 1986, tomó el control de esta sala el Dr. Fernando Vargas Espinoza. En esos momentos la sala contaba con cuatro camas, una de ellas aislada. Lo sucedió en el cargo el Dr. Juan Ananías Samour quien, junto al Dr. Hugo Gravet Contreras como jefe de servicio, lograron implementar la salita con monitores y tres ventiladores mecánicos.

En 1991, por un corto período asumió la Dra. María Elena Webber Cruz y, en 1992, el Dr. Carlos Figueroa Poblete con el Dr. Claudio George Saldívar se ocupan de los pacientes críticos en esta unidad. El Dr. Figueroa y Dr. Gravet iniciaron el proyecto para presentar la Unidad al MINSAL, organismo que reconoce primero solo cuatro cupos de intermedio en julio de 2003, a pesar de manejarse pacientes ventilados; en esos momentos quienes dirigen la unidad son Dr. Fernando Véliz Campos y el suscrito.

En 2007 asumen la jefatura el Dr. Carlos Orellana Cuadra y la Dra. Jutta von Freeden Stange. En 2008 se reconocen seis camas de intermedio y en 2010 asumió la jefatura junto con Dra von Freeden. Finalmente, en 2011 el MINSAL reconoce a nuestra unidad como una UPC Infantil de Alta Complejidad. Cabe destacar que el reconocimiento ministerial, primero de Intermedio y luego de UCIP, se logró por la gestión personal de la Dra. Heidí Leiva Henríquez, en estos tiempos Jefa del Servicio de Pediatría de nuestro Hospital.

Al igual que nuestro hospital hay otros dos centros que han crecido en sus servicios pediátricos en la región y por lo que merece una mención especial la gestión del Dr. Javier Villablanca Mundaca, quien ha desarrollado una exitosa Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital de Santa Cruz, y actualmente el Dr. Cristóbal Cortés Pinto ha continuado con el trabajo iniciado por el Dr. Jorge Muñoz Cartagena en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital de San Fernando.

Actualmente, nuestra unidad contempla una dotación de 16 camas críticas con 83 funcionarios, desglosados de la siguiente forma: 5 médicos de continuidad, 2 médicos diurnos con horario parcial, 12 médicos residentes, 24 enfermeras, 4 kinesiólogos en cuarto turno, 3 enfermeras diurnas y 2 TENS diurnas, 24 TENS en cuarto turno, 4 auxiliares de servicio en cuarto turno y 1 diurna, más 1 secretaria.

¿Cómo es la realidad del trabajo en Intensivo Pediátrico en regiones?

En las regiones es donde uno puede ver con mayor facilidad esa vocación genuina de servicio público de los funcionarios que trabajan en unidades como la nuestra, donde día a día se enfrentan situaciones muy complejas con familias sufriendo por la enfermedad grave de uno de sus niños. Muchas veces debemos resolver situaciones sin necesariamente tener todo el apoyo de subespecialidades, y transmitir confianza a la familia sobre que este hospital de región puede ser tan resolutivo como uno de la capital.

En el desarrollo local en regiones, siempre se consiguen por etapas primero la infraestructura, luego el equipamiento suficiente y, lamentablemente, el recurso humano calificado al final, ya que es lo más difícil de lograr sobre todo en provincias, donde existe poca formación universitaria enfocada a esta área de especialización.

En el ámbito médico, por años hemos tenido una oferta de capacitación continua en Santiago que es relativamente fácil de aprovechar para nuestro gremio. En el ámbito del personal de enfermería y TENS la mayoría son mujeres, muchas de ellas madres de familia y con un sistema de cuarto turno que no facilita la disponibilidad de tiempo para acceder a una capacitación presencial y además capacitación formal, que en general es de alto costo, lo que dificulta invertir en formación académica del área de



especialización que este trabajo requiere. Por eso el aprendizaje se establece con la experiencia en práctica. Como se pueden imaginar también debemos enfrentar la incapacidad para resolver todas las demandas y en ese caso el traslado oportuno es una medida que tiene que lograrse en forma eficiente y eficaz.

¿Existen patologías que exceden la capacidad técnica de su Unidad y qué flujos de traslado aplican en tales casos?

La patología oncológica infantil, la cardiocirugía, las insuficiencias de órganos que requieren trasplante y los pacientes quemados, son un ejemplo de lo que debemos coordinar con nuestros centros de derivación en Santiago. Esto está bien especificado en las guías GES del MINSAL. El Hospital de referencia para la mayoría de estas patologías es el Hospital Dr. Exequiel González Cortés, para pacientes oncológicos, quemados, insuficientes renales, etc. Luego, con mediana frecuencia, está el Hospital Roberto del Río, a donde derivamos las cardiopatías que requieren cirugía y los pacientes con tumores cerebrales. Por último, donde también debemos pedir ayuda, pero con menos frecuencia, es el Hospital Dr. Luis Calvo-Mackenna, por insuficiencia hepática y cirugías complejas que no podemos resolver en nuestro servicio ni en el HEGC.

¿Cuáles han sido los principales hitos de desarrollo de su Unidad desde que inició su funcionamiento?

El primero, desde mi punto de vista, fue incorporar el monitoreo invasivo y un manejo hemodinámico acorde, pudiendo reducir la mortalidad por sepsis desde cerca del 12-15% a una cifra menor al 5%.

Otro hito importante, fue la llegada de la Ventilación de Alta Frecuencia cuando la mortalidad por SDRA grave era cercana al 50%, mientras conseguíamos el cupo en Santiago para VAFO o ECMO. Al llegar estos equipos, gestión personal de Dra. Heidy Leiva, pudimos bajar la mortalidad de ese grupo a menos del 10%. Y en el mismo ámbito de la insuficiencia respiratoria, el uso de la ventilación mecánica no invasiva en lactantes nos permitió bajar la incidencia SDRA grave y la necesidad de uso de Ventilación mecánica invasiva a menos del 3% de los pacientes enfrentados precozmente con CPAP nasal. Esta terapia en la actualidad la ofrecemos en las salas de pediatría, reduciendo consistentemente la necesidad de camas críticas en los inviernos.

Otro hito importante para nosotros, por el aporte al conocimiento, fue el uso de la exanguíneo transfusión en el coqueluche grave con hiperleucocitosis. Fuimos los primeros en realizarla en el país y probablemente en el mundo. Actualmente, es una terapia disponible en muchos lugares.

El uso de la monitorización del Gasto Cardíaco no invasivo por impedanciometría, nos reportó

un mucho mejor manejo y entendimiento de la fisiopatología hemodinámica en pacientes críticos, metódica disponible solo en nuestro centro.

Desde que nos cambiamos al hospital nuevo en 2016, contamos con terapia de reemplazo renal, con lo cual hemos podido reducir la derivación de pacientes por esta causa al HEGC.

Y, por último, pienso que otro hito importante fue desarrollar una sala de cuidados intermedios para pacientes crónicos en el servicio de pediatría, algo que logramos en conjunto con Dra. Heidy Leiva y mereció el reconocimiento rápido por el MINSAL, dada la importante ayuda que significa en términos de oferta de camas críticas cada invierno. Aún recuerdo los tiempos en que cada invierno debíamos derivar muchos niños al extra sistema, por falta de cupo, algo que ocurre muy rara vez los últimos 6-8 años.

La verdad que son muchos los avances que nuestra Unidad ha experimentado en los últimos 20 años, desde una pequeña unidad con residente único para todo el servicio de pedia-

tría con enfermera compartida con el servicio de pediatría sin monitoreo invasivo, sin acceso a sub-especialista a la situación actual que les hemos contado.

Desde el punto de vista académico, ¿hay presencia de alguna universidad en su Unidad?

Desde la llegada de la Universidad de Santiago y luego la Universidad Diego Portales, nuestro servicio se ha visto muy estimulado por la presencia de becados de pediatría rotando por UCI. Y, gracias a su presencia, se ha incrementado el número de pediatras en la región, llenando las plazas de pediatría en los servicios de urgencia infantil, los servicios de Pediatría y nuestra propia UPC infantil. En la actualidad de los 12 médicos residentes la mitad se han formado con nosotros. Y otros tres colegas luego de trabajar acá se han ubicado en UCIs pediátricas de Santiago. Uno de ellos con su sub-especialización en Intensivo terminada. Creemos que este nexo con las universidades genera un círculo virtuoso para todos; para la región, la universidad y el hospital, todos crecemos.

Otro hito importante para nosotros, por el aporte al conocimiento, fue el uso de la exanguíneo transfusión en el coqueluche grave con hiperleucocitosis. Fuimos los primeros en realizarla en el país y probablemente en el mundo.



De izquierda a derecha, E.U. Bessy Zapata, Dr. Marco González y E.U. Carolina Zúñiga. Los tres son directores locales del curso y actual diplomado coorganizado con la Secretaría de Educación Continua SOCHIPE, que dirige el Dr. Óscar Herrera.

¿Cómo fue la experiencia de organización y ejecución de cursos y diplomados enfocados en los cuidados de enfermería de paciente crítico?

Nuestra experiencia, como socios de la Sociedad Chilena de Pediatría, ha sido muy buena, y nos ha permitido generar muchas instancias de aprendizaje que no siempre están disponibles en el ámbito formal universitario y que además se han gestado en respuesta a nuestras demandas locales y comunitarias.

Desde hace varios años veíamos la poca oferta de capacitación para el estamento de enfermería y la mayoría de los diplomados de cuidados críticos son de alto costo y solo disponibles en forma presencial, por eso el año pasado junto con Bessy Zapata Morales y Carolina Zúñiga López, enfermeras diplomadas en intensivo infantil de nuestra unidad, nos pusimos en contacto con el Dr. Óscar Herrera González de la Secretaría de Educación Continua (SEC) de SOCHIPE, para realizar un curso de cuidados críticos on-line para enfermeras, el que resultó muy exitoso, con más de 600 profesionales inscritos. Fruto de este curso SOCHIPE nos donó dos importantes equipos para perfeccionar nuestra labor en la UPC infantil: un videolaringoscopio y un visualizador de venas.

Y este año lanzamos el Diplomado “Cuidados de Enfermería en el Niño Críticamente Enfermo”, que ha tenido una altísima convocatoria en todo el país incluyendo profesionales de otras zonas de Latinoamérica. Esperamos que este tipo de iniciativas puedan seguir haciendo un tremendo aporte al conocimiento de todos los hospitales de provincia.

Estamos muy agradecidos de la Sociedad Chilena de Pediatría por su visión generosa en la difusión del conocimiento que ayude al buen manejo de los pacientes pediátricos.

¿Cuáles han sido los retos a enfrentar durante la actual pandemia?

En los primeros meses de 2020, la información que nos llegaba era muy aterradora, pero luego de sentarse a pensar fríamente con los datos disponibles, vimos poco riesgo para nuestros niños, por ende, nuestro primer desafío fue mantenernos sanos como equipo.

Por la naturaleza de nuestro trabajo cada invierno enfrentamos epidemia de virus respiratorios, por lo tanto, sabíamos lo que teníamos que hacer para enfrentar este nuevo virus respiratorio. Entonces, junto con la dirección de nuestro hospital buscamos la forma de abastecernos de elementos de protección personal y decididos a esperar una avalancha de pacientes que nunca nos llegó. Los pocos pacientes pediátricos con COVID-19 que recibimos por insuficiencia respiratoria los enfrentamos como cualquier virus respiratorio con CPAP. Solo una paciente debió ser conectada a ventilación mecánica invasiva. Pacientes con PIMS debimos recibir un número

Y este año lanzamos el Diplomado “Cuidados de Enfermería en el Niño Críticamente Enfermo”, que ha tenido una altísima convocatoria en todo el país incluyendo profesionales de otras zonas de Latinoamérica.



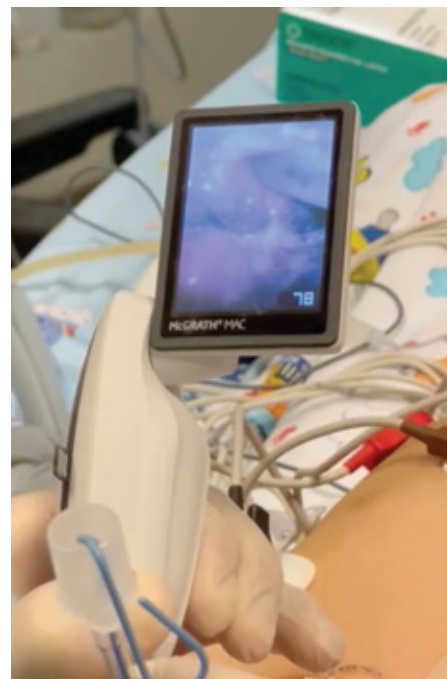
El visualizador de venas es un aparato que emite una luz cercana al infrarrojo que es absorbida por las zonas de alto flujo de sangre permitiendo ver con facilidad los vasos sanguíneos de buen calibre para ser canalizados como vía venosa (Marca Biobase. Modelo BKVD-260).

mayor. El año pasado recibimos 8 niños y este año una cifra similar, pero, afortunadamente, ningún paciente pediátrico ha fallecido por esta causa.

Y la meta que nos pusimos de no tener bajas del personal por esta causa la pudimos cumplir con la disciplina de todos y solo tuvimos ocho funcionarios con COVID-19, contagiados fuera del hospital, con buena evolución y sin hospitalización, gracias a Dios.

Usted y su equipo, ¿aplican alguna técnica o actividad para prevenir el burnout?

En general, las relaciones interpersonales en nuestra unidad se dan en un muy buen clima laboral, y eso creemos que nos ha dado un cimiento fuerte para enfrentar las dificultades que el trabajo nos impone. En una evaluación realizada por la Dra. Leiva, nuestra anterior jefa de



El videolaringoscopio es un aparato con cámara digital en su extremo distal, que permite ver más allá de la boca cuando es introducido en la faringe del paciente y, de esa forma, permite acceder a la tráquea con visualización directa al momento de intubar disminuyendo el error y la vez permitiendo tomar cierta distancia del paciente, minimizándose así el riesgo de contagio (Marca Aircraft Medical. Modelo McGRATH MAC).

servicio, no encontró funcionarios afectados.

En las conclusiones del trabajo sí se evidenció riesgo, siendo mayor en los estamentos no profesionales, por lo tanto, se realizó un plan de intervención en tres áreas: Capacitación, Incentivos y Mejoramiento del entorno laboral. Para eso, la realización de cursos de capacitación para TENS, Enfermeras, Kinesiólogos y Médicos, creemos que ha sido muy útil.

El cambio hacia un nuevo hospital con todo el equipamiento nuevo y de última generación también ha sido muy grato para todo el equipo humano. En estos años de pandemia un equipo de psicólogos presentó un proyecto a la embajada norteamericana y desarrolló una serie de cápsulas audiovisuales para esta época difícil, las cuales han estado disponibles para todo el personal durante este último tiempo. **ee**



En la torre de Rapunzel: ADOLESCENTES EN CUARENTENA

Dra. Lily Jiménez Y. *Pediatra Pontificia Universidad Católica de Chile. Neonatóloga Universidad de Chile. Residente UCI Neonatal Hospital de La Florida y Clínica BUPA Santiago.*

Cuando me pongo a ver películas con mis hijos, siempre busco una mirada más psicológica del film. A veces la encuentro, otras no, pero disfruto tener en mente esa búsqueda. En nuestra película favorita con mi hija de 12 años, “Enredados”, creo que hay muchas lecturas psicológicas para conversar durante y después de la “pelí”. Voy a compartir este paralelo:

**TORRE - RAPUNZEL - MADRASTRA =
CUARENTENA - ADOLESCENCIA - COVID**

Y es que, en casi 19 meses de cuarentenas de diversa intensidad, lo cierto es que la mayor parte de los niños y adolescentes no pudieron hacer sus vidas habituales como salir al parque, al cine, juntarse con sus amigos y sobre todo asistir al colegio, lugar donde cada vez toma más importancia el aprendizaje de la socialización, fuera del alero de los padres y la familia, en general.

Es la adolescencia el período de la vida en que

los niños empiezan a diferenciarse de sus padres o de su cuidador principal, y el individuo comienza a explorar el mundo exterior, fuera del hogar. En ese gran mundo externo, el conflicto entre lo conocido y lo nuevo se hará fundamental e invitará a salir de lo propio y seguro para iniciar una permanente exploración que llevará a descubrir nuevas figuras de apego, a desenvolverse, y florecer. Nuestros hijos usarán las herramientas adquiridas en el seno de la

familia en aquellas tierras nuevas que se mostrarán fantásticas ante sus ojos ansiosos de novedad. Así le ocurrió a Rapunzel, y creo que así puede sucederles a los jóvenes también.

En este período de encierro, no solo escondimos a los niños y jóvenes del virus maligno, casi tan maligno como aquella “madrastra”, sino también lo hicimos de ese mundo lleno de sorpresas para explorar y los retuvimos en el momento en que el ser humano está en la exacta etapa diseñada para estar afuera, en el mundo exterior. Entonces la pregunta es: ¿qué consecuencias generan en nuestros adolescentes estas cuarentenas prolongadas?

Este encierro impuesto ha sido difícil para todos, pero dado que cada grupo etario tiene diferentes procesos basales que resolver, esta condición tan inaudita y obligada, predispone a distintas reacciones según la etapa vital en que se encuentre el individuo. En el caso de los adolescentes, el encierro ha significado extremos que van desde la rebeldía hasta la sumisión, pero cualquiera sea la forma de manifestar el descontento ante la medida, hemos visto altos niveles de ansiedad, lo que supone un desafío para ellos y para las familias, en lograr un adecuado manejo y contención de esta avalancha de emociones.

Cuando entendemos que el motor vital de un adolescente es pertenecer a un grupo de pares, donde el interés está en ser incluidos y considerados por sus coetáneos, el estar obligados al confinamiento, significa una pérdida mayor a la que pueden experimentar los adultos o los niños pequeños, porque significa la pérdida de su vida social y el contacto con sus pares, lo que los hace vivir una situación en extremo antinatural, para la etapa vital en que están. Esto hace que el estrés continuo los desborde, pudiendo gatillar conductas extremas en ambos sentidos, impulsivas v/s evitativas, trastornos del ánimo, de la conducta alimentaria y pensamientos autodestructivos, incluso deserción escolar permanente.

Conversé con el Dr. Francisco Funes Díaz, pediatra y adolescentólogo de la Clínica Santa María, para conocer desde la mirada del especialista cómo han vivido los jóvenes este encierro prolongado y la pérdida de las tareas propias de la edad. El Dr. Funes, refiere que: “esta situación es inédita y compleja para todos. Pero los jóvenes, en particular, han perdido el motor esencial de ser adolescentes, con cambios en la forma de abordar sus tareas cotidianas. La falta de escolarización presencial les ha hecho perder el lugar más relevante donde encuentran motivación para sociabilizar, aprender y crear. Por otro lado, la pérdida de horarios y rutinas ha generado días que, a los ojos de los jóvenes se ven planos, largos y tediosos, alterando así sus ciclos circadianos, generando importantes alteraciones del



El encierro ha significado extremos que van desde la rebeldía hasta la sumisión, pero cualquiera sea la forma de manifestar el descontento ante la medida, hemos visto altos niveles de ansiedad, lo que supone un desafío para ellos y para las familias, en lograr un adecuado manejo y contención de esta avalancha de emociones.

sueño, que pueden transformarse en un factor causal importante de los trastornos del ánimo”.

Con respecto a los cambios biomédicos, se han evidenciado trastornos en la conducta alimentaria que van desde la anorexia, aumentando la hospitalización por esta causa y la obesidad mórbida, con pesos mayores a 100kg en jóvenes menores de 18 años.

Con lo anterior, también se ha pesquisado niveles deficitarios severos de Vitamina D, dado por el encierro prolongado, con casi nula exposición al sol, dietas alimentarias restrictivas y/o de mala calidad, con escaso consumo de pescados grasos, altas en azúcares refinadas y grasas saturadas. Es relevante considerar que la Vitamina D no solo interviene en el metabolismo óseo, sino que regula múltiples funciones como inmunomoduladoras y neuroprotectoras, siendo asociado su déficit a trastornos del ánimo, por lo cual se hace importante considerar la suplementación en este grupo etario.

Del punto de vista psicológico, el Dr. Funes también señala que observa alto interés de los jóvenes en volver al colegio presencial y poder así retomar sus rutinas diarias. Sin embargo, hay

algunos que manifiestan miedo de volver por la posibilidad a contagiarse de COVID y así eventualmente poner en riesgo a integrantes de su familia con factores predisponentes para enfermedad grave como, por ejemplo, sus abuelos. Y existe un pequeño grupo que ha manifestado “fobia social” franca, jóvenes introvertidos, con conductas más evitativas, o víctimas de maltrato escolar, quienes no quieren reintegrarse al colegio, escudándose en el encierro obligado, para no retomar sus actividades diarias. Así, bajo el amparo de una falsa sensación de protección social van perdiendo oportunidades para superar sus carencias y miedos, van restringiendo el contacto con sus pares, quedando sin resolver etapas importantes en su desarrollo y perpetuando conductas ansiosas.

Como podemos ver, el rol del colegio, más allá de la entrega de los contenidos académicos, ha vuelto a quedar de manifiesto con un importante papel en la vida de los jóvenes, que es proporcionar un espacio de encuentro, donde puedan en forma segura, manifestar sus emociones, compartir experiencias, desarrollar habilidades sociales, exponer sus puntos de vista y así poder



La realidad es que el COVID llegó para quedarse y debemos mantener las medidas de seguridad que, claramente son efectivas, pero se hace imperioso volver a reencontrarnos, retomar la vida y valorar lo importante que es la socialización.

construir lazos fuera del hogar, lo que les permite adquirir herramientas nuevas y validar las ya adquiridas, para transitar desde la niñez hasta llegar a la sana adultez.

En estos tiempos de pandemia, hemos querido visibilizar, a través de distintos medios, la vida diaria en tiempos de COVID, ese lado no infeccioso, sino el lado emocional, lo que algunos han llamado la “Verdadera Pandemia”. Esto va a permanecer después de que la crisis aguda/infecciosa pase, ya que la dimensión psicoafectiva se ha visto muy dañada y a ratos subestimada. A veces olvidamos que hace años la OMS define “enfermedad” como todo aquello que amenace al ser humano en su dimensión global, Bio- Psico- Social. Es por ello que queremos dar espacios para manifestar que este proceso no ha sido fácil, que los padres hemos quedado en muchos momentos sin herramientas para contener a nuestros hijos, porque la angustia, el estrés, el cansancio ha sido difícil de manejar.

Hemos tenido que redefinir espacios y mezclar el ámbito público con lo privado en el hogar, otro motivo para complejizar más las dinámicas familiares. Y, en medio de toda esta locura, nuestros adolescentes, mirando desde la ventana de la “Torre” el mundo allá afuera, con ganas de salir, ansiosos por vivir intensamente, han sentido el miedo a contagiarse y a dañar a los que aman.

Pero, aún así, sus mentes siguen volando a mil por hora, en silencio. Encerramos sus cuerpos, pero no sus espíritus exploradores y llegaron al mundo virtual, donde construyeron enormes redes sociales virtuales, situación que algunos les acomodó muy bien, pero que no han estado exentos de más problemas, porque socializar ahí no es lo mismo que en el mundo real.

En definitiva, no les ha tocado fácil a nuestros jóvenes y por ello debemos acoger sus miedos, sus dudas, sus sueños, para poder ayudarlos a transitar de mejor manera y recuperar este tiempo tan diferente y poder mostrarles una mirada más optimista, ver las oportunidades que para cada uno ha podido generar este tiempo en la “Torre”, así como Rapunzel, que logró ser una gran lectora y grafitera (pintó todos los muros de la Torre). Miremos y valoremos en cada joven qué ha podido desarrollar en este tiempo.

El Dr. Funes nos deja algunas recomendaciones para poder lograr una adecuada adolescencia en tiempos de Pandemia:

- Alimentarse en forma saludable y balanceada, preferir frutas y verduras como snack. Evitar comida chatarra.
- Favorecer la actividad física al aire libre, al menos 20 minutos al día, para lograr adecuados niveles de vitamina D.
- Retomar la socialización con pares, partiendo

dentro del núcleo familiar con visitas a primos, por ejemplo, y luego dar la oportunidad de contactarse con amigos que sean significativos para ellos.

- Respetar horarios saludables, como levantarse temprano y acostarse en horarios definidos, entre 21:00 y 22:00, logrando al menos 9 horas de sueño. Evitar el traspaso y uso nocturno de pantallas.
- Considerar, según la realidad de cada joven y cada familia, la posibilidad de volver en modo presencial al colegio.
- Involucrarse y conocer los contenidos que frecuentan en internet, para guiar a un uso de contenido virtual seguro.
- Vacunarse según protocolo de vacunación, actualmente indicado en los mayores de 6 años, lo cual va a permitir mayor seguridad para realizar actividades fuera del hogar.
- Y, por supuesto, mantener las medidas de autocuidado como el lavado de manos frecuentes, uso de mascarillas y mantener distancia de 1 metro entre personas.

La realidad es que el COVID llegó para quedarse y debemos mantener las medidas de seguridad que, claramente son efectivas, pero se hace imperioso volver a reencontrarnos, retomar la vida y valorar lo importante que es la socialización, para que nuestros jóvenes puedan crecer sanos y felices, dejando atrás el encierro en la “Torre de Rapunzel”. **ee**



ACTUALIZACIÓN EN ACONDROPLASIA

Dra. Fanny Cortés Monsalve, Directora Centro de Enfermedades Raras, Clínica Las Condes.

La Acondroplasia es una afección genética que afecta a 1:26.000-28.000 RN vivos y es la causa más frecuente de talla baja desproporcionada. Se produce por una mutación en el gen FGFR3 que en más del 97% de los casos corresponde a c.1138G>A (p.Gly380Arg). Este gen codifica para un receptor de un factor de crecimiento fibroblástico y su penetrancia es 100% lo que significa que todos los individuos que presenten la mutación tendrán la enfermedad. Se hereda en forma autosómica dominante. Mas del 80% de los afectados son hijos de padres con talla normal y son producto de una nueva mutación. En este caso el riesgo de recurrencia en un nuevo embarazo es muy bajo (<2%). Si uno de los padres tiene acondroplasia, el riesgo de recurrencia es 50%.

Se caracteriza por talla baja con acortamiento proximal de los huesos largos, macrocefalia y facie con frente prominente y aplanamiento medio facial, hiperlordosis lumbar, limitación de la extensión y rotación de los codos, genu varum, braquidactilia con dedos en tridente. Suelen tener retraso leve del desarrollo motor los primeros años de vida, con inteligencia normal. La talla promedio en el adulto es 131±5.6 cm en el hombre y 124±5.9 cm en la mujer.

Pueden enfrentar complicaciones como estenosis de agujero magno, apnea obstructiva del sueño, disfunción del oído medio, cifosis y estenosis espinal, por lo que es fundamental que una vez diagnosticados ingresen a un protocolo de seguimiento tendiente a prevenir complicaciones. La sobrevida es cercana a lo normal, aunque la compresión medular por estenosis del agujero magno aumenta el riesgo de muerte en los primeros años de vida.

El diagnóstico se sospecha por las características clínicas y radiológicas e idealmente debe ser confirmado por un estudio molecular.

La prevención de complicaciones debe incluir:

- Control antropométrico, con curvas específicas para Acondroplasia.
- Evaluación de los hitos del desarrollo motor, con estándares específicos para Acondroplasia.
- Neuroimágenes, al momento del diagnóstico, de cerebro y de unión cráneo-cervical.
- Controles neurológicos periódicos: signos de

mielopatía cervical y signos y síntomas de apnea obstructiva del sueño.

- Evaluación de la audición en el RN y audiometría e impedanciometría al año de vida; monitoreo de patología de oído medio y de pérdida auditiva durante la edad pediátrica.
- Control clínico de presencia de cifosis o incurvamiento de extremidades y estudio radiológico y derivación si es necesario.
- En adolescentes y adultos evaluación clínica cada 3 años para descartar estenosis raquídea con imágenes de ser necesario.

El manejo debe considerar:

- Derivación ventrículo-peritoneal si aumenta la presión intracraneana.
- Descompresión suboccipital si se diagnostica estenosis de agujero magno.
- Tratamiento de apnea obstructiva.
- Manejo de la obesidad.
- Tratamiento de la disfunción del oído medio.
- Evaluación y tratamiento ortopédico si hay incurvamiento progresivo de las piernas.
- Cirugía de la estenosis raquídea si es sintomática.
- Considerar adaptaciones del entorno en la casa, colegio y apoyo en socialización.
- Educar a padres y familia en uso de sillas de transporte, con protección cefálica.

- Evitar actividades de riesgo para la unión craneocervical: deportes de contacto, trampolines, buceo, volteretas.

Se han evaluado distintos tratamientos en torno a la principal manifestación de la Acondroplasia que es la talla baja:

Hormona de crecimiento: no tiene indicación.

Alargamiento óseo: sigue siendo una opción, pero tiene complicaciones que pueden ser graves. Los pacientes debidamente informados deben decidir si es una opción.

Administración de análogo del péptido natriurético C (PNC): produce aumento de la velocidad de crecimiento al comparar con la línea de base. Está indicado desde los 2 años, y hasta que no haya cierre epifisiario. En la Acondroplasia, el crecimiento óseo endocondral está regulado negativamente dada una mutación de ganancia de función en FGFR3. La unión del medicamento al receptor de péptidos natriuréticos tipo B (NPR-B) antagoniza la señalización río abajo de FGFR3; el medicamento, al igual que el PNC, actúa como un regulador positivo del crecimiento óseo endocondral promoviendo la proliferación y diferenciación de los condrocitos.





Fundación Rugby para Todos (RPT) Chile y SOCHIPE: UNA ALIANZA MUY BENEFICIOSA

El rugby es un juego que entrega valores y habilidades blandas únicas e incuestionables y, por ello, una disciplina ideal para trabajar con niños, niñas y adolescentes (NNA).

Dentro de los beneficios y valores socio-educacionales más destacados del rugby están el trabajo en equipo, el respeto, la confianza, la disciplina, la responsabilidad colectiva, la tolerancia, la resiliencia y el disfrute. Todo esto es muy importante para los NNA, tanto en su etapa de desarrollo cognitivo y físico escolar, como en sus vidas como adultos autónomos. Además, este deporte inculca tradiciones positivas como el “tercer tiempo”, momento posterior al juego en el que se comparte en tono amistoso, con camaradería y agradecimiento junto al adversario,

apoyando conductas éticas y de bienestar (**ver recuadro**).

El rugby contribuye en gran medida a la calidad de la educación integral de los niños y jóvenes escolares. Por medio de su enseñanza y práctica se puede aumentar y mejorar la calidad de la actividad física de los estudiantes ayudando, de esta manera, a la creación de hábitos de una vida activa, saludable y responsable.

Y, por si fuera poco, el rugby además es el deporte olímpico de mayor crecimiento en América.

Fundación Rugby Para Todos y una innovadora modalidad de juego

En 2015, Pedro Hernández de Rosas, rugbista e ingeniero comercial, creó la Fundación Rugby

para Todos, o RPT Chile, con la intención de promover el diseño e implementación de políticas públicas que impulsen el desarrollo e inclusión social nacional, a través de una educación equitativa, democrática y de calidad con relación al juego, la actividad física, el deporte y la salud para todos los colegios públicos de Chile.

Para conseguir estos objetivos, Pedro, en conjunto con un grupo de expertos multidisciplinarios, crearon una metodología que adapta y rescata aspectos esenciales de tres tipos de Rugby: Tag, Touch y Rippa rugby, y lo integraron al currículum nacional de Educación Física.

El resultado fue un método innovador, que consta de un juego lúdico formativo al que de-

nominaron “Rugby RPT”, que da valor al juego como medio para el desarrollo de habilidades, el refuerzo de valores positivos, el incentivo de aprendizajes compartidos en equidad de oportunidades, el desarrollo de la resiliencia como factor protector, y la promoción de una vida saludable desde el disfrute para todos y todas.

SOCHIPE y Rugby RPT Chile

En agosto pasado se dio por finalizado el primer ciclo de capacitaciones virtuales y prácticas presenciales para docentes y técnicos de educación escolar pertenecientes a la zona norte de Chile, en que 15 profesionales pudieron conocer la modalidad de juego Rugby RPT, y ahora podrán aplicarla en los establecimientos de nuestro norte.

Para estas actividades de capacitación, la Fundación RPT Chile contó con la colaboración de diversas entidades técnicas y científicas, entre las que se encuentra nuestra Sociedad Chilena de Pediatría, que desde 2017 apoya esta novedosa iniciativa.

En la siguiente entrevista, el **Dr. Paulo Valderrama E.**, cardiólogo pediatra, staff UCI Pediátrica del Hospital Clínico de la Universidad Católica y presidente de la Rama de Medicina del Deporte y Actividad Física SOCHIPE, nos cuenta más sobre el apoyo que nuestra Sociedad está entregando a esta iniciativa y sus alcances.



Pedro Hernández de Rosas, rugbista e ingeniero comercial, creó la Fundación Rugby para Todos.



Los principios del rugby

Si bien la práctica de cualquier deporte siempre es beneficiosa para niños, niñas y adolescentes desde el punto de vista físico, emocional y valórico, la enseñanza y práctica del rugby gira en torno a cinco principios éticos que son enseñados desde el primer momento, como algo intrínseco de este deporte, tanto dentro como fuera de la cancha:

1. RESPETO, hacia los compañeros, rivales y árbitros.
2. INTEGRIDAD, para lograr un juego limpio que se alcanza con honestidad.
3. PASIÓN, que implica jugarlo con mucha emotividad y sentido de pertenencia.
4. SOLIDARIDAD, con los jugadores del propio equipo y con los rivales, siendo leales.
5. DISCIPLINA, en el entrenamiento y durante el juego, también obedeciendo lo que sancionan los árbitros.



“Esta alianza tiene múltiples proyecciones en diferentes ámbitos, al ser un programa de alto impacto y de política pública social a nivel país”

Dr. Paulo Valderrama E. Cardiólogo pediatra y Presidente de la Rama de Medicina del Deporte y Actividad Física SOCHIPE.

¿En qué consiste esta alianza con Fundación Rugby Para Todos y qué objetivos tiene?

Desde sus inicios, la Sociedad Chilena de Pediatría tiene como misión educar a diferentes profesionales que tienen a su cuidado NNA, como pediatras, médicos generales, kinesiólogos, profesor de educación física y enfermeras, entre otros, a modo de entregar múltiples herramientas para el desarrollo integral de ellos y así de nuestros NNA.

En este contexto, Pedro Hernández, fundador de la Fundación RPT Chile, nos contactó en 2017, a través del Presidente SOCHIPE de aquel entonces, el Dr. Humberto Soriano B., para que

colaboráramos en el programa de capacitación de docentes y/o profesionales de actividad física, y así hacer del ejercicio físico y el deporte -puntualmente el rugby en su modalidad de juego lúdico Rugby RPT-, una herramienta innovadora que motive de forma transversal a la población de todas las regiones del norte, centro y sur de Chile.

En Chile y en el mundo, ya antes del COVID-19 vivíamos una pandemia de inactividad física, sedentarismo, exceso de tiempos de pantallas y malnutrición. Luego, con la crisis sanitaria y confinamientos, todo esto ha aumentado.

Actualmente, y en base a publicaciones nacionales recientes, nuestros NNA han aumentado en forma significativa su inactividad física y tiempos de pantalla, son menos hábiles desde el punto de vista motor y tienen menos fuerza/potencia muscular. Por otro lado, en estos últimos años la malnutrición por exceso ha aumentado 2 puntos porcentuales (desde 52,1% hasta 54,1%), lo que hace más frecuente ver un niño con todas estas morbilidades “silenciosas”.

Por lo tanto, el objetivo de esta alianza es aterrizar en el “campo de juego” la importancia y beneficios que tiene la actividad física, ejercicio y deporte para nuestros NNA y desde las diferen-

tes miradas de las especialidades de la pediatría.

Por parte de SOCHIPE, ¿qué acciones se han realizado y cuáles están por venir?

Desde 2017 se han realizado múltiples acciones de difusión, como la celebración con una clínica deportiva demostrativa con NNA con motivo de la celebración del Día del Deporte en municipios vulnerables como La Pintana. También la participación en eventos de actividad física y salud, y en actividades conjuntas de mesas de trabajo para la planificación, el desarrollo y la difusión del proyecto de ley para **estimular la actividad física y el deporte en los establecimientos educacionales**, discutido en el Senado desde 2018.

Además, en este último tiempo diferentes especialistas pediátricos hemos sido invitados a participar en el Programa de Capacitación de docentes y/o profesionales de actividad física de todo Chile, específicamente “Profesionales Rugby Para Todos” para complementar su formación o capacitación desde el punto de vista pediátrico.

Esta alianza tiene múltiples proyecciones en diferentes ámbitos, al ser un programa de alto impacto y de política pública social a nivel país, por estar dirigido a colegios o escuelas públicas y privadas de manera igualitaria y transversal, y por el hecho de estar trabajando en conjunto con otras entidades como la Asociación Chilena

En Chile y en el mundo, ya antes del COVID-19 vivíamos una pandemia de inactividad física, sedentarismo, exceso de tiempos de pantallas y malnutrición. Luego, con la crisis sanitaria y confinamientos, todo esto ha aumentado.

de Profesores de Educación Física (ACHIPEF) y centros de formación universitaria y técnica.

¿De qué manera esta alianza ayudará a la salud de NNA en Chile?

Es y será un tremendo aporte para la salud de nuestros NNA de Chile porque, a través del juego lúdico como el Rugby RPT, se entregan herramientas para mejorar diferentes áreas como la psicomotriz, física, cognitiva, social y cultural.

Esta es una parte de la solución a un problema multidisciplinario que vivimos actualmente, como lo es la malnutrición por exceso, inactividad física y sedentarismo con sus comorbilidades metabólicas, cardiovasculares, osteoarticulares y psicológicas, como la hipertensión arterial, dislipidemia, hígado graso, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de ovario poliquístico, trastornos de sueño, bullying, depresión y ansiedad, entre otros.

El 80% de los niños obesos continuarán sién-

dolo cuando adultos, con toda la morbilidad, sufrimiento y también gastos en salud que esto significa. De modo que generar hábitos de vida activa y alimentación saludable a una edad temprana y, sobre todo, que perdure en el tiempo, es una tarea fundamental. Mejorar y aumentar la adherencia a la actividad física en todos los NNA a lo largo del país es tarea de todos. Por lo tanto, motivar a la realización del ejercicio y/o de un deporte, que sólo era para unos pocos como lo es el rugby, es algo novedoso, que genera adherencia y a la vez entrega valores, disciplina, compañerismo, estrategia, tolerancia además de los beneficios mencionados de la actividad física.

La mayoría de los NNA necesitan un cambio que se inicie precozmente pero además que perdure en la vida y, además, necesitan un cambio a nivel gubernamental, social, educacional y familiar para que se genere un cambio más realista y un impacto más importante.



60 Congreso Chileno de Pediatría: acceso a exposiciones grabadas

¿Fuiste parte del 60 Congreso Chileno de Pediatría? Si te inscribiste y te perdiste alguna de las exposiciones, o quieres repasarlas todas, desde ahora podrás acceder a este valiosísimo material, que estará disponible hasta el **31 de diciembre de este año**.

Sin dudas, esta es una posibilidad que no puedes dejar pasar, y que además te permitirá

sumar horas para acreditación.

Para acceder a las más de 50 horas de contenidos:

1. Entra a **www.sochipe.cl/congreso2021**
2. Ingresa tu rut y la misma clave utilizada para acceder al Congreso en vivo.
3. Navega por todas las presentaciones de esta gran actividad.



Nuevos Socios

Queremos dar la bienvenida a los nuevos socios de SOCHIPE:

Paola Casanello T.
Lillian Bolte M.
Pilar Navarro R.
Ligia Rodríguez A.
Enicar Perla G.
María Paz Medel S.
Nicol Varela D.

Carolina Peralta A.
Luisangel Milano R.
Lorena Oyarzo A.
Ignacia Biel S.
Paula Cerna B.
Daniela Méndez B.
Marcelo Marchant E.

Miguel Pizarro Z.
Blanca Maldonado V.
Milena Ramírez A.
Nyssa Olivares M.
Nicolás Garrido S.
Julián Balkenhol G.
Javiera Guzmán W.

Carlos Moreno V.
Sandra López A.
Belén Olivares Y.
Macarena Salinas V.
Viviana Ulloa C.
Luisa García T.
Verochkana Vásquez V.

Javier Varela O.
Javiera Postigo V.
Carolina Rojas V.
Andrea Miller A.
Karen Muñoz B.
Bárbara Couple P.

Vitde®

VITAMINA D3/PASTEUR

NUEVA PRESENTACIÓN VITDE® 20 ml

- Cada gota aporta 200 UI de vitamina D3, 4 gotas aportan 800 UI
- Listo para administrar
- Formulado en **aceite de oliva**
- **Libre de colorantes**, edulcorantes y aditivos artificiales
- **No contiene azúcar ni lactosa** en su formulación
- **Calidad Pasteur**



Información exclusiva para Profesionales de la Salud.
Producto comercializado en Chile por Laboratorios Pasteur S.A. Ignacio Serrano 568, Concepción, Chile. Teléfono +56224383100. Cualquier reporte de efectos adversos favor contactar a farmacovigilancia@lpasteur.cl



TUGAR, TUGAR, SALIR A JUGAR

Dr. Arnoldo Quezada L. Ex Presidente Sociedad Chilena de Pediatría (2005-2006)

Las actividades lúdicas y de entretenimiento tienen un impacto trascendente en múltiples áreas del desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes. Aprender jugando es una estrategia muy positiva. El lenguaje, la comunicación, la adquisición de habilidades y destrezas psicomotoras y sociales pueden adquirirse en torno al juego. El deporte, las fiestas, las reuniones con compañeros facilitan la adquisición de competencias emocionales, conductuales y de personalidad, son favorecidas y deberían estar integradas en un ámbito de juego.

En este artículo he seleccionado un grupo de pinturas que representan niños jugando realizados por diferentes artistas, con variados estilos y en diversas situaciones.

“Niña jugando con perro”. Alejandro Ciccarelli. Óleo/tela. Museo Regional de Rancagua.

El autor expresa en esta obra su adhesión a los cánones del neoclasicismo. La figura central concentra la luminosidad del cuadro y el dibujo tiene formas bien detalladas. La niña parece sorprendida con su mirada al pintor. Sus rasgos faciales de querubín renacentista, cabello castaño ondulado muy bien peinado, con un elegante vestido plisado ceñido a la cintura y con adornos azules. Sus pies cruzados con calzado negro y calcetas verdes parecen detenerse por la irrupción de su mascota de fina raza bien cuidado apoyado en sus patas traseras jugando con su ama. Un sombrero de encajes y cintas plateadas y una cuerda para saltar son sostenidos por las manos de la niña con los brazos semiflectados. El entorno parece corresponder a un jardín con plantas, flores y árboles en primer plano a la izquierda que se proyecta hacia el fondo con más vegetación, con una laguna celeste y otras formaciones difusas a la distancia.

Alejandro Ciccarelli (1811-1879) nació en Nápoles (Italia), estudió en el Instituto Real de Bellas Artes de su ciudad natal y luego en Roma. A los 22 años obtuvo Medalla de Plata en la Exposición de Nápoles y en 1843 viajó a Brasil contratado por el emperador Pedro II como pintor de cámara y profesor de pintura de la emperatriz princesa María Teresa de Borbón. Se estableció en la corte de Río de Janeiro y tuvo participación en la organización de la Academia de Bellas Artes de esa capital. En 1848 fue contratado por el gobierno chileno en el marco del plan educativo y de fomento de las artes del presidente Manuel Bulnes para consolidar la formación de la Academia de Pintura que fue inaugurada a comienzos del año siguiente siendo su



Alejandro Ciccarelli (1808-1879). Niña jugando con perro. Museo Regional Rancagua.

Durante el siglo XX, existió un juego de escondite y búsqueda llamado “Tugar, tugar, salir a buscar”.

primer director, cargo que desempeñó durante 10 años consecutivos. Como maestro de los jóvenes pintores chilenos fue considerado severo, tradicionalista y algo rígido. Gran admirador de las artes grecorromanas, sus enseñanzas siguieron las tendencias europeas basadas en principios clásicos que no se habían modificado desde el Renacimiento dando relevancia a los temas religiosos, mitológicos e históricos. Es considerado un personaje curioso porque hacía ostentación de los diplomas y portaba las medallas obtenidas.

“Jugando al trompo”. Agustín Undurraga (1897). Oleo/tela 93,7x186 cm. Museo O’Higiniano y de Bellas Artes de Talca.

El ambiente nos transporta a una época pasada. En primer plano a la izquierda se aprecia un niño inclinado lanzando el trompo sobre la troya en el típico juego de golpear y sacar del ruedo las piezas de los otros jugadores. Otro niño de pie conversa y parece explicar cómo enrollar la sog para hacer bailar el juguete a otro joven que lleva sombrero, bufanda y periódicos bajo su brazo. Los dos jugadores van vestidos con camisa blanca, chaleco oscuro y pantalones negros enrollados bajo la rodilla y están descalzos al igual que el canillita. También presta atención al juego otro niño que apoya una rodilla en tierra lleva una manta al hombro, zapatos y un canasto cubierto con un paño blanco.

La escena está ambientada en una calle de tierra de una población de casas antiguas probablemente de adobes con tejas coloniales. En una puerta se puede apreciar una mujer con un paño en la cabeza, pañuelo al cuello, vestido largo y delantal que sostiene una escoba en sus manos. Completan la escena arriba a la izquierda cuatro personajes de pie todos con vestimentas largas y un hombre de espaldas con poncho y sombrero montado a caballo llevando un bulto por el costado y sobre la vereda, que se extiende hacia el fondo, una banqueta y un árbol.

En el libro de Oreste Plath “Origen y folclor de los juegos en Chile” disponible en la red se pueden encontrar interesantes descripciones e información sobre este juego del trompo y sobre el aro.

Agustín Undurraga (1875-1950) ingresó a la Escuela de Bellas Artes, donde fue alumno de Pedro Lira. En 1906 obtuvo una pensión del gobierno chileno para perfeccionamiento artístico en Europa. A su regreso a Chile se desempeñó como profesor en la Escuela de Bellas Artes. Compartió los principios de la llamada Generación del 13, aunque no se le considera como un integrante de esta agrupación de destacados pintores. La temática desarrollada por este artista abarca retratos, paisajes y escenas costumbristas vigentes en esa época donde se destacó



Agustín Undurraga (1897). Jugando al trompo. Museo O’Higiniano.



Demetrio Reveco, Niña con juguete (1900). MNBA.

por la calidad técnica aplicada al dibujo y la composición. Obtuvo varios premios en los Salones oficiales de Pintura de Santiago.

“Niña con juguete”. Demetrio Reveco (1900). Óleo/tela, 92x57 cm. Museo Nacional de Bellas Artes.

En esta obra el pintor muestra sus preferencias por los tonos fríos de grises y azules, con delimitaciones bien definidas como exponente tardío de la escuela academicista. La niña de cuerpo entero aparece representada en una postura estática, seria, vestida de blanco probablemente como escolar y con medias negras sosteniendo

en sus manos el aro por delante situada contra un fondo oscuro plano y sobre el piso aparente de baldosas de rombos claros y grises.

El rostro está bien detallado y llama la atención sus finos rasgos, los pendientes y el pelo corto. Los críticos de arte opinan que el pintor en esta obra plantea la cuestión de las diferencias no solo morfológicas sino también de conductas entre varones y mujeres que durante muchos años no establecieron variaciones muy definitivas en el vestuario. El juego del aro era muy popular entre niños de ambos sexos y ha sido representado en figuras y fotografías de esa época.

Demetrio Reveco (1860-1920) nació en Santiago y estudió en la Escuela de Bellas Artes como discípulo de Juan Mochi, tercer director de la Academia de Pintura. En el Museo Nacional de Bellas Artes se pueden apreciar cuatro cuadros de su autoría. En 1909 obtuvo Primera Medalla en la Exposición Internacional de Quito, Ecuador. Los cronistas señalan que existe escasa información personal sobre este pintor porque probablemente evadió la popularidad de sus condiscípulos.

“La niña del aro”. Ernesto Molina. Colección particular.

La protagonista de esta pintura aparece en pequeño tamaño en el plano central alejado, estática, con su rostro poco delineado, cabellera rubia, vestida de blanco con medias negras sosteniendo el aro por delante de su cuerpo. Los colores encendidos y la técnica detallista han incluido al autor en el estilo del descriptivismo, aunque otros aspectos del lugar, el paisaje y la situación lo aproximan al romanticismo. El manejo de los colores y del espacio le dan rasgos innovadores.

La niña está situada sobre un pasillo empedrado en medio de un extenso parque y a un costado de una construcción semicircular con muros con detalles y una bóveda aparentemente de vidrio semicubierta por vegetación que podría corresponder a un invernadero botánico. Los tonos amarillos, ocre y verdes realzan la visión general de la obra.

Ernesto Molina (1857-1914) nació en Rengo, hijo de un rico agricultor, también fue discípulo de Juan Mochi en la Academia de Pintura. Se interesó por los temas costumbristas y los pintores extranjeros llegados a Chile y en 1886 obtuvo una beca para perfeccionarse en Europa. Recorrió Francia, Italia y España y en sus obras destaca su gran atracción por Venecia y el norte de África. Cultivó una temática muy variada que incluyó personajes, retratos, temas orientales y paisajes urbanos tanto chilenos como europeos. Fue un exímio coleccionista de antigüedades exhibidas en su casa, considerada dentro de las mejores de esa época. En torno a su muerte a los 47 años circula la leyenda de haber sido envenenado por su segunda esposa descrita como una italiana muy bella.

“Paseo Atkinson”. Alfredo Helsby. Oleo/ tela 110x130 cm. Museo Municipal de Bellas Artes de Valparaíso

La escena representa una combinación de colores luminosos y sombras oscuras con algunos rasgos del impresionismo. La niña con un sombrero y su vestido de gasa blanca con cinta rosada en la cintura aparece desplegada por el viento y corre al aire libre otorgando a la escena un efecto dinámico. Se aprecia gran preocupación por los detalles en la figura central, aunque el rostro está poco delineado. La influencia de destacados pintores de paisajes se refleja en las casas y las rejas de colores blancos y anaranjados y en los antejardines con arboledas verdes.

Otras figuras completan el cuadro, como el hombre que sostiene un canasto apoyado en la reja blanca al costado derecho y al fondo del camino de tierra un perro, o el niño con sombrero vestido de blanco. Una mujer de traje largo con una sombrilla también blancos toma la mano de una niña pequeña con sombrero rojo, y miran hacia una glorieta de madera que alberga una campana en su interior y tiene un techo blanco en forma de cúpula con bordes festoneados.

El fondo se completa con un cerro de tonos verdes y café claro difusos entre las construcciones, bajo un cielo celeste apenas visible entre las nubes. A la izquierda, una baranda en perpendicular con adornos en sus pilares de sostén rematados por pomos torneados termina en un farol, y proyecta su sombra azulada sobre el plano central.



Ernesto Molina. La niña del aro. Colección particular.



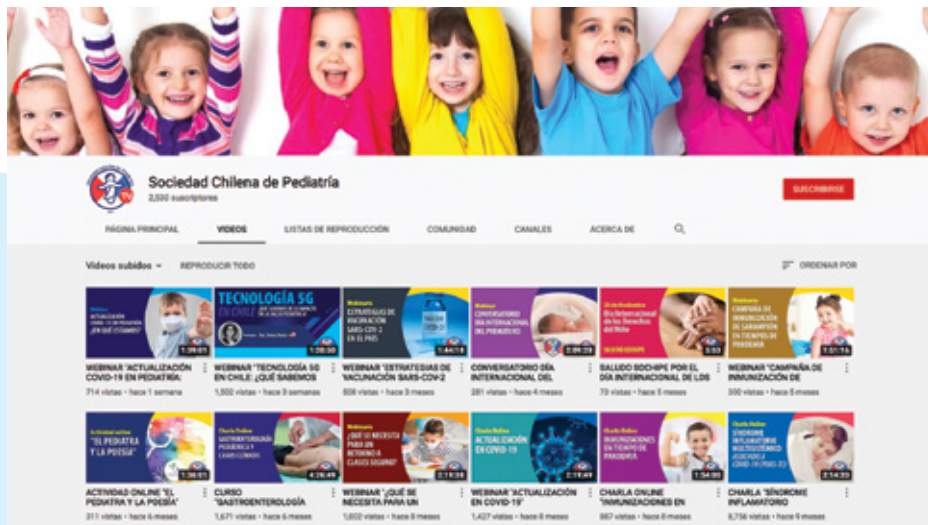
Alfredo Helsby. Paseo Atkinson. Museo Municipal de Bellas Artes de Valparaíso.

¿TODAVÍA NO TE SUSCRIBES A NUESTRO CANAL DE YOUTUBE?

CON TODO LO QUE TE ESTÁS PERDIENDO... ¡LLEGÓ EL MOMENTO!



Encuentra contenido original, en particular Charlas Online con temas de interés pediátrico que sabemos querrás ver.



Entra a Youtube, busca “Sociedad Chilena de Pediatría”, suscríbete y activa las notificaciones (en la campanita) para que no te pierdas ningún estreno.

Más de 3.000 suscritos... ¡No quedes fuera!

Alfredo Helsby (1862-1933) nació en Valparaíso en el seno de una familia inglesa. Sufrió una reacción adversa a la vacuna antivariólica y se convirtió en un líder de oposición a la vacunación obligatoria en Chile generando cartas, estudios y ensayos en términos bastante agresivos y descalificativos donde expuso los argumentos defendidos por los anti-vacunas de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Entre sus maestros de arte se cuentan Thomas Somerscales y Alfredo Valenzuela Puelma. Viajó a Europa becado por el gobierno en 1906 y logró exponer sus obras en eventos de París y Londres. Posteriormente recorrió por su cuenta Estados Unidos, Uruguay y Argentina. Sus obras se caracterizan por una fina sensibilidad con utilización muy refinada de la luz, interesado en la naturaleza otorgando nuevas dimensiones al color y a la luz. Ejerció su actividad artística juntamente con labores de empleado de comercio y demostró interés en la medicina y el ocultismo. En 1900 obtuvo Primera Medalla en la Exposición de Santiago y en la Exposición Internacional del Centenario en 1910 también fue galardonado. Murió en Santiago producto de una infección intestinal a los 71 años.

“Retrato de Viviana” (1946). Sergio Montecino.

Este pintor ha sido destacado por los retratos de su familia y de sus hijas como Viviana. Los colores son intensos y el dibujo ligero según el estilo del postimpresionismo. Se autodefinió como pintor de emociones y en esta obra es consecuente con esta idea. La niña muestra una cara desafiante o de somnolencia, con su vestido de tonos claros con diseños llamativos, semidescalza abraza su muñeca bien figurada. En el fondo rojo intenso se agregan algunos elementos en la periferia del muro que cae un piso más claro que deja ver las pinceladas y rebordes amarillos.

Sergio Montecino (1916-1997) nació en Osorno e ingresó a la Escuela de Bellas Artes de la Universidad de Chile en 1938. Antes había cursado tres años en la Facultad de Derecho. Recibió becas de perfeccionamiento en Brasil, Italia y Alemania. Fue profesor de la cátedra de Dibujo de la Escuela de Bellas Artes durante más de 30 años, formando a destacados pintores nacionales. También impartió clases en la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Chile. Según los historiadores perteneció a la llamada generación del 40 y es incluido en los cultores del estilo del fauvismo con innovaciones locales y reconocido por otras actividades como activo colaborador de revistas, periódicos y empresas artísticas. Fue autor de textos sobre pintores, escultores y músicos, crítico de arte, comentarista y fundador de la revista Pro Arte, donde

Este pintor ha sido destacado por los retratos de su familia y de sus hijas como Viviana. Los colores son intensos y el dibujo ligero según el estilo del postimpresionismo.



Sergio Montecino (1916-1997).



Sergio Montecino. Retrato de Viviana.



Camilo Mori (1869-1973).

El autor retrató a su hijo, a quien llamaba cariñosamente con ese nombre de personaje mitológico de Chiloé.



Camilo Mori. *Pincoy*. Museo Nacional de Bellas Artes.

impulsó a las nuevas generaciones a adquirir las novedades estilísticas imperantes en Europa e iniciar procesos de renovación del arte nacional. En 1993 recibió el Premio Nacional de Arte y en dos oportunidades obtuvo el Premio de los Críticos de Arte.

“Pincoy” (1949). Camilo Mori. Oleo/tela 100x70 cm. Museo Nacional de Bellas Artes.

El autor retrató a su hijo, a quien llamaba cariñosamente con ese nombre de personaje mitológico de Chiloé. La originalidad de los colores puros, especialmente en la polera y pantalones, los trazos marcados del dibujo y las figuras representadas corresponderían al estilo Expresionista dentro de la etapa tardía de productividad en la gran variabilidad de este pintor.

El niño sedente con su cabeza inclinada, sus profundos ojos negros y su cabello juvenil proyecta serenidad y ternura abrazando a su juguete de gran tamaño con vestimentas y sombrero mexicano que cubren esta ave muñeco.

En el fondo aparece parte de la silla en tonos de verde y los muros de la habitación con matices azulados, de gris y ocre.

Camilo Mori (1869-1973) fue discípulo de los maestros Juan Francisco González y Valenzuela Llanos. Financiado por el Ministerio de Instrucción Pública de la época viajó a París junto a un grupo de jóvenes pintores chilenos. Enfermó gravemente y debió ser sometido a una operación renal que no pudo costear en su totalidad y le pagó al cirujano con algunos cuadros. Cuarenta años más tarde una de sus obras, ya de alto precio, llegó a Chile y nuevamente tuvo que hacer un esfuerzo económico para rescatarla dado su valor sentimental. Actuó como comisario del Salón Oficial de 1928 donde una constelación de valores jóvenes nacionales que formaban el llamado Grupo Montparnasse -también denominada Generación del 28-, dio a conocer sus innovaciones artísticas con las influencias de las nuevas corrientes francesas, especialmente basadas en las obras de Paul Cezanne, desencadenando polémicas, pero finalmente se impuso la modernidad expuesta en las telas de la nueva generación.

Es difícil incluirlo en un estilo bien definido, el que puede variar desde el cubismo reinante a su llegada a Europa, en 1920, hasta el surrealismo y el informalismo en su permanente afán creativo y renovador que propició la libertad de expresión sin alejarse de la realidad. Ganó el Premio Nacional de Arte en 1950. Es considerado un gran innovador del afiche si bien su amplia temática incluye retratos, murales y restauraciones. Su casa del barrio Bellavista con vistas al cerro San Cristóbal puede ser visitada.ee

CLASES DE PEDIATRÍA VANGUARDISTA

Por Dr. Walter Ledermann D. // Centro de Estudios Humanistas Julio Prado

La pediatría vanguardista es aquella que nunca utiliza la letra enteramente circular que ustedes saben, ésa que se emplea al final de las palabras machistas para excluir a las mujeres. Hecha la salvedad, lean estas enseñanzas acerca de la diarrea del lactante, abierta la mente y sin despreciar el tema, que se suele evitar a causa de su desagradable perfume, miren que a nadie le gusta agarrar un pañal que nada en caca para sacar una muestra y analizarla.

La diarrea del lactante disminuye día a día en Chile, gracias a una buena higiene, a la supremacía de la lactancia materna y al avance de

la ciencia, si bien en la campaña persisten aun ideas ridículas y absurdas creencias que incluyen entre sus causas la emergencia dentaria, la brujería que empacha a cada nene y, finalmente, la fatalidad que ni las machis pueden evitar. Mas, en realidad sus causas van de bacterianas a parasitarias, entre ellas las shigellas y las escherichias, en sus múltiples variedades, y también la giardia, la ameba y las ciruelas verdes.

Para esclarecer su génesis es innecesaria la siembra en placa de Petri y se prefiere en la actualidad a las técnicas genéticas que detectan el adeene de las bacterias. Identificada la culpable,

se aplican a veces sustancias antibacterianas, si bien muchas diarreas fétidas curan y sanan sin que el pediatra haga nada. Las secuelas de la diarrea incluyen la carga excesiva de pañales desechables a las tarjetas crediticias y las arrancadas de papá en búsqueda de lugares más amables para la nariz, que muchas veces en Chile “quien dice padre dice ausente”.

La segunda parte de esta cháchara ataca el dilema interminable de la lactancia materna, que evitaría las diarreas. La escuela alemana, espartana en su esencia, que se enseñaba en la cátedra de Aníbal Ariztía, decía, taxativamente, “gagua que evita las lágrimas ni mama ni crece”, y daba fin así a cualquier debate. En la actualidad, triunfa la blanda y permisiva escuela gringa, que mete día a día la idea -y la venta- de leches enlatadas, llenas de sustancias deletéreas para la salud; la pediatría, que enfrenta una amenaza, debe rechazarlas enérgicamente y gritar (quizás sería buena una gran marcha) “¡mueran las latas!” Y también defender en esa marcha las vacunas, aunque me salga del tema, más de la leche me fui a las vacas, y pedir de esta manera a la gente necia que se deje de leseras, cese de ser “mala leche,” se pinche de una vez y dé final feliz a la pandemia, que también es una buena lata.

Antes de terminar, ya que entré en materia epidémica, vaya mi pregunta a tantísima gente experta en cuarentena, de la cual jamás imaginara antes su existencia en mi país:

¿En qué maldita revista se define la cuarentena cual la permanencia impuesta de la gente en casa, impedida de trabajar... *in what paper?*

Agradeceré a quien me ilustre, pues me dicen mis muchas lecturas que la cuarentena impedía entrar a las ciudades a gente que pudiera estar infectada, y nunca, nunca, pretendía mantener a la ciudadanía entera aislada en casa... y cesante.

Y al que le venga la túnica que se la eche encima.

P.S. Se premiará al que encuentre un ejemplar de la letra maldita en esta cháchara, quien viajará gratis tres semanas a las Antillas Rusas, en el Mar de Aral, entre Kazajistán y Uzbekistán. **ee**





**LA SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA
TIENE MUCHO QUE DECIR...**



**...SÍGUENOS EN
FACEBOOK E INSTAGRAM
Y ACÉRCATE A
CONTENIDOS DE INTERÉS
E INFORMACIÓN VIGENTE.**

**f Sociedad Chilena de Pediatría
Ya somos más de 83.000!**

**f Diario Mi Hijo
Estamos llegando a más de 32.000 padres y madres!**

**ig @sociedadchilenadepediatra
Ya llegamos a 28.000 seguidores!**

**bt @sochipe
Estamos cerca de superar los 8.000!**

Eucerin®

ATOPI CONTROL

ALIVIO INMEDIATO Y DURADERO PARA EL CICLO ATÓPICO*

NUEVA
LÍNEA



CUIDADO DIARIO

FASE AGUDA

*Con el uso combinado de la Línea Eucerin ATOPI CONTROL. Producto cosmético sin acción terapéutica. Productos de Cuidado Diario aptos para el recién nacido. Productos de Fase Aguda utilizar según recomendación dermatológica.