

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

**Editorial**

*Juan Carlos Stagnaro, Juan Cristóbal Tenconi,  
Daniel Matusevich, Santiago Levín*

**La fertilidad y planificación del embarazo en las mujeres con  
trastorno bipolar: revisión narrativa orientada a la  
psicofarmacología clínica**

*Julieta María Wajntraub, Laura Silvia Lorenzo*

**Presentación de un Programa de entrenamiento docente:  
"Evaluación y abordaje del riesgo suicida en adolescentes"**

*Cecilia De Simone, Pedro Lesta, Graciela Onofrio, Roberto Pallia,  
Mariana Pedace, Gisela Rotblat, María Inés Sinópoli*

**Acompañamiento a víctimas/testigos y sus familias en juicios  
por crímenes de lesa humanidad en la Provincia de Santiago  
del Estero, Argentina**

*Mariela Santillán, María del Carmen Gómez, Alcira Chávez*

# 1

Volumen 18  
2017

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## COMITÉ EJECUTIVO APAL

### Presidente

*Enrique Mendoza Gaitán*

### Vice - Presidente

*Antonio Geraldo Da Silva*

### Secretario General

*Nery Ortiz Álvarez*

### Secretario de Finanzas

*Ismael Salazar Gutiérrez*

### Coordinadora de Secciones

*Graciela B. Onofrio*

### Secretarios Regionales

México, Centroamérica y Caribe

*Enrique Chávez León*

Países Bolivarianos

*César Sánchez Bello*

Países del Cono Sur

*Cecilia Idiarte Borda*

## CONSEJO DE REDACCIÓN

### Coordinador

*Juan Carlos Stagnaro*

### Miembros

*Juan Tenconi*

*Daniel Matusевич*

*Santiago Levín*

## COMITÉ CIENTÍFICO

### Argentina

*Manuel Suárez Richards*

*Juan Carlos Stagnaro*

### Uruguay

*Álvaro Lista Varela*

*Álvaro Dottone*

### Brasil

*Marco Antonio Brasil*

*Carlos Alberto Crespo de Souza*

### Paraguay

*Julio Torales*

### Colombia

*Rodrigo Nel Córdoba*

*Roberto Chaskel*

### Perú

*Renato Alarcón*

*Alberto Perales*

### Guatemala

*Luis Pedro Torrebiarte*

*See Emilio Quinto*

### Puerto Rico

*Margarita Alegría*

*Bárbara Díaz*

### Dominicana

*César Mella*

*José Angel Saviñón Tirado*

### México

*María Elena Medina Mora*

*Carlos Berlanga Cisneros*

*Humberto Nicolini Sánchez*

*Enrique Chávez León*

### Chile

*Hernán Silva Ibarra*

### Cuba

*Angel Otero*

### Ecuador

*Fabrizio Delgado*

*Pacífico Gallegos Acosta*

## Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 27)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

**Diseño y Diagramación** Q+D diseño / 011 2055-9793 - CABA - Argentina / mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

<http://quilesdiezsolucionesgraficas.blogspot.com>

[facebook.com/QuilesDiezsolucionesgraficas](https://www.facebook.com/QuilesDiezsolucionesgraficas)

# 1

Volumen 18  
2017

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

### Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos  
*Presidenta: Juan Cristóbal Tenconi*

### Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría  
*Presidenta: Isnelda Gómez Montalvo*

### Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría  
*Presidente: Antonio Geraldo da Silva*  
Distrito federal (Brasília)

### Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía  
*Presidente: José Luis Castillo*

### Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría  
*Presidente: Iván A. Jiménez R.*

### Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría  
*Presidente: Francisco Gólcher Valverde*

### Cuba

Sociedad Cubana de Psiquiatría  
*Presidente: Miguel A. Valdés Mier*

### Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría  
*Presidente: Ricardo Morla Boloña*

### El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría  
*Presidenta: Tirza Merino Gomez*

### Guatemala

Asociación Psiquiátrica de Guatemala  
*Presidenta: Roxana Ruiz*

### Haiti

*Jean Phillipe*

### México

Asociación Psiquiátrica Mexicana  
*Presidente: Juan Luis Vázquez Hernández*

### Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría  
*Presidente: Martín Moreno*

### Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana  
*Presidente: Juan Manuel Yori Umlauff*

### Puerto Rico

Sociedad Puertorriqueña de Psiquiatría  
*Presidente: Jesús M. Saavedra Caballero Díaz*

### República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría  
*Presidenta: María Nerys Perez*

### Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay  
*Presidenta: Cecilia Idiarte Borda*

### Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría  
*Presidenta: Yolanda Alvarado P.*

# ÍNDICE

- 5 **Editorial**  
*Juan Carlos Stagnaro, Juan Cristóbal Tenconi,  
Daniel Matusevich, Santiago Levín*
- 6 **La fertilidad y planificación del embarazo  
en las mujeres con trastorno bipolar: revisión narrativa  
orientada a la psicofarmacología clínica**  
*Julieta María Wajntraub, Laura Silvia Lorenzo*
- 13 **Presentación de un Programa de entrenamiento docente:  
“Evaluación y abordaje del riesgo suicida en adolescentes”**  
*Cecilia De Simone, Pedro Lesta, Graciela Onofrio, Roberto Pallia,  
Mariana Pedace, Gisela Rotblat, María Inés Sinópoli*
- 21 **Acompañamiento a víctimas/testigos y sus familias en juicios  
por crímenes de lesa humanidad en la Provincia de  
Santiago del Estero, Argentina**  
*Mariela Santillán, María del Carmen Gómez, Alcira Chávez*
- 27 **Reglamento de Publicaciones**

# EDITORIAL

Con este número de la Revista Latinoamericana de Psiquiatría el actual Consejo de Redacción se despide de nuestros colegas agradeciendo a las sucesivas autoridades de nuestra Asociación la distinción que nos han otorgado al poder hacernos cargo de la publicación a lo largo de los últimos años.

En los números que estuvieron a nuestro cargo pudimos mostrar las investigaciones de diversos lugares de nuestra región, reproduciendo trabajos de alto interés, al tiempo que comunicamos los eventos internacionales que protagonizó nuestra Asociación bajo las presidencias de los Dres. Alfredo Cía y Rodrigo Córdoba Rojas.

El actual Comité Ejecutivo deberá decidir sobre el equipo que retomará esta importante tarea para seguir haciendo conocer en el espacio internacional la producción de los colegas latinoamericanos.

Habiendo sido escasa la llegada de artículos en la segunda parte del año 2016, se decidió pasar al año en curso para el que se han seleccionado los trabajos que nuestros lectores encontrarán en este número.

Deseamos a nuestros sucesores el mayor éxito en su próxima tarea editorial bajo la dirección de nuestro Comité Ejecutivo.

**Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro**

**Dr. Juan Cristóbal Tenconi**

**Dr. Daniel Matusevich**

**Dr. Santiago Levín**

*Consejo de Redacción*

# La fertilidad y planificación del embarazo en las mujeres con trastorno bipolar: revisión narrativa orientada a la psicofarmacología clínica

## *Fertility and pregnancy planning in women with bipolar disorder: a narrative review focused on clinical psychopharmacology*

### **Julieta María Wajtraub**

Médica especialista en psiquiatría.  
Centro privado de psicoterapias.  
Av. Cabildo 2287, CABA  
Buenos Aires, Argentina.

### **Laura Silvia Lorenzo**

Médica especialista consultora  
en psiquiatría  
Presidente del Capítulo de  
Psicofarmacología de APSA  
(Asociación de Psiquiatras Argentinos)  
Coordinadora de EPSIRE  
(Equipo especializado en  
psicofarmacología infantojuvenil y  
reproductiva) [www.epsire.com.ar](http://www.epsire.com.ar)  
Calle 47 N° 1116, La Plata  
Buenos Aires, Argentina.  
[lauralorenzo63@yahoo.com.ar](mailto:lauralorenzo63@yahoo.com.ar)

**Resumen** La salud reproductiva de las mujeres que padecen trastorno bipolar constituye un foco de atención clínica en cuanto al manejo de su tratamiento. Con el objetivo de relevar información reciente aplicable a la práctica, se realizó una revisión bibliográfica sobre fertilidad, anticoncepción y planificación del embarazo en esta población. Los estudios sobre fertilidad sugieren cierta disfunción reproductiva, relacionada con el tratamiento o con la fisiopatología del trastorno, mediante modulaciones del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal/gonadal. En cuanto a las posibilidades de anticoncepción, los estudios relevados recomiendan priorizar el tratamiento eficaz frente a la elección del método: evitar anticonceptivos hormonales que posean potencial de interacciones con antiepilépticos y considerar métodos mecánicos (dispositivo intrauterino). Como el embarazo en pacientes con trastorno bipolar se considera de alto riesgo, los estudios recomiendan asesoramiento al menos tres meses previos al embarazo. Esto incluye desarrollar plan de manejo de posibles recaídas durante y luego del embarazo e información sobre potenciales riesgos del tratamiento y de la suspensión del mismo. Los hallazgos de esta revisión permiten elaborar estrategias fundamentadas en evidencia que contribuyen al asesoramiento en la toma de decisiones tendientes a preservar la salud de la madre y el bebé.

**Palabras clave:** trastorno bipolar; fertilidad; anticoncepción; planificación de embarazo

**Abstract** *The reproductive health of women suffering from bipolar disorder constitutes a focus of clinical attention regarding the management of their treatment. In order to obtain recent practical information, a literature review on fertility, contraception and pregnancy planning was conducted in this population. Fertility studies suggest some reproductive dysfunction, related to the treatment or to the pathophysiology of the disorder itself, by modulations of the hypothalamic-pituitary-adrenal / gonadal axis. Regarding the possibilities of contraception, the*

*Las autoras no declaran  
conflictos de interés*

surveyed studies recommend prioritizing effective treatment against the choice of method: avoid hormonal contraceptives that have the potential for interactions with antiepileptic drugs and consider mechanical methods (intrauterine device). As pregnant patients with bipolar disorder are considered at high risk, studies recommend counselling at least three months prior to pregnancy. This includes developing a management plan for possible relapses during and after pregnancy and information on potential risks of treatment and suspension. The findings of this review allow for the elaboration of evidence-based strategies that contribute to decision-making counselling aimed at preserving the health of the patient and the baby.

**Keywords:** bipolar disorder; fertility; contraception; pregnancy planning



## Introducción

La salud reproductiva de las mujeres que padecen trastorno bipolar es un área de interés para definir un mejor manejo del tratamiento en función de los riesgos y beneficios. El embarazo y postparto representan tiempos de vulnerabilidad incrementada para estas pacientes, ya que la patología a veces no es reconocida y por lo tanto insuficientemente tratada (1). Como cerca del 40% de los embarazos son inesperados (2), los riesgos potenciales de la enfermedad y del tratamiento deben ser considerados cuando una mujer en etapa fértil se presenta a la consulta.

Justamente, esta etapa representa el momento de mayor riesgo de presentar un trastorno afectivo. En Argentina, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno bipolar es de 3,5%, con mayor frecuencia entre los 18 y 35 años (3).

El término infertilidad, clínicamente definido como la incapacidad de concebir durante un año, es un problema común que afecta aproximadamente a 5-10% de las mujeres. Una revisión de estudios sugiere que la fertilidad podría estar afectada en mujeres con depresión o trastorno bipolar (4).

La salud sexual y la anticoncepción en mujeres bipolares en tratamiento farmacológico son aspectos relevantes en el trabajo clínico. Este tratamiento suele incluir fármacos como ciertos antiepilépticos, que interactúan con los anticonceptivos orales y poseen potencial teratogénico. Muchas mujeres con trastorno bipolar en edad fértil son tratadas con psicofármacos, pero no utilizan anticoncepción y no desean de concebir. En una encuesta de 136 mujeres que recibían tratamiento de mantenimiento para el trastorno bipolar (incluso drogas teratogénicas), 41% no utilizaban ningún método anticonceptivo. Además, los trastornos del estado de ánimo no tratados durante el embarazo pueden representar serios factores de riesgo para el feto (5).

Por lo tanto, la anticoncepción o planificación de un embarazo en pacientes con trastorno bipolar y el manejo de su tratamiento en dichas instancias requieren disponer de información confiable y actualizada para asesorar en las decisiones.

El objetivo de este trabajo es revisar información reciente acerca de la fertilidad, anticoncepción y planificación de embarazo en pacientes con trastorno bipolar, a fin de delinear pautas que faciliten la toma de decisiones clínicas en estas situaciones.

## Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda en la base de datos MEDLINE utilizando las palabras: *bipolar disorder*, *perinatal*, *preconception*, *anticonception*, *reproductive function*, *reproductive health*, *fertility* en distintas combinaciones, limitando la búsqueda a las referencias publicadas en los últimos 5 años, sólo en humanos, idioma inglés y español. Se seleccionaron metanálisis, revisiones sistemáticas y estudios clínicos relevantes que correspondieran a los objetivos del trabajo (fertilidad, anticoncepción y planificación de embarazo en pacientes bipolares). Se realizó una búsqueda similar en el sistema *UpToDate* y se complementó con búsqueda manual de artículos mencionados en estos textos.

## Fertilidad en el Trastorno Bipolar

Algunos estudios sugieren que ciertos fármacos utilizados para tratar el trastorno bipolar, particularmente los estabilizadores del ánimo como el valproato, están asociados a una mayor incidencia de anormalidades menstruales y síndrome de ovario poliquístico. Sin embargo la evidencia es controvertida ya que la función reproductiva podría estar afectada tanto por los estabilizadores del ánimo (litio, valproato y antipsicóticos atípicos) como por la fisiopatología del trastorno bipolar, tal vez mediante modulaciones del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal /gonadal. Un estudio comparativo entre pacientes con trastorno bipolar (n=103) y controles sanos (n=36) mostró que la tasa de anormalidades menstruales era equivalente entre ambos grupos (6).

Las alteraciones sobre el ciclo menstrual vinculadas a antipsicóticos que ocasionan aumento de la prolactina (lo cual se relaciona con oligomenorrea, amenorrea y/o galactorrea), se relacionan con alteraciones de la fertilidad. La hiperprolactinemia suele ser más frecuente con risperidona o antipsicóticos de primera generación, aunque también ha sido reportada con otros antipsicóticos. Por otra parte, el valproato aparece asociado a un aumento de riesgo de ovario poliquístico, anormalidades menstruales e hiperandrogenismo, que impactan en la fertilidad (7).

La evaluación del patrón del ciclo menstrual antes de iniciar el tratamiento con antipsicóticos o valproato puede ayudar a determinar si los fármacos podrían causar las anormalidades mencionadas.



## Anticoncepción en el Trastorno Bipolar

Algunos datos previos sugerían una escasa frecuencia de uso de anticoncepción en pacientes con trastorno bipolar (5). En un estudio reciente sobre una muestra de Argentina no se hallaron diferencias en el cuidado de la salud reproductiva entre las pacientes con trastorno bipolar y los controles sanos. No obstante, un tercio de los embarazos no fueron planeados entre las primeras, mientras que se reportaron sólo el 7% entre las segundas (8).

Según la revisión de *Hendrick* (9) las mujeres deben ser alentadas a utilizar métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, tales como dispositivos intrauterinos; estos requieren mucha menor atención por parte del usuario y están dentro de los métodos más efectivos. En particular recomienda el Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, que no interfiere con fármacos, no es hormonal, y puede ser efectivo hasta 10 años. La autora sugiere que las pacientes que están siendo tratadas con carbamazepina eviten la anticoncepción hormonal (oral, parches y anillo vaginal) y utilicen otra forma de control de natalidad, tal como anticoncepción inyectable, implante o dispositivo intrauterino. Esto se debe a que la carbamazepina induce las enzimas hepáticas e incrementa el metabolismo de los anticonceptivos bajando, de esta manera, su eficacia. Sin embargo, una alternativa razonable sería la de utilizar altas dosis de anticonceptivos orales, vigilando la presencia de sangrado intermenstrual (*spotting*) lo cual indicaría que la protección está fallando. Las pacientes que usan lamotrigina deberían evitar anticonceptivos con estrógenos, los cuales podrían incrementar la eliminación de lamotrigina, disminuyendo su eficacia como estabilizador y exponiéndolas a eventuales recaídas. Sin embargo, se puede utilizar también una dosis más alta de lamotrigina si es necesario usar anticoncepción con componente estrogénico.

Por otro lado, *Larsen* (7) aconseja la anticoncepción oral si la paciente está recibiendo tratamiento con valproato, en parte para inhibir el desarrollo de ovario poliquístico, y en parte para evitar un embarazo (teniendo en cuenta los efectos teratogénicos de este psicofármaco).

Aquellas mujeres que opten por utilizar anticoncepción oral pueden ser orientadas hacia opciones compatibles con el uso de estabilizadores del ánimo. De-

berían conocer la información basada en la evidencia acerca de los riesgos perinatales de su enfermedad y su medicación, y guiadas hacia estrategias para reducir los riesgos (10).

Con respecto al posible impacto hormonal de los anticonceptivos en el curso de la enfermedad bipolar, una revisión sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos en pacientes con trastornos afectivos no encontró alteraciones anímicas asociadas al uso de anticonceptivos hormonales en estas pacientes (11).

## Asesoramiento y Planificación

Idealmente el diseño del tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo debe ser realizado antes del mismo, aunque no siempre es posible. Los embarazos consumados en forma inesperada representan un desafío para los médicos tratantes (12).

Para las mujeres con trastorno bipolar, el embarazo no planificado puede incluir la exposición precoz del embarazo a drogas teratogénicas que supongan cierto riesgo de aborto espontáneo o secuelas a largo plazo para los descendientes, así como la posibilidad de recaída de la enfermedad en mujeres embarazadas debido a la estabilización del tratamiento interrupción abrupta (8).

El momento ideal para evaluar el manejo del trastorno bipolar en el embarazo es en la fase previa a la concepción. Discutir los riesgos del tratamiento y de la enfermedad no tratada ayuda a las mujeres a tomar decisiones informadas. Es una oportunidad para optimizar el cuidado de la salud, tanto psíquica (prevención de recaídas, monitoreo del estado de ánimo, identificación de desencadenantes y señales de advertencia temprana, adherencia al tratamiento) como física (fomentar los controles ginecológicos, dejar de fumar, reducir la ingesta de cafeína y alcohol, y controlar el peso para mejorar el resultado general). La psicoeducación también es vital para mejorar la comprensión de la enfermedad y facilitar un mayor grado de control. Las decisiones deben tomarse a la luz de un análisis de riesgo- beneficio completo y con referencia no solo a la evidencia de seguridad reproductiva de los medicamentos sino también en relación a la historia individual de enfermedad de la mujer. Es de suma importancia mencionar que la enfermedad no tratada en el embarazo implica mayor riesgo de

recaída, pero también puede afectar el resultado del embarazo (parto prematuro, bajo peso para la edad gestacional, incremento de niveles de hormonas del estrés, cambios en el desarrollo neuroconductual (13).

Una revisión sobre las principales guías internacionales de tratamiento del trastorno bipolar que hacen referencia al embarazo, recomienda el asesoramiento previo a la concepción, al menos 3 meses antes, con desarrollo de un plan de manejo previo al embarazo que incluiría el tratamiento de posibles recurrencias durante la gestación y en el postparto (14).

Algunos autores proponen incluir al familiar acompañante (por ejemplo, la pareja de la paciente) en el plan de manejo y prevención asociado a la planificación (15).

Luego de considerar la información otorgada acerca de los riesgos de la exposición a fármacos y los riesgos de no recibirlos, las pacientes bipolares pueden elegir entre las siguientes opciones (9):

- a. Mantener el plan farmacológico actual durante la concepción, embarazo y parto.
- b. Cambiar de medicación antes de intentar la concepción para evitar drogas con mayor riesgo teratogénico.
- c. Discontinuar la medicación antes de la concepción y retomarla durante el segundo o tercer trimestre de embarazo (cuando ya se completó la organogénesis).
- d. Discontinuar la medicación antes de la concepción y mantenerse sin la misma durante la concepción, embarazo y parto.

Si una mujer bipolar presenta un intervalo asintomático prolongado, los estabilizadores del ánimo podrían discontinuarse lentamente antes de la concepción. El tiempo de estabilidad anímica recomendable oscila entre 4-6 meses para algunos autores (14), mientras que otros recomiendan un período de eutimia mayor a dos años entre episodios. Este intervalo sumado a episodios de respuesta rápida al tratamiento y ausencia de síntomas psicóticos o intentos de suicidio sería indicador de enfermedad de curso leve, que facilitaría la eventual suspensión del tratamiento farmacológico en el primer trimestre (cuando hay riesgo teratogénico), en el tercer trimestre para evitar posibles efectos postnatales, o durante todo el embarazo, siempre que la paciente cuente además con adecuada contención. No obstante, los mismos autores recomiendan cautela en esta maniobra por el riesgo de recaída ante la interrupción del tratamiento. Otra sugerencia consiste

en observar a la paciente durante un breve período sin medicación antes de que intente concebir, para estimar si persistirá eutímica durante un posible embarazo. En caso de que se interrumpa el tratamiento antes de concebir, se sugiere discontinuar el fármaco a lo largo de dos a cuatro semanas, ya que el riesgo de recurrencia podría ser mayor si la discontinuación es más abrupta. También se aconseja el monitoreo de la paciente con una frecuencia de entre una y cuatro semanas, según el número y la severidad de los síntomas. Si los síntomas recurren durante el periodo de discontinuación, generalmente la medicación es titulada nuevamente a la dosis necesaria para mantener la eutimia. Si a pesar de esto, el episodio continúa activo y no mejora dentro de cuatro a ocho semanas, se recomienda cambiar de fármaco. En caso de pacientes planificando un embarazo que presentan un curso moderado a severo de enfermedad (más de un episodio cada año a pesar de tratamiento adecuado, episodios que requieran meses o años de tratamiento para resolver completamente, antecedentes de intentos de suicidio y/o síntomas psicóticos), se sugiere mantener el tratamiento antes de la concepción y durante el embarazo, en base los estudios mencionados que reportaron que las mujeres embarazadas sin tratamiento tienen mayor riesgo de recaídas (16).

Teniendo en cuenta la información existente acerca de que la enfermedad psiquiátrica presenta riesgo tanto para la madre como para el niño, la prioridad es mantener estable a la madre durante el embarazo. Deben tenerse en cuenta varios factores como los antecedentes psiquiátricos, la severidad de los síntomas, el antecedente de respuesta, y la decisión materna respecto al uso de psicofármacos (17).

Asimismo, un dato importante a incluir es la dificultad en la toma de decisiones en relación a la percepción de riesgo aumentada y las dificultades de acceso a información confiable (18).

## Recomendaciones

Es frecuente que el tratamiento farmacológico se reserve para las pacientes más graves, en las cuales los beneficios potenciales generalmente sobrepasan los posibles riesgos asociados con el uso de fármacos. En la evaluación deberán tenerse en cuenta los riesgos que genera la enfermedad de la madre y no siempre creer que la patología no tratada resultara menos nociva que la introducción de un psicofármaco.

La toma de decisiones en la etapa de la preconcepción puede ser guiada mediante el orden de la información disponible. (Figura 1)

## Conclusión

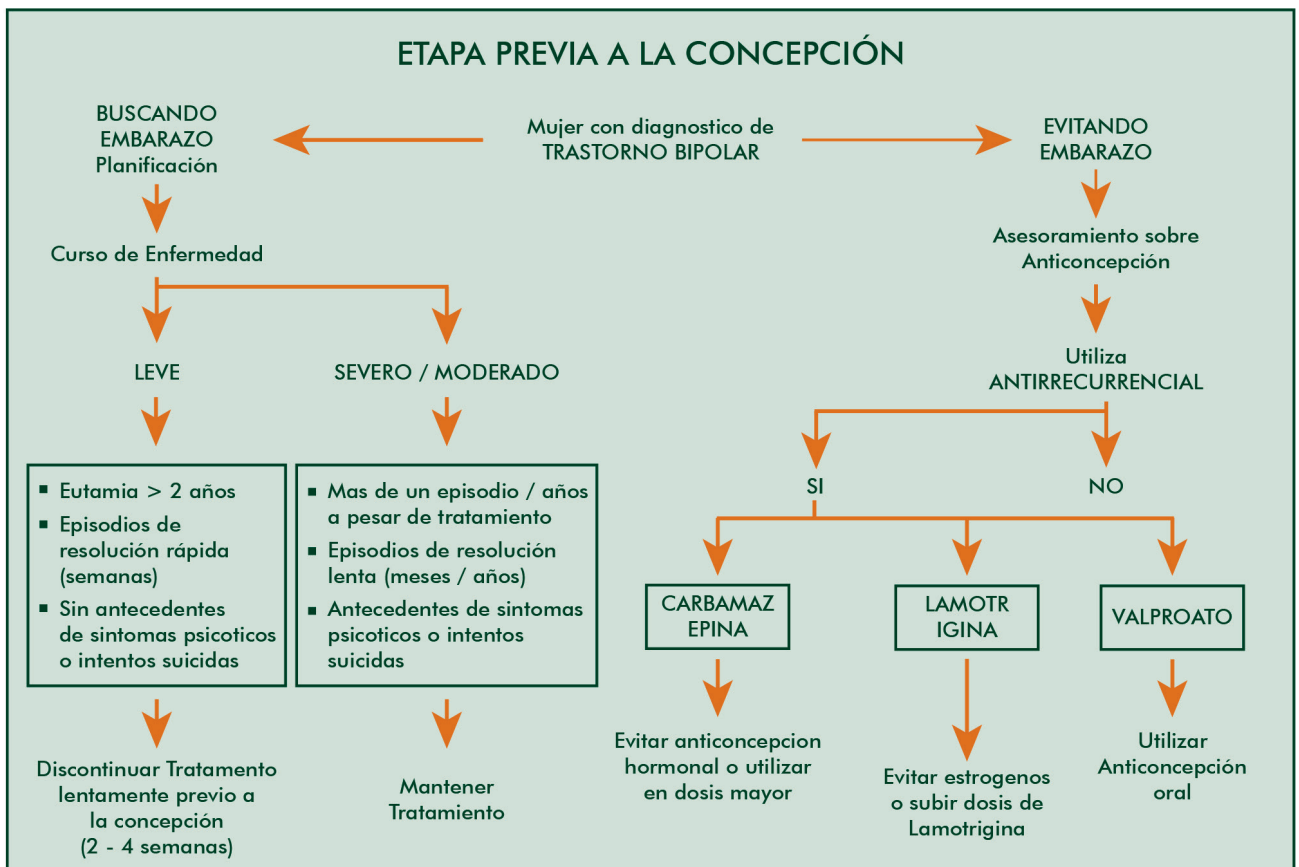
Los trabajos consultados presentan puntos de acuerdo y disidencia en las diferentes secciones mencionadas, pero han podido delinarse algunas pautas que orientan la toma de decisiones en cada etapa. El objetivo de los profesionales será proveer a las mujeres de información científica confiable tanto del tratamiento como de la enfermedad, y los riesgos de ambos. Luego, frente a las distintas opciones acompañar a la mujer en su decisión, considerando sus preferencias y valores individuales. En resumen, si bien la tarea de manejar el tratamiento psicofarmacológico previo al embarazo en las mujeres bipolares no resulta simple, esta revisión aporta una síntesis de evidencias y recomendaciones que tienen como objetivo orientar la toma de decisiones, en función del balance riesgo beneficio en cada caso.

Y es bueno recordar que ninguna decisión está libre de riesgo: sólo se intenta encontrar el riesgo menor.

## Referencias Bibliograficas

1. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann.* 2010 Dec;41(4):241-50.
2. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164:1817.
3. Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME et al. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 Apr;53(4):341-350
4. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update.* 2007 Nov-Dec;13(6):607-16
5. Magalhaes PV, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M. Use of contraceptive methods among women treated for bipolar disorder. *Archive of Women Mental Health* 2009; 12:183
6. Reynolds M, Kenna H, Marsh W. Evaluation of reproductive function in women treated for bipolar disorder compared to healthy controls. *Bipolar Disord.* 2014 16(1): 37-47

Figura 1. Toma de decisión en mujeres con trastorno bipolar en cuanto a anticoncepción y planificación de embarazo.



7. Larsen E, Damkier P, Pedersen L, Fenger-Gron J, Mikkelson RL, Nielsen RE et.al. Use of psychotropic drugs in pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015; 132 (Suppl. 445): 1–28.
8. Marengo E, Martino D, Scápola M, Fassi G, Urtueta Baamonde M, Strejilevich S Unplanned pregnancies and reproductive health among women with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2015;178:201–205
9. Hendrick V. Bipolar disorder in women: Contraception and preconception assessment and counseling. En: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2017
10. Miller L, Ghadiali N, Larusso E, Wahlen K, Avni-Baron O, Mittal L, Greene J. Bipolar Disorder in Women, *Health Care for Women International*, 2015;36:4, 475-498.
11. Pagano HP, Zapata LB, Berry-Bibee EN, Nanda K, Curtis KM. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception*. 2016 Dec;94(6):641-649
12. Haskey C, Galbally M. Mood stabilizers in pregnancy and child developmental outcomes: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2017; 1-11.
13. Jones S, Jones I Pharmacological Management of Bipolar Disorder in Pregnancy *CNS Drugs*. 2017 Sep;31(9):737-745
14. Sharma V, Sharma S. Peripartum management of bipolar disorder: what do the latest guidelines recommend? *Expert Rev Neurother*. 2017 Apr;17(4):335-344
15. Boyce P, Buist A. Management of bipolar disorder over the perinatal period. *Aust Fam Physician*. 2016 Dec;45(12):890-893
16. Hendrick V. Bipolar disorder in women: Indications for preconception and prenatal maintenance pharmacotherapy en: *UpToDate*, Rose, BD (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2017
17. Chisolm MS, Payne JL. Management of psychotropic drugs during pregnancy. *BMJ*. 2016 Jan 20;532:h5918
18. Dolman C, Jones I, Howard L. Women with bipolar disorder and pregnancy: factors influencing their decision-making. *BJPsych Open* 2016 Sep 7;2(5):294-300

# Presentación de un Programa de entrenamiento docente: “Evaluación y abordaje del riesgo suicida en adolescentes”

*Presentation of a teacher training program:  
“Evaluation and approach of suicidal  
risk in adolescents”*

## **Cecilia De Simone**

*Médica Especialista en Psiquiatría UBA.*

*Especialista en Docencia Universitaria  
para profesionales del Área de la salud.*

*Profesora Asistente del Departamento  
de Clínica Médica del Hospital  
Italiano de Buenos Aires (HIBA).*

*Coordinadora del sector de  
Interconsulta y de Atención  
Psiquiátrica Domiciliaria  
del Servicio de Psiquiatría del HIBA.*

*Integrante de GRANTAHÍ  
(programa de Control del  
Tabaco del HIBA).*

## **Pedro Lesta**

*Médico Especialista en  
Psiquiatría Infantil Juvenil.*

*Subjefe del Servicio de Salud Mental  
del Hospital Italiano de Buenos Aires.*

*Especialista en Docencia Universitaria.*

*Subdirector de la Carrera de Médicos  
Especialistas en Psiquiatría  
Infantojuvenil IUHI.*

*Magíster en Psiconeurofarmacología.*

**Resumen** El suicidio es un problema de salud pública grave, a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP). En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). En nuestro hospital el riesgo de suicidio entre los pacientes adolescentes que consultan en la guardia pediátrica y al servicio de salud mental pediátrica es alto por lo que en el marco de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (IU del HIBA) desarrollamos un programa de capacitación en su evaluación y abordaje. En el presente trabajo se describe dicho programa.

**Palabras clave:** suicidio; prevención del suicidio; adolescentes

**Abstract** Suicide is a serious public health problem, worldwide it is among the three leading causes of death in people aged 15 to 44 years, having a high impact in terms of years of potential life lost (YPLL). In Argentina, in the last twenty years, the death rate due to suicide grew considerably in the youngest groups (15 to 24 and 25 to 34 years). In our hospital, the risk of suicide among adolescent patients who consult in the pediatric ward and the pediatric mental health service is high, as part of the Specialization Course in University Teaching of the University Institute of the Hospital Italiano de Buenos Aires (IU of the HIBA) we developed a training program in its evaluation and approach. In the present work, this program is described.

**Keywords:** suicide; risk of suicide ; adolescents.

*Los autores no declaran  
conflicto de intereses*



## Graciela Onofrio

*Médica Psiquiatra y Psicoanalista.  
Miembro Titular de APSA, APAL y WPA.  
Presidente Honorario de los Capítulos  
de Trastornos de la Conducta  
Alimentaria y de Investigación de APSA.  
Coordinadora de Secciones de la  
APAL (2014-2016 y 2016-2018).  
Co-Chair de la Sección Psychoanalysis  
in Psychiatry de la WPA (2017-2020).  
Docente del Depto de Psiquiatría y  
Salud Mental de la UBA.  
Profesora Titular del Depto Académico  
de Ciencias Humanas del Instituto  
Universitario del Htal. Italiano.*

## Robeto Pallia

*Jefe del Servicio de Salud Mental  
Pediátrica. Hospital Italiano  
de Buenos Aires.  
Profesor Titular del Instituto  
Universitario Escuela  
de Medicina del Hospital Italiano.  
(I.U.H.I.).  
Director de la Carrera de Médico  
Especialista Universitario en  
Psiquiatría Infanto Juvenil. U.B.A. e  
I.U.H.I.  
Director de la Carrera Universitaria  
de Especialización en Psicología  
Clínica con Niños, Adolescentes y  
Familias. I.U.H.I.  
Comité de Certificación Profesional  
de la Asociación Argentina de  
Psiquiatría Infanto Juvenil y  
Profesiones Afines (AAPI).*

## Mariana Pedace

*Licenciado en Psicología.  
Especialista en Docencia Universitaria.  
Psicóloga HIBA Psiquiatría y Terapia  
Intensiva de Adultos.  
Miembro del Comité de Residencias  
y Becas del HIBA.  
Profesora adjunta de grado y de  
posgrado del IUHI.  
Docente de la carrera de especialistas  
de APSA y de SATI*

*Los autores no declaran  
conflicto de intereses*

## Gisela Rotblat

*Médica Psiquiatra infanto juvenil.  
Jefa de Psiquiatría e interdisciplina  
de Salud Mental Pediátrica del  
Hospital Italiano (HIBA).  
Subdirectora de la carrera de  
Especialista en Psiquiatría infanto  
juvenil (UBA, sede Hospital Italiano).  
Especialista en docencia universitaria  
para profesionales de la salud.  
Coordinadora de residencia de  
Psiquiatría infanto juvenil del  
Hospital Italiano, Buenos Aires,  
Argentina.  
Docente adjunta del IUHI.  
Vocal titular de AAPI*

## María Inés Sinópoli

*Médica especialista en Psiquiatría.  
Especialista en docencia Universitaria.  
Docente adjunto de la Carrera de  
Especialista en Psiquiatría del  
Instituto Universitario del Hospital  
Italiano. (I.U.H.I.).  
Coordinadora de sala de internación  
de Psiquiatría de adultos del HIBA*

## Fundamentación

En los últimos años hemos asistido a un importante aumento en la cantidad de adolescentes y jóvenes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas auto lesivas. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. (Ministerio de Salud RA, 2011). El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma ((Ministerio de Salud RA, 2011) que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP).

En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registran las tasas más altas.

Resulta significativo el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio en los/las adolescentes y jóvenes, siendo los varones quienes contribuyen principalmente a dicho aumento. En promedio son las mujeres quienes cometen más intentos mientras que los varones lo consuman en mayor medida. Actualmente, es la 2ª causa de defunción en el grupo de 10 a 19 años.

En nuestro medio, en un trabajo en el que se analizaron los motivos de consulta por guardia al servicio de Salud Mental Pediátrica (SMP) del Hospital Italiano de Buenos Aires (Dra Dolores Carril, TFI Carrera de MEPIJ, mayo 2016) en el que se analizaron, entre otras variables, los motivos de consulta psiquiátricos (N:118) en la guardia pediátrica del HIBA durante el

período comprendido entre junio 2014 y diciembre del 2015, se observó que la mayor parte de las consultas involucraban riesgo suicida. En dicho trabajo el 27% de las consultas por guardia fueron por auto y/o heteroagresividad, en el 19% correspondió a ideas de muerte y el 13% a intentos de suicidios. El resto de las consultas incluyeron otras causas: 11% descompensación psicótica; el 10% crisis de ansiedad; 10 al 7% crisis en el estado de ánimo y el 4% a sospechas de abuso sexual. El restante 9% correspondió a otras causas que incluyen excitación psicomotriz, intoxicación etílica, efectos adversos a medicación y control farmacológico. De acuerdo al marco legal vigente (ley 26657) las evaluaciones de las urgencias psiquiátricas deben realizarse por un equipo interdisciplinario, por lo que desde el servicio de SMP se conformó un equipo de urgencias formado por psiquiatras y psicólogos. Por todo lo anteriormente mencionado consideramos importante que los alumnos de las Carreras de Especialista en Psiquiatría Infanto Juvenil (CEPIJ) y en Psicología de niños, adolescentes y familias (CEPNAF) del IUHI, que se dictan dentro del ámbito del Servicio de Salud Mental Pediátrica (SMP) del HIBA, puedan adquirir durante su formación adecuadas competencias en la detección del riesgo suicida en adolescentes y en su adecuado abordaje integral.

## Contexto en el que se inserta este programa

Este programa de enseñanza sobre Evaluación de riesgo suicida en adolescentes se inserta en el marco de las CEPIJ y CEPNAF del IUHI.

Los alumnos ya poseen conocimientos básicos acerca del manejo de las consultas por urgencias psiquiátricas (ya que previamente han cursado un programa sobre el tema). El presente programa se complementa también con la cursada de distintas materias teórico-prácticas (que incluyen contenidos relacionados con esta temática), a lo largo del año lectivo, y la participación supervisada, con autonomía progresiva, en la atención de pacientes en distintos contextos (consultorios externos, la guardia pediátrica, la sala de internación psiquiátrica, la sala de internación pediátrica, etc.).

## Descripción del programa

**Destinatarios:** Alumnos de 1er año de las CEPIJ y CEPNAF del IUHI.



## Objetivos generales del programa

Que los alumnos puedan:

- a. Reconocer y evaluar los distintos factores de riesgo de suicidio y factores protectores (personales, familiares y socioambientales) en la consulta con adolescentes.
- b. Conocer los distintos tipos de abordajes terapéuticos (no farmacológicos y farmacológicos).
- c. Formular una indicación acorde al grado de riesgo evaluado.

**Duración total del programa:** Horas de actividad docente presencial: 17hs. 4 meses.

**Metodología de evaluación:** En cada uno de los módulos se realizará una evaluación continua sobre los siguientes aspectos: a) Presentismo: se requerirá un presentismo de más del 80%. b) Grado de participación en las actividades propuestas. c) Desarrollo de competencias para llevar a cabo entrevistas de evaluación de riesgo de suicidio en adolescentes y decidir abordajes acordes mediante: la utilización de la Tabla de cotejo y Mini-Cex.

**Evaluación del curso:** Se administrará un cuestionario a los estudiantes al finalizar el curso que deberán completar de manera anónima. Se pedirá que evalúen: Clima de aprendizaje, promoción de la comprensión, claridad de los conceptos trabajados, grado de satisfacción en la modalidad de enseñanza utilizada y sugerencias para mejora del curriculum.

**Tipo de Curriculum:** El programa tiene un curriculum teórico-práctico que se dividirá en 3 módulos (con un diseño espiralado).

## Descripción de los Módulos

### 1er. Módulo

Estará conformado por 4 clases teórico - prácticas de 2 horas de duración con una frecuencia semanal. Con carácter presencial.

#### ■ Contenidos Clase 1:

- a. Conducta suicida: definición y epidemiología.
- b. Mitos y prejuicios sobre suicidio.
- c. Ideación suicida, tentativa de suicidio, conductas autolesivas no suicidas y equivalentes suicidas.
- d. El proceso o crisis suicida: Etapas.
- e. Diagnósticos Psiquiátricos más frecuentes. / Modalidad: Clase teórica, expositiva dialogal. Trabajo grupal sobre un video que toca la temática del suicidio adolescente (13 Razones). Discusión gru-

pal sobre los puntos trabajados en la primera parte de la clase.

#### ■ Contenidos Clase 2:

- a. Factores de riesgo y factores protectores.
- b. La familia en el paciente con riesgo suicida: antecedentes, características.
- c. Cuestionarios que evalúan tentativas de suicidio.
- d. Tablas para evaluar potencialidad del riesgo. / Modalidad: Lectura previa de material bibliográfico compartido en un drive grupal. Trabajo grupal inicial sobre un caso clínico (detección de factores de riesgo y factores protectores). Clase teórica expositiva dialogal. Retomar el trabajo grupal inicial a la luz de los contenidos abordados en la clase.

#### ■ Contenidos Clase 3:

- a. Abordajes de las conductas suicidas.
- b. Principios de manejo del riesgo con pacientes suicidas de acuerdo a riesgo personal, familiar y social.
- c. Distintos tipo de estrategias no farmacológicas en el manejo inicial de pacientes con riesgo suicida: internación psiquiátrica y pediátrica, manejo ambulatorio: internación domiciliaria, acompañamiento terapéutico, seguimiento por consultorio de atención rápida. d. Estrategias farmacológicas de acuerdo al diagnóstico sindromático. / Modalidad: Clase teórica expositiva dialogal y trabajo grupal con casos clínicos: evaluación de riesgo y abordaje terapéutico.

#### ■ Contenidos Clase 4:

- a. Elaboración grupal de lista de cotejo de valoración de riesgo suicida y de abordajes posibles de acuerdo al riesgo.
- b. Comparación con tabla de Cotejo docente. / Modalidad: Actividad grupal de evaluación de riesgo suicida en una situación de guardia simulada (role playing o video) y abordajes de acuerdo al tipo de riesgo.

### 2do. Módulo

Consistirá en 4 actividades docentes de una hora de duración, con frecuencia semanal, en las cuales se trabajará grupalmente distintas situaciones de urgencias simuladas mediante role playing y material fílmico. Se evaluará a los entrevistadores mediante tabla de cotejo.

### 3er. Módulo

- a. 5 hs aprox. para los alumnos en un lapso de actividades clínicas realizadas durante dos meses.

- b.** Rol Model, práctica clínica supervisada con feedback y evaluación final de entrevista clínica mediante mini-cex. El rol model se realizará en grupos de dos estudiantes (psicólogo- psiquiatra) con un docente en la Central de emergencias pediátricas. Será necesario por lo menos cumplir con dos observaciones. La parte clínica supervisada consistirá en por lo menos dos entrevistas supervisadas por grupo en la Guardia pediátrica con casos reales.

La aprobación del programa requerirá la aprobación de una evaluación mediante minicex del manejo de una entrevista a un paciente adolescente con riesgo suicida en la guardia pediátrica.

### Justificación bibliográfica de estrategia docente:

La fundamentación de las decisiones tomadas en cuanto a las estrategias docentes en los módulos se basa en los DIEZ PASOS PARA EL APRENDIZAJE COMPLEJO (Van Merriënboer J, Kirschner P, 2014). Consideramos este Programa de Evaluación y Abordaje del Riesgo Suicida en Adolescentes, un aprendizaje de habilidades complejas ya que requiere entrenamiento en varias áreas interrelacionadas, a saber:

- a.** Integración de conocimientos (adolescencia normal y patológica, diagnósticos diferenciales, apreciación de las alertas de riesgo, manejo de la familia del adolescente, etc.).
- b.** Habilidades comunicacionales (empatía, comunicación, generación de buen clima en la relación médico- paciente).
- c.** Actitudes y aspectos de integración cognitivos (reflexión, aproximaciones cognitivas a modelos mentales, asertividad en la toma de decisiones),
- d.** Transferencia de lo aprendido a otros entornos (guardia en diferentes entornos, consultorios externos, salas de internación, comunicación con equipos interdisciplinarios de trabajo).

Este diseño integral requiere algunas interacciones y se trata de un diseño holístico, que no parte de nosografías aisladas y atomizadas sino de diagnósticos situacionales en la entrevista con el adolescente y su familia. Partimos de lo más fácil a lo más difícil o complejo, en este programa de entrenamiento, para ayudar al proceso de enseñanza – aprendizaje de los futuros especialistas en Psiquiatría y Salud Mental. Realizamos aproximaciones sucesivas y espiraladas en una habilidad compleja que va a requerir funda-

mentalmente el desarrollo de las siguientes competencias mensurables:

- 1.** Ser capaz de construir un ámbito cálido, empático, confiable y agradable en la entrevista.
- 2.** Ser capaz de establecer diagnóstico principal o precedente del adolescente por el que se consulta, de acuerdo al desarrollo progresivo de “illness scripts”, y ser capaz de establecer diagnóstico diferencial con las principales patologías teniendo en cuenta aspectos relevantes del desarrollo evolutivo de ese adolescente que surjan en la entrevista.
- 3.** Ser capaz de mantener una comunicación empática con la familia del adolescente, manteniendo la confidencialidad de la entrevista, pero contando con el empoderamiento de la red del menor por el que consultan. Considerar a la familia como aliado de esta entrevista, por lo tanto, crear modelos mentales para reconocer los aspectos fuertes del sistema familiar.
- 4.** Ser capaz de relevar, asimismo, antecedentes médicos de importancia en la situación de emergencia.
- 5.** Ser capaz de evaluar un pensamiento estratégico, en una actitud autorreflexiva, para indicar lo más asertivamente posible estrategias terapéuticas a seguir por el adolescente y la familia consultante.

Al trabajar inicialmente con aprendizaje por problemas, presentación de casos clínicos y role playing favorecemos la recreación de contextos lo más cercanos a la realidad sin poner en riesgo la seguridad del paciente, ya que se trata de entornos controlados. Al decir de David Merrill, citado por Van Merriënboer y Kirschner, el enfrentamiento con casos clínicos y role playing antes de la práctica modelada en guardia, funciona como “la piedra en el estanque” y va en total coincidencia con el programa de los **DIEZ PASOS** enunciado por los autores. Siguiendo algunos pasos elementales tomamos en cuenta entonces:

- **Diseño:** fundamentalmente alrededor de casos clínicos contando con los conocimientos previos que los colegas que se están formando tienen ya del programa general de la especialidad.
- **Secuenciación:** desarrollada en los tres módulos hasta el trabajo conjunto con el estudiante en el ámbito mismo de la guardia, tarea que encara inicialmente con tutor docente, role modelling.
- **Objetivos de desempeño:** ya detallados anteriormente y que serán evaluados de forma conti-

nua con diversos protocolos, que incluye una Tabla de cotejo y el MINI CEX.

Los cuatro componentes abarcan:

- **Tareas de aprendizaje:** Diseño de las clases enfocadas a tareas completas lo más cercanas a la experiencia real de guardia, secuenciación y objetivos de desempeño buscados que serán luego evaluados. En las primeras clases utilizamos material filmico y casos clínicos basados en casos reales de consulta frecuente, con la finalidad de ofrecer experiencias de tareas completas, con bajo grado de complejidad y alto grado de apoyo y orientación en las cuales los alumnos utilicen sus conocimientos previos e incorporen nuevos conocimientos. En el 2do módulo usamos también la técnica del role playing para que los alumnos aprendan la detección del riesgo suicida en la entrevista médica. En este caso se les brinda a los alumnos información procedimental, un check list, de guía sobre los aspectos principales que tienen que evaluar en la detección del riesgo suicida. En el 3er módulo en las rotaciones por la guardia los alumnos aprenden a través de la observación e imitación del docente: role model (Harden & Crosby, 2000). Los alumnos de esta manera aprenden no sólo de lo que dice el docente sino de cómo lo hace en la práctica de la especialidad, sus conocimientos, habilidades y actitudes.
- **Información de apoyo:** Aspectos no rutinarios que incluye el conocimiento previo sobre el adolescente normal, distintas estructuras de personalidad, categorías diagnósticas más prevalentes en adolescencia, distintos funcionamiento familiares y otros elementos a explorar del contexto y de los antecedentes evolutivos. Desarrollo de pensamiento estratégico (Anijovich, 2006) y modelos mentales implicados en las decisiones. Esta información funciona como articulador de lo que los estudiantes ya saben y lo que deben incorporar para poder entrenarse en la consulta de emergencia. Se brinda a los alumnos información de apoyo a través de la exposición dialogada y entrega de material de lectura previo a las clases a fines que sirva para la resolución de los problemas y tareas de aprendizaje. Esta información establece un puente entre lo que los estudiantes ya saben y lo que deben saber para trabajar eficazmente en las tareas de aprendizaje. (Van Merriënboer, 2014)

- **Información procedimental:** Aspectos procedimentales que constituyen contenidos rutinarios de la entrevista que hacen a las normas generales, a saber:
  - a. Presentación en la entrevista
  - b. Generación de clima confiable
  - c. Tabla de cotejo DE RIESGO SUICIDA: datos a recabar, rápida exploración mental de conocimientos previos, aspectos legales a tener en cuenta, etc.
  - d. Secuencia de la entrevista
  - e. Parámetros médicos indispensables
  - f. Indicadores semiológicos y situacionales esenciales para tomar resoluciones.
- **Práctica de parte de las tareas:** A través de :
  - a. “Juego completo” (Perkins, 2010) en una versión para principiantes: role playing simulando situación real de consulta en guardia.
  - b. Cambio de roles en el juego de role playing.
  - c. Entrevista acompañado de tutor docente en aproximaciones sucesivas hasta ir delegando gradualmente responsabilidad en el estudiante. Comenzando como observador no participante hasta llegar a realizar la entrevista de manera autónoma.
  - d. Supervisión grupal posterior de los casos de consulta.

### Justificación de la utilización de una tabla de cotejo y del Mini-Cex como forma de evaluar:

*Remitimos a la lista de cotejo en ANEXO.*

Arceo y Durante, consideran que en la formación de médicos competentes, y podríamos agregar de profesionales de la salud en general, “...la evaluación debe ser considerada como una parte fundamental en el proceso de aprendizaje de forma tal que permita alcanzar los objetivos planteados y orientar el estilo de aprendizaje de los estudiantes” (MD Arceo y E Durante, 2013). Al decir de Alvez de Lima (2005) “La evaluación comienza con la identificación de los objetivos de aprendizaje y finaliza con la determinación en qué nivel esos objetivos fueron alcanzados”. Estos objetivos en nuestro programa son los siguientes: Que los alumnos estén capacitados para:

- a. Evaluar el riesgo suicida en pacientes adolescentes.
- b. Tomar decisiones de manejo de la situación de acuerdo al riesgo evaluado.

Creemos que las ventajas de proponer una herramienta como una tabla de cotejo y el Mini-Cex, son varias:

1. En primer lugar observar en forma directa como el alumno "hace" (estrato superior de la pirámide de Miller) es importante ya que uno de los mayores problemas en la evaluación de habilidades clínicas es la falta de observación por parte de los docentes (Alvez de lima, 2005. Durante E., 2006).
2. Contar con un método de una evaluación estructurada permite mejorar la objetividad, y la detección de fortalezas y debilidades en las competencias de los alumnos (Alves de Lima, 2005; Durante E., 2006).
3. La posibilidad de un instrumento que permita un feed-back inmediato disminuye la posibilidad de errores en la evaluación y colabora con el proceso de aprendizaje de los alumnos como una evaluación formativa (Durante E., 2006. Fornells-Vallés J M., 2009).

## ANEXO

Lista de cotejo sobre aspectos a tener en cuenta en la investigación de Riesgo Suicida en la consulta de Emergencias en Adolescentes.

### La entrevista con el adolescente:

- Recordar que para obtener información confiable es muy importante poder establecer un buen vínculo con el adolescente:
- Mantener una actitud profesional pero empática e interesada en su perspectiva sobre la situación (independientemente de la información que podamos haber recibido de otras fuentes: padres, acompañantes, fuerzas de seguridad, etc.).
- Conseguir un entorno seguro, con cierta privacidad, no mostrarse apurado
- Durante la entrevista, establecer contacto visual y cuidar la comunicación no verbal.

### Durante la entrevista se debe investigar:

(La siguiente guía no implica un orden predeterminado)

- Actitud y predisposición al diálogo.
- Estado anímico y mental (tratando de establecer un diagnóstico sindromático y prestando particular atención a síntomas de angustia y depresión severos).
- Comienzo y duración del cuadro. Posibles factores desencadenantes.

- Diagnósticos o tratamientos psiquiátrico previo.
- Ideación suicida.(Comenzar por preguntas generales y avanzar hacia preguntas más específicas).
- Si hubo planificación de algún tipo. En caso positivo: grado de posible letalidad de la misma.
- Acceso a posibles medios letales (medicamentos, venenos, armas, etc.).
- Hubo otros intentos recientes o autoagresiones previas.
- Hubo suicidios o intentos de suicidio en la familia, amigos o conocidos.
- Hubo pérdidas, situaciones estresantes o traumáticas recientes (conflictos familiares severos, conflictos con pares, antecedentes de abuso o maltrato, bullying, etc..).
- Consumo de alcohol o sustancias.
- Red familiar. Quienes proveen cuidados y sostén afectivo. Hay personas en la familia que inducen o gatillan situaciones de crisis. Estilos de comunicación familiar.
- Red social. Grupo de pares, grado de integración e interacción. Intereses y características del grupo de pares, rol dentro del grupo, posibles conflictos con el grupo.
- Escolaridad. Características, nivel de desempeño académico, preocupaciones, conflictos.

### En caso de autoagresiones (o intento de suicidio)

- Investigar la intencionalidad (fue un acto impulsivo?, un pedido de ayuda?, imposibilidad de enfrentar alguna situación sin intención de muerte?, un intento manipulativo?, anticipaba ser rescatado?, hubo clara intención de muerte?).
- Posible letalidad del acto.
- Dejó cartas o mensajes de despedida.

### Entrevista con familiares u otros informantes

Es importante poder tener otras fuentes de información (familiares, acompañantes, amigos, etc.) acerca del adolescente y la situación que lo trae a la consulta, sobre todo en aquellos casos en que el adolescente no pueda o no quiera colaborar con la entrevista.

Se seguirán los mismos lineamientos descriptos para la entrevista con el adolescente.

### Guía de Abordajes terapéuticos de acuerdo al riesgo detectado

- **Riesgo bajo:** derivación a consultorios externos del Servicio de SMP. Pautas de alarma a la familia.



- **Riesgo moderado:** Seguimiento por consultorio de atención rápida. Internación domiciliaria. Posible abordaje farmacológico de acuerdo a cuadro de base. Pautas de alarma a los padres.
- **Riesgo alto:** internación en Sala de psiquiatría/pediatría. Posible abordaje farmacológico de acuerdo a cuadro de base.

## Referencias Bibliograficas

### Bibliografía sobre fundamentación de las estrategias docentes:

1. Albanese M, Mejicano G, Mullan P et al, "Defining characteristics of educational competencies", Medical Education 2008 ; 42: 248-255, Blackwell Publishing Ltd 2008
2. Alves de Lima, A (2005). Claves para la evaluación efectiva del residente. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, 25,107-111
3. Anijovich, R y Mora S. (2009). Estrategias de Enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula. Buenos Aires; Aique Educación.
4. Arceo, M.D & Durante, E (2013) Desarrollo y evaluación de los Scripts durante la formación profesional. Revista del Hospital Italiano de Buenos aires; 33(4), 144-152
5. Carlino, P (2005). Escribir, leer y aprender en la universidad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
6. Durante, E (2006). Escalando la pirámide de Miller. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires, 26, 55-61
7. Durante, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. Revista de docencia Universitaria REDU, Vol 10, 149-175.
8. Fornells- Vallès, J.M (2009). El ABC del Mini-CEX. EDUC MED, 12(2), (83-89)
9. Perkins, D (1995). La escuela inteligente. Barcelona: Gedisa.
10. Perkins, D. (2010). EL APRENDIZAJE PLENO. Principios de la enseñanza para transformar la educación. Buenos Aires, Argentina: Paidos.
12. Sánchez, E., y Leal, F. (2001). La explicación verbal: Problemas y recursos. En Didáctica Universitaria. Madrid: La Muralla.
13. Schön, D. (1991) La formación de profesionales reflexivos. Barcelona: Paidos.

### Bibliografía sobre Evaluación y Abordaje del Riesgo Suicida en Adolescentes:

1. Beck A. et al., 1974. Escala de Evaluación de Intencionalidad Suicida. Bowie en The Prediction of Suicide. Charles Press.
2. Carandag C. et al., 2012. Child and Adolescent Psychiatric Emergencies. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.
3. Fernandez Liporace M et al., 2006. Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. Ridep. N21. 9-22.
4. Ministerio de Salud RA., 2011. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.
5. Jans Thomas et al., 2012. Suicide and Self Harmoring. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000. Prevención del Suicidio un Instrumento para Médicos Generalistas. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
7. Valdivia Pareja A., 2014. Suicidología, prevención, tratamiento psicológico e investigación de proceso suicida. Universidad peruana de ciencias aplicadas. Fondo Editorial..

# Acompañamiento a víctimas/testigos y sus familias en juicios por crímenes de lesa humanidad en la Provincia de Santiago del Estero, Argentina

## *Accompaniment of victims / witnesses and their families in trials for crimes against humanity in the province of Santiago del Estero, Argentina*

### **Mariela Santillán**

*Psicóloga, Psicoanalista MP N°71*  
**[marielaasantillan@gmail.com](mailto:marielaasantillan@gmail.com)**

### **María del Carmen Gómez**

*Psicóloga, Psicoanalista MP N°26*  
**[mdelcomezdrauz@hotmail.com](mailto:mdelcomezdrauz@hotmail.com)**

### **Sra. Alcira Chávez**

**[alcira.chavez@yahoo.com](mailto:alcira.chavez@yahoo.com)**

*Integrantes del Equipo de  
Acompañamiento a Víctimas, testigos  
y familias en Juicios por Crímenes de  
Lesía Humanidad.*

**Resumen** El presente trabajo es el relato de la experiencia de trabajo del Equipo de Acompañamiento a víctimas-testigos y familias en Juicios por Crímenes de Lesía Humanidad del Instituto espacio de la Memoria de la provincia de Santiago del Estero, República Argentina. Definir “acompañamiento”, delinear la técnica de abordaje, interpretar los momentos, ampliar el sujeto de intervención al testigo y sus familias y construir el a posteriori nos fue enlazando como equipo y nos condujo a profundizar aspectos teóricos para poder dar cuenta y transmitir lo inaugurado. Los conceptos de daño transgeneracional y duelos “congelados” nos convocan a reflexionarlos en el marco socio-histórico de nuestra comunidad santiagueña con sus particularidades y marcas propias que encuadraron nuestro abordaje a los testigos y sus familias.

**Palabras clave:** acompañamiento; duelo “congelado”; daño transgeneracional.

**Abstract** *The present work is the report of the work experience of the Accompaniment Team to victims-witnesses and families in Trials of Crimes against Humanity of the Space of Memory of the province of Santiago del Estero, Argentina. Defining “accompaniment”, delineating the approach technique, interpreting the moments, broadening the subject of intervention to the witness and their families and building the a posteriori was linking us as a team and led us to deepen theoretical aspects to be able to account and transmit the inaugurated. The concepts of transgenerational damage and “frozen” duels call us to reflect on the socio-historical framework of our community in Santiago with its own characteristics and marks that framed our approach to witnesses and their families.*

**Keywords:** *accompaniment; “Frozen” duels; transgenerational damage*

*Las autoras no declaran  
conflicto de intereses*

## Introducción

En el año 2006, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación creó el “Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia Integral a los Querellantes y Testigos víctimas del terrorismo de Estado”, cuyo objetivo fue unificar criterios, potenciar esfuerzos y dar mayor eficacia al acompañamiento y protección de víctimas/testigos y querellantes en las causas vinculadas con represores de esta etapa histórica.

El secuestro del testigo Julio López, hasta hoy desaparecido, acontecido junto a la condena del genocida Echecolatz, fue la concreción de una serie de amenazas anónimas y otras acciones intimidatorias contra magistrados y funcionarios judiciales, fiscales, abogados, querellantes y testigos de los juicios a los responsables de los crímenes de la dictadura

Estos sucesos fueron generando efectos emocionales en los testigos y sus familias y también en la sociedad interesada en dar fin a la impunidad por lo que se volvió urgente articular políticas públicas de asistencia y contención a los involucrados.

En este marco nació la experiencia que hoy venimos a presentar

## Recorrido e intervención

Formamos parte de un Equipo que comenzó a integrarse a partir de la convocatoria de la Asociación por la Memoria, la Verdad y la Justicia, (organización no gubernamental de derechos humanos que nuclea a familiares de detenidos - desaparecidos y ex presos políticos)

Esta inquietud surge al constituirse la Asociación en querellante de lo que sería el primer juicio por Crímenes de lesa Humanidad en la provincia de Santiago del Estero, y ante el reconocimiento de los efectos emocionales que la comparecencia en testimonio genera en los testigos y sus familias.

Respondimos al llamado mucho más desde el compromiso ético con una causa, que desde el conocimiento específico.

La palabra acompañamiento nos generaba una suerte de desconcierto, se abría para nosotras un campo de intervención diferente. Nuestra formación psicoanalítica y nuestra experiencia en la clínica eran punto de partida pero no teníamos un encuadre definido para el acompañamiento y tampoco disponíamos demasiada literatura al respecto en ese momento.

Nos planteamos como primer movimiento “acercarnos a los testigos”. Para ello en el transcurso del año 2009 y en el espacio brindado por la Asociación se convocó a trabajar en talleres y reuniones a los posibles testigos de la causa. La respuesta de las víctimas/testigos confirmó la necesidad del espacio y nos pusimos a trabajar para consolidarlo.

Esto generó nuestra llegada al Instituto Espacio de la Memoria (IEM), espacio integrado por organismos de DDHH que tiene como objetivos básicos preservar la memoria, promover y defender los derechos humanos y testimoniar los delitos de lesa humanidad cometidos durante el terrorismo de Estado.

Con la concreción del primer juicio por delitos de lesa humanidad en Santiago del Estero, (juicio por Cecilio Kamenetzky) el Instituto Espacio de la Memoria nos abre un lugar y nos brinda infraestructura para la consolidación del Equipo de acompañamiento a víctimas-testigos y familiares de desaparecidos y ex presos políticos de esta provincia.

El Equipo del IEM fue teniendo diferentes conformaciones. Alcira Chávez, ex presa política y quienes les hablan fuimos parte desde el principio pero no queremos dejar de mencionar y agradecer a Juan Cantos, Virginia Drauz, María de los Ángeles Santillán y Guadalupe Maguna. Nuestro recuerdo y agradecimiento incluye también a los integrantes de CODESEDH (Comité para la Defensa de la Salud, la Ética y los Derechos Humanos) por su disponibilidad y apuntalamiento permanente en cada uno de los juicios que participamos.

A partir del acercamiento a los testigos, los tiempos exigidos por la Justicia y las características de nuestro trabajo se decide como modalidad que el abordaje no sería solo a los testigos individualmente sino que se incluiría a las familias.

Se buscó trabajar el contacto y primer encuentro desde la figura de Alcira, que es la persona del equipo conocida históricamente por los testigos y sus familias, para luego ofrecer la presencia y promover el encuentro con el equipo, incluyendo nuestro aporte para aquellos testigos que lo aceptaran.

Fue difícil establecer una estrategia homogénea de acompañamiento y de contención a testigos. Nos encontramos con necesidades diversas en cada uno de ellos y el espíritu de equipo fue respetar las diferencias y los tiempos de cada testigo. Esto incluía aceptar en ocasiones que no nos permitieran acompañarlos.



Trabajamos con un universo muy heterogéneo. Una población que va desde sobrevivientes de desaparición forzada, víctimas de tortura y privación ilegal de la libertad a familiares de desaparecidos. También, con personas que a lo largo de estos años han participado de organizaciones sociales de denuncia y testimonio, personas y familias que recién ahora acceden a la posibilidad de expresarse y asumir públicamente su condición de víctimas, personas con altos niveles de calificación profesional y técnica y hombres y mujeres pertenecientes a los sectores más vulnerables de la sociedad. Esta particularidad hizo que nuestro trabajo fuera de creación y profunda escucha.

En principio el desafío fue definir la tarea de “acompañar” que nos permitió situarnos para luego intervenir. Entendimos que el acompañamiento tiene que ser un “estar al lado”, un “darle un lugar”, “un espacio”, escuchando el relato, teniendo en cuenta de que el relato de lo que ha vivido es un “re-vivir”, es un volver a pasar por situaciones límites y que a veces, hace falta contarlas una y otra vez, en un intento de poner en palabras a algo que no puede ser explicado.

La persona que va a llevar adelante su testimonio tiene que sentir que su relato sirve para algo, debe conocer el valor que tiene su testimonio en el Juicio por la Verdad. El mayor valor del testimonio se refiere al hecho de dar fin a la impunidad, situación que ponía al testigo en un lugar de impotencia frente a sus victimarios.

Si lo pensamos a nivel individual, sabemos que es del orden de la “ilusión” pensar que una sentencia condenatoria es suficiente para reparar el daño producido por la dictadura militar, pero SI creemos que es posible decir que el testimonio da inicio a una nueva etapa con las improntas subjetivas de cada persona.

Si lo pensamos en el orden social, tomamos las palabras de Silvia Bleichmar que sostiene que la herencia más grave que dejó la dictadura fue la destrucción de un modo solidario de concebir la relación con el semejante y una naturalización de la muerte.

Comprendiendo la dimensión de las consecuencias del terrorismo de Estado en el cuerpo social y en la subjetividad de cada testigo y su familia continuamos el recorrido

El proceso de acompañamiento a los testigos tal como lo piensa este equipo refiere a tres momentos y también a diferentes modalidades de abordaje.

Cuando nos referimos a los momentos identificamos un *primer tiempo* de acercamiento en el que el

equipo toma contacto con el testigo y su familia. El movimiento es el de “ir hacia el testigo” y su entorno familiar. En muchos casos nos encontramos con una historia que no fue compartida explícitamente, donde no hay un relato familiar en relación a lo vivido y en una circunstancia en la que, lo que no fue trabajado en la intimidad, debe ser transmitido en un ámbito público como testimonio.

Se trabaja entonces acompañando al testigo en el proceso de pensar su historia y transformarla en testimonio. Una de las decisiones tomadas por este Equipo fue no poner la mirada y la escucha, solo en el “contenido” del testimonio sino en los afectos que desencadena este proceso. El encuentro con recuerdos reprimidos, recuerdos recobrados, imágenes que deben ponerse en palabras, momentos resignificados una y otra vez desata un torbellino de emociones y los consecuentes efectos.

En este primer momento además del trabajo *con el uno a uno con* los testigos y sus familias, convocamos a mujeres/víctimas, para abordar entre otros temas los testimonios en relación a delitos de índole sexual acontecidos durante su detención. Una vez más las respuestas fueron múltiples y diferentes. Algunas mujeres decidieron compartir el horror de lo vivido y otras solo escucharon en silencio. Estos encuentros fortalecieron a las mujeres que decidieron hablar de las violaciones, llevando al equipo a trabajar desde muy cerca con los integrantes de la familia sobre todo en aquellas donde hubiere hijos muy jóvenes que insistían en acompañar a sus madres en el día del testimonio.

Una compañera, víctima-testigo de estos delitos al final del juicio logro ó escribir su testimonio, el volver a transitar por este horror en el interior de esos días previos, sus dudas, su vergüenza y dolor frente a sus hijos, el comprender porque uno de ellos salió de la audiencia, acompañado por una de las integrantes del equipo y rescatar que la acompañó desde donde podía, también recordó lo insoportable que le resultaron los días posteriores cuando vio publicado su testimonio su nombre y el nombre del violador en los diarios locales...nuevo sufrimiento, re victimización....Sin embargo pudo leer lo escrito en un acto para el día de la mujer donde fue....

Reconocimiento y respeto por las posturas asumidas fue la decisión del equipo.

En un *segundo tiempo* transitamos acompañando al testigo y su familia en situación de juicio. Esto implica

gran cantidad de vectores: articulación con el poder judicial, situación particular del testigo y su familia, infraestructura, contención al testigo en el lugar de espera y en sala, entre otros..

Fue una constante la necesidad de superar obstáculos cotidianos y la tarea de hacer cumplir las normas del Protocolo de Intervención para el tratamiento de Víctimas testigos en el marco de procesos judiciales (publicación del Centro Ulloa) en resguardo de la integridad psíquica y física de la víctima-testigo y su familia. En un *tercer tiempo* del acompañamiento este equipo trabajó con la modalidad de talleres para el cierre de cada uno de los juicios, sumando a esto la visita a cada una de las familias de los testigos.

Los talleres de cierre fueron también una gran muestra de cómo el psiquismo tramita de modo diverso la experiencia del testimoniar. En algunos testigos se produjo una apertura a recordar, en otros la vivencia fue de cierre... Hay quienes transmitieron una sensación de descarga asociada a un alivio y otros en quienes dar a luz un sufrimiento llevado en silencio durante años generó en principio mayor dolor.

Testimoniar es hacer público algo que permaneció en el terreno de lo privado, de lo íntimo y que fue vivido por cada testigo y su familia de modo diverso. En los procesos de decisión que se abren para afrontar el acto del testimonio se provocan situaciones que desestabilizan la estructura familiar de quien va a testimoniar, y donde además retornan el miedo en algunos casos, en otros la inhibición y la imposibilidad de transmitir. Son momentos de contradicciones profundas, no solo particular, sino del grupo familiar.

Volver a transitar por el horror de lo vivido implica encontrarse con aspectos del dolor que no son tramitables, que quedan inscriptos como “un real” al que solo se rodea sin poder simbolizar.

Queremos destacar un principio que rige nuestro trabajo: “El terrorismo de Estado no es cosa del pasado” Por un lado porque los crímenes cometidos son jurídicamente imprescriptibles porque dañaron cultural, política y económicamente el cuerpo social de un país degradando la concepción humana del semejante.

Pero por otro lado porque mientras los desaparecidos no aparezcan, los niños robados no recuperen su identidad el delito se sigue inscribiendo.

Los efectos del terrorismo de estado siguen pulsando.

## De la intervención a lo conceptual

El recorrido en la práctica convocó a este Equipo a profundizar la mirada sobre dos conceptos: duelos “congelados” y transmisión transgeneracional del trauma.

### a. Duelos “congelados”

Desde nuestro compromiso para trabajar en esta tarea, el equipo tuvo como condición a cumplir: el consenso en las decisiones y actividades y la reflexión permanente de lo trabajado, entendiendo además, las dificultades que se presentarían en este nuevo encuadre y la necesidad de replantearnos la asistencia profesional.

A medida que íbamos conociendo las familias y las víctimas testigos, el acercamiento a los integrantes de los tribunales, el espacio físico donde se desarrollaban los juicios, las exigencias impuestas, el espacio destinado para el equipo y la espera en los tiempos del juicio, las modalidades de los empleados públicos del juzgado federal destinados a trabajar en el juicio que no ocultaban, en algunos casos, no éramos bienvenidos fuimos consolidándonos, fortaleciendo y sobre todo comprendiéndonos en un más aquí y más allá de las palabras.

En el juicio Kameneztky aprendimos a utilizar el cuerpo como una barrera más en el acompañamiento, en la situación de juicio y testimonio...también a generar una comunicación de ruidos, movimientos o miradas que indicaban lo que esa persona, ese compañero necesitaba o simplemente confirmaban que estábamos allí, aprendimos a construir un lenguaje, a hablarnos y acompañarnos en ese recorrido del horror.

Aprendimos cabalmente aquello que llamamos Lazo Social como lo plantea Rousseaux (Vicisitudes de la Reconstrucción del Lazo entre el Estado y las víctimas del terror de Estado .Gestionar el dolor), un lazo que se torna necesario

“...acompañar tiene mucho más que ver con enlazar Estado/Víctimas/Proceso Judicial en sí mismo...” que asociarlo a la tarea terapéutica, pues son testigos que han sido víctimas de violaciones de derechos humanos, frente a un Estado ausente por muchos años, y que hoy ese mismo Estado, después de años y años de lucha y conciencia en las calles pidiendo estos juicios de lesa humanidad.es el que lo promueve. Entendimos los que trabajamos y nos comprometimos a esta tarea que nos correspondía garantizar las condiciones necesarias para que las víctimas-testigos puedan tes-

timoniar en un contexto de respeto y consideración, aun a sabiendas que no siempre sería posible en el escenario jurídico pues también participaban los genocidas, sus abogados y sus familiares. Aprendimos en esos espacios pequeños a soportar la embestida de los acusados dentro el recinto jurídico y en el público, que lo hacían de manera sutil como murmullos, comentarios rudos perfectamente oídos por nosotras y las víctimas-testigos que ofrecían su testimonio, risas, burlas tal era la cercanía física en esos espacios pequeños... llamativamente nadie más escuchaba... ningún llamado de atención... nuevo la desmentida... hasta que la voz o la insistencia de la querrela lograba algo de silencio.

No fueron horas y horas tranquilas, no fueron horas y horas en las que podíamos dispersarnos... el avasallamiento, el embate era continuo.

El trabajo con las familias de las víctimas- testigos y de los desaparecidos nos acerco al relato del horror, de lo innombrable, a lo que algunos habían intentado olvidar en estos años pero que frente a este espacio y escucha volvía atropellando, insistiendo, a lo que habían ocultado familiar y socialmente. Lo perdido, las expectativas que no fueron, el hijo, el padre o la madre desaparecidos era lo que se trabajaba, el valor del testimonio, su descreimiento, sus dudas. su valentía, su esperanzas su fortaleza

Asi nos fuimos acercando a las pérdidas, a las ausencias, a los desaparecidos, y asistimos al duelo por el desaparecido...

La metodología de la última dictadura militar argentina para el exterminio de las personas que arbitrariamente consideraban peligrosas incluyó las más aberrantes técnicas : secuestros, muertes, torturas, apropiación de bebés, innumerables centros clandestinos y de tortura dentro y fuera de las ciudades, pero su máxima expresión fue la desaparición de personas "...el desaparecido, inerme, ese del que nadie tiene información, que nadie sabe dónde está, ese que no tiene identidad, que no está ni vivo ni muerto, convertido en un código, despojado de su nombre en vida, habría de ir delineando como un espectro la "muerte argentina" al decir de Bayer..."(Ana María Careaga .Consecuencias subjetivas del terrorismo de estado) "El duelo "congelado" como dice Juan Dobon en su texto "Consecuencias subjetivas del terrorismo de estado", son duelos no tramitados con efectos subjetivos devastadores."

Los duelos suspendidos, que orientan a una dimensión delirante, con hechos reales pero acompañados de una permanente desmentida desde los lugares representantes de la ley y la justicia, duelos que no pueden ser pensados como lo planteaba Freud normales o patológicos, acosando a los sobrevivientes con la culpa incesante de no encontrar respuestas.

Un duelo imposible frente a un cuerpo ausente, frente a una negación permanente, frente a ese espacio intolerable entre la vida y la muerte, poblado de esperanza, expectativa, argumentos. Cómo hablar de un muerto en una familia que a pesar de los años ... en secreto... disimulando entre unos y otros, aún lo espera?. Aún cree verlo en la calle a un modo delirante.. Pero no lo dice porque sabe que es imposible.

Pudimos trabajar dentro de estas familias y observar lo que el silencio, la negación y la espera afectan y padecen psíquicamente los miembros de la familia, las enfermedades, el vivir a la espera aunque pasaron 40 años.

Dice Freud el amor permanente por el objeto no se puede resignar en la medida en que el mismo objeto no se puede resignar.

Si no hay cuerpo, no hay fecha, no hay responsables que se puedan asignar.

#### **b. Transmisión transgeneracional del trauma**

Otra de las líneas de trabajo del equipo en el abordaje a familias fue visualizar de qué manera el estado de la vivencia del trauma condiciona las formas de vida concretas.

Enfermedades somáticas de origen autoinmune y enfermedades psicosomáticas, accidentes, depresiones, psicosis, dificultades en el desarrollo de una vida adulta laboral productiva, inhibiciones que impiden el logro de relaciones afectivas con parejas o hijos, tendencia al aislamiento, son manifestaciones que encontramos con alta frecuencia en los hijos y nietos de familias detenidos/ desaparecidos

Y en este punto apareció en el equipo la necesidad de profundizar el concepto de transmisión transgeneracional del trauma.

Las transmisiones transgeneracionales no se dicen, son secretos , no dichos, cosas silenciadas, ocultas, a veces prohibidas al pensamiento y atraviesan a los descendientes sin ser digeridas ni pensadas que cuando acontecen en el marco de las huellas que deja el terrorismo de Estado nos exige pensarlo más allá del abordaje individual a cada sujeto o familia.

Es necesario pensar en un sentido social-antropológico situando la tragedia de hombres destruidos por la acción racional, metódica e intencional de sus congéneres no como una enfermedad del sujeto, sino como una enfermedad del lazo social.

Lo que verdaderamente encontramos en el abordaje a las familias es la inscripción de un legado de pérdida del sentido del “semejante” y de pérdida de la de transmisión de valores y creencias entre las generaciones. La noción de semejante como portador de un relato que sitúa la existencia de las generaciones que advienen, desaparece y en su lugar se generan lagunas y silencios en la transmisión.

El concepto de “trama familiar fantasmática” es de suma importancia para comprender la transmisión generacional del daño. Ésta refiere a aquellas escenas que fueron extintas en el pasado, pero cuya marca se continúa en los sucesores.

En los crímenes históricos se anuda el padecimiento personal con la destrucción de una cultura y una pertenencia. La reparación debe tomar en cuenta este carácter del daño.

Creemos que el desenlace en un espacio social donde prevalece el silencio, la indiferencia o la desmentida y los traumatizados cargan en exclusividad con la tarea reparatoria o con la culpa del sobreviviente es diferente si ese espacio social se abre a la memoria colectiva y transgeneracional de reconocimiento de lo horroroso acontecido y se tramitan sus consecuencias en el espacio ciudadano.

En algunos casos esto va produciendo resignificaciones que puestas en palabras pacifican, disminuyen el ofrecimiento del cuerpo que enferma, que se accidenta, que se inhibe.

En nuestro recorrido de intentar enlazar lo individual, lo familiar y lo social creemos necesario revisar los encadenamientos generacionales y muchas veces operar ofreciendo puentes simbólicos para que los hijos y nietos se reconozcan en una historia que durante muchos años no les fue relatada.

Creemos que elaborar para no repetir es el desafío.

## Referencias Bibliograficas

1. Kordon, Diana, Edelman, Lucila (2002) Impacto psíquico y transmisión inter y transgeneracional en situaciones traumáticas de origen social. En: CINTRAS, EATIP, GTNM/RJ, SERSOC editores. Paisajes del Dolor, Senderos de Esperanza. Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur. Buenos Aires: Polemos.
2. Viñar, Marcelo (2008). Derechos Humanos y Psicoanálisis. Revista Uruguaya de Psicoanálisis.
3. Delgado, Osvaldo (2015) Consecuencias subjetivas del terrorismo de estado. Buenos Aires: Grama Ediciones.
4. Careaga, Ana María. Terrorismo de Estado, Justicia y psicoanálisis. “Tomar la palabra”. Revista Colegio de Psicólogos - Distrito XI VIII - N° 29 / Ago-2015.
5. Dobon, Juan. Efectos subjetivos “actuales” del terrorismo de Estado. Del testimonio al asentimiento subjetivo. En Mirar tras los muros Derechos humanos. Encierro. Disponible en <https://es.scribd.com/document/266639777/Libro-Mirar-Tras-Los-Muros>
6. Rousseaux, Fabiana. Vicisitudes de la reconstrucción del lazo entre el Estado y las víctimas del terror de Estado. Gestionar el dolor. Contexto (mayo de 2015). Disponible

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

*apalrevista@gmail.com*

---

## CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

### *Originalidad*

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

### *Autoría*

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

### *Agradecimientos*

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.



### **Transferencia de derechos y envío del manuscrito**

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

### **Aclaración de conflictos de intereses**

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado "Agradecimientos".

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título "Declaración de conflictos de intereses", los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará "El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses".

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

### **Preservación del anonimato de los pacientes**

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

### **Consentimiento informado**

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado "Materiales y Métodos" una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

### **Proceso de revisión de manuscritos**

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

### **Envío de trabajos**

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: [apalrevista@gmail.com](mailto:apalrevista@gmail.com). Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

## Tipos de trabajos

**a) Investigación original:** describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

**b) Revisión:** estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

**c) Casos clínicos:** son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

**d) Artículo científicos de controversia o de opinión:** son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

## ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

### Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.



## Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

## Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

### Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

## Se ilustran a continuación los principales casos:

### Artículos de revistas

#### 1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

*Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.*

#### 2. Autor corporativo

*The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.*

#### 3. Suplemento de un volumen

*Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Supl 1:275-82.*

### Libros y otras fuentes de información impresa

#### 4. Autores individuales

*Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.*

#### 5. Editor(es) como autores

*Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.*

#### 6. Capítulo de libro

*Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.*

*Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.*

## 7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

## 8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

## 9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

## Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>*

## Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

## Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

## Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

## Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

### Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

## ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

### Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

### Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

### Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

### Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

### Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

### Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

### Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?