

Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia

Año 11, N° 1, Septiembre 2000

ISSN 0717-133



Contenido:

- **Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Aspectos Biodemográficos y Factores Asociados.**
- **Tratamiento con Citalopram en Adolescentes Deprimidos, con Intento de Suicidio. Una Experiencia Clínica.**
- **Estado Vegetativo Persistente: Aspectos Clínicos.**
- **Síndrome de Rett: Actualización.**
- **Síndrome de Gilles de la Tourette: Revisión de la Literatura.**
- **Clasificación Nasológica de las Lesiones Medulares.**
- **Terapia Alternativa en los Trastornos del Desarrollo.**
- **Método Alternativo para Tratamiento de Dislexia y Déficit de Atención y las Fobias según Harold Levison.**
- **Caso Clínico: Siringomielia y Quiste Espinal Sacro.**

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 11 - Nº 1 - SEPTIEMBRE 2000

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1999 - 2001

Presidente:	Dr. Ricardo García
Vicepresidente:	Dr. Tomás Mesa
Secretaria:	Dra. Marta Hernández
Tesorera:	Dra. Virginia Boehme
Directores:	Dra. María Eugenia López
	Dr. Pedro Menéndez
	Dr. Juan Enrique Sepúlveda
	Dra. Patricia Urrutia
Past-Presidente:	Dr. Jorge Förster
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López
	Psic. Gabriela Sepúlveda
	Fgo. Marcelo Díaz
	Dra. Perla David
	Dra. Verónica Burón
	Dra. Alicia Espinoza
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

Esmeralda 678 of. 203, Fono: 632 0884, Fax: 6391085 – e.mail: sopnia@terra.cl - Santiago

Diseño Gráfico: Juan Silva Riveros / 635 2053

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 11 - N° 1 - SEPTIEMBRE 2000

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
•Editorial	3
•Trabajos Originales	
- Intento de suicidio en niños y adolescentes: Aspectos biodemográficos y factores asociados <i>Dras. Vania Martínez N., Ricardo Valenzuela, Patricia González, Irene Schiattino, Marcela Larraguibel.</i>	4
- Tratamiento con Citalopram en adolescentes deprimidos, con intento de suicidio. Una experiencia clínica. <i>Dra. Patricia González, Dra. Vania Martínez, Ricardo Valenzuela, Irene Schiattino, Marcela Larraguibel.</i>	10
• Revisiones	
- Estado vegetativo persistente: Aspectos clínicos <i>Dra. Carmen Quijada, Dra. Perla David.</i>	17
- Síndrome de Rett: Actualización <i>Dra. Carmen Quijada, Dra. Perla David.</i>	21
- Síndrome de Gilles de la Tourette: Revisión de la literatura. Trabajo de Ingreso. <i>Dra. Marisol Avendaño, *Dra. Perla David.</i>	26
• Contribuciones	
- Clasificación nasológica de las lesiones modulares <i>Dra. Lorena Llorente</i>	30
- Terapia alternativa en los trastornos del desarrollo <i>Grupo de Trastornos del Desarrollo</i>	31
• Delfinoterapia <i>Dra. Maritza Carvajal, Dr. Jorge Förster</i>	
• Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2000 <i>Dra. Maritza Carvajal</i>	32
- Método alternativo para tratamiento de dislexia y déficit de atención y las fobias según Harold Levison. <i>Dra. Maritza Carvajal; Dr. Jorge Förster; Sr. Marcelo Díaz, Sr. Hugo Segura, Sra. Marcia Cabezas, Sra. Gloria Valenzuela, Srta. Doris Maturana, Sra. Emelina Doñes.</i>	35
• Caso Clínico	
- Siringomielia y Quiste Espinal Sacro: Caso Clínico <i>Dres. Juan Enrique González, Perla David, Sylvia Schnitzler, Marisol Avendaño, Lorena Llorente, Javier Escobar</i>	37
• Reuniones y Congresos	42
• Grupos de Desarrollo	42
• Noticias	51
• Sugerencias para las contribuciones	52

Se estima que en Chile nacen aproximadamente 280.000 niños en un año. El porcentaje de partos prematuros ha ido aumentando en forma lenta; el 10% de todos los partos nacen antes de las 37 semanas y el 1 a 2 % de los recién nacidos es de muy bajo peso al nacer (menos de 1500 grs.)

Por otra parte, la mortalidad de los prematuros de muy bajo peso al nacer ha ido disminuyendo a través de los años y vemos cómo la sobrevivencia de niños de 1000-1500 grs. alcanza ahora un 90% y en el rango 500-1000 grs. es del 50 a 70%.

Según estadísticas norteamericanas y europeas, el 15 % de estos sobrevivientes de muy bajo peso al nacer presentará una secuela motora mayor (parálisis cerebral) y el 25 a 50% fallará al intentar la escolaridad básica habitual (Volpe 1995).

Si todos estos porcentajes los llevamos a números y los extrapolamos a nuestro país tendremos que en un año, de 2800 a 5600 recién nacidos menores de 1500 grs., considerando una mortalidad promedio de un 30%, sobrevivirán aproximadamente 2000-4000 niños, de los cuales y usando las estadísticas más optimistas, 300 tendrán como secuela una parálisis cerebral y entre 500 a 1000 necesitarán educación diferencial o especial.

Es fácil pensar qué pasará en 10 años, teniendo las mismas tasas de prematuridad, (el 20% de los partos prematuros son por decisión médica, el restante es espontáneo) de mortalidad perinatal e infantil. ¿estamos preparados para asistirlos, rehabilitarlos, acogerlos y educarlos?

¿Tenemos respuestas a nuestras preguntas?. Sin duda no las tenemos. Pero si nos cabe un gran trabajo a realizar:

1.- Detectar precozmente niños en riesgo neuromotor o cognitivo para iniciar una terapia destinada a optimizar la plasticidad neuronal, dado el logro que puede obtenerse con las técnicas actuales. Esto requiere especialistas pediatras, neurólogos infantiles, otorrinos, oftalmólogos y una serie de técnicas neurofisiológicas (EEG, potenciales de troncoencefalo, somatosensoriales etc.) y por supuesto, de neuroimágenes (ecografía cerebral, scanner cerebral, Resonancia Nuclear Magnética).

2.- Rehabilitación precoz y multiprofesional de los niños secueledos con fisiatras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, educadores diferenciados, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, traumatólogos infantiles.

3.- Tratamiento familiar: lograr que el costo emocional familiar sea el mínimo posible. Para ello, habrá que iniciar el apego precozmente a pesar de la permanencia prolongada en incubadoras, hospitalizaciones etc.

4.- Integración a la comunidad del niño secueledo formando una red entre las asistentes sociales, juntas de vecinos, profesores, autoridades locales.

Creemos firmemente que Nuestra Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia está preparada para asumir un rol de liderazgo en el abordaje y manejo de este desafío. Nuestros profesionales conocen los fundamentos científicos y prácticos para dirigir los esfuerzos hacia la integración final de la familia a la comunidad. Los puntos señalados aconsejan no esperar. La prematuridad entrega a nuestros profesionales más que un desafío: una enorme oportunidad.

Dra. Marta Hernández Chávez
Secretaria SOPNIA

INTENTO DE SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ASPECTOS BIODEMOGRAFICOS Y FACTORES ASOCIADOS

**Drs.: Vania Martínez, *Ricardo Valenzuela, *Patricia González,
*Irene Schiattino, **Marcela Larraguibel.*

**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur*

***División de Bioestadística. Facultad de Medicina Universidad de Chile*

INTRODUCCION

La causa de muerte más directamente relacionada con las enfermedades mentales es el suicidio. En la mayoría de los casos se asocia, según se ha demostrado en las autopsias psicológicas, con la presencia de alguna patología psiquiátrica. El suicidio está entre la segunda y tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad. En Chile, según los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996 las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el período observado, aunque con un leve aumento en los últimos dos años estudiados. En 1996, la tasa de suicidio en la población general fue de 6,35 y, de 2,87 para la población adolescente (1).

La prevalencia del intento de suicidio es particularmente difícil de conocer. En general, los muestreos incluyen sólo consulta satisfecha y dispersa entre los Servicios de pediatría y de adultos. Se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios (2). Un estudio en adolescentes de Concepción encontró 14,2% de prevalencia de vida para los intentos suicidas (3).

Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes (4).

En revistas nacionales hay pocas publicaciones sobre conducta suicida en niños y adolescentes; existen cuatro revisiones teóricas del tema (5-8) y cinco trabajos originales (3,9-12).

El objetivo del presente trabajo es describir las

características biodemográficas y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de niños y adolescentes pertenecientes al Área Sur de Santiago.

MATERIAL Y METODO

Entre los meses de marzo y noviembre de 1998 se evaluó una muestra de niños y adolescentes referidos por intento de suicidio del Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

Fueron criterios de exclusión: el no corresponder a un intento de suicidio real, analfabetismo, retardo mental, psicosis, tiempo mayor a 21 días desde el intento de suicidio y uso actual de antidepresivos por más de 14 días.

Se solicitó el consentimiento por escrito de un adulto a cargo del paciente.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista Clínica Semiestructurada que incluye: datos generales, historia familiar, historia del intento suicida, evaluación psicopatológica y antecedentes del desarrollo entre otros.
- Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Niñez y Adolescencia: escala autoaplicable que consta de 18 ítems (13-16).
- Escala de Desesperanza de Beck: escala autoadministrada que consta de 20 afirmaciones que se califican como verdaderas o falsas (17).
- Escala de Ansiedad de Hamilton: consta de 14 ítems (18-20).
- Escala de Intención Suicida de Pierce: consta de 12 ítems. Califica al intento en bajo, mediano o alto (21).
- Escala de Ideación Suicida de Beck: consta de 21 ítems. Evalúa la ideación suicida actual y la