



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 10

Nº 2

Noviembre 1999

ISSN 0717-1331

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

AÑO 10 - N° 2 - NOVIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1997 - 1999

Presidente:	Dr. Jorge Förster
Vicepresidente:	Dr. Ricardo García
Secretaria:	Dra. Patricia Urrutia
Tesorera:	Dra. Anahí Martínez
Directores:	Dra. Verónica Burón Dra. Marta Hernández Dra. María Eugenia López Dr. Marcos Vallejos Dr. Juan Salinas
Past-Presidente:	Dr. Ximena Keith
Directora del Boletín:	Dra. Freya Fernández
Comité Editorial:	Dra. Isabel López Psic. Gabriela Sepúlveda Flgo. Marcelo Díaz Dr. Ricardo García Dra. Perla David Dra. Verónica Burón Dra. Alicia Espinoza
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

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

AÑO 10 - N° 2 - NOVIEMBRE 1999

ISSN 0717-1331

CONTENIDOS

	Página
• EDITORIAL	3
• TRABAJOS ORIGINALES	
ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE HABITOS TELEVISIVOS EN ESCOLARES DE 4° BASICO <i>Flga. Doina Pavel S.</i>	4
TERAPIA CON L-DOPA+C-DOPA DE LA DISTONIA Y ATETOSIS EN PARALISIS CEREBRAL <i>Dr. José Torrens C. y Dr. Juan Soto D.</i>	10
• REVISIONES	
EPILEPSIA ROLANDICA BENIGNA CON ESPIGAS CENTRO TEMPORALES (ERBTC): REVISION DE LA LITERATURA <i>Dra. Perla David G. y Dra. Carmen Quijada</i>	15
AGRESIVIDAD PATOLOGICA ABIERTA O PREDATORIA <i>Dra. Carmen Quijada y Dra. Perla David G.</i>	21
SINDROME DE RETT: REVISION BIBLIOGRAFICA Y DESCRIPCION DE UN CASO CLINICO <i>Dra. Carla Insunza C., Dr. Wladimir Hermosilla R., Dr. Ricardo García S.</i>	30
DESARROLLO PSICOLOGICO DE LOS NIÑOS NACIDOS PREMATUROS O DE MUY BAJO PESO <i>Psic. Alejandra Guerrero T.</i>	38
SINDROMES DE SOBRECRECIMIENTO <i>Dra. Carolina Alvarez</i>	45
• CASO CLINICO	
PSICOSIS INFANTILES <i>Dr. Emilio Fernández</i>	51
• CONTRIBUCIONES	
INFECCION VIH EN EL BINOMIO MADRE - HIJO <i>Dra. Ana Chávez P.</i>	57
LEY DE DELITOS SEXUALES Y SU IMPLICANCIA EN EL PERITAJE PSIQUIATRICO DE LAS VICTIMAS <i>Dra. M. Alicia Espinoza Abarzúa</i>	60
• REVISION LIBROS Y REVISTAS	63
• REUNIONES Y CONGRESOS	66
REUNIONES CIENTIFICAS	66
GRUPOS DE DESARROLLO	66
• NOTICIAS	71
• SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	72

El aumento de la delincuencia y la violencia en grupos de edad cada vez menores es una preocupación creciente de las naciones y también de nuestro país, constituyendo un problema social y de salud pública. Las cifras respecto a estas situaciones marcan un alarmante aumento y los actos cometidos muestran una expresión de agresividad enorme que nos sorprende y preocupa.

Este fenómeno social ha sido objeto de estudio desde diferentes aspectos, analizando diversos factores en la génesis de esta enfermedad social, como el brusco cambio de nuestra sociedad y de sus elementos más estables como la familia, el impacto de los medios de comunicación especialmente la televisión en las experiencias infantiles, la adaptación al brutal cambio tecnológico, sistemas educacionales que no se han adaptado a las necesidades actuales del desarrollo del niño, privilegiando el desarrollo cognitivo y postergando su formación integral, la tecnologización de la medicina que la ha distanciado del sujeto persona.

El impacto de estos y otros factores en el desarrollo del niño, indudablemente impactan su desarrollo integral y por lo tanto su evolución ética y moral que signifique finalmente la incorporación de valores sociales y éticos como propios. La exposición a la violencia desde diferentes medios al parecer nos desensibiliza, nos desafere de los procesos más profundos. Las hipótesis del alto umbral de la angustia y por tanto menor responsividad del sistema nervioso autónomo que se postula en los trastornos disociales parece cobrar una importancia inusitada en el desarrollo actual de algunos niños y adolescentes.

La importancia que tiene trabajar con los niños en esta época, es primordial en relación a mejorar la virulencia de la violencia que está dañando a nuestra sociedad. Surge la pregunta de cómo están reaccionando los sistemas que acompañan el desarrollo de nuestros niños: la familia, la escuela, los profesionales de la salud; Los indicadores que ahora estamos viendo nos dice que lo que estamos haciendo no están dando resultados a la velocidad que esta sociedad necesita.

El papel de nuestras profesiones como especialistas en desarrollo es crucial no sólo en el plano individual clínico, sino también en el plano de la prevención, en términos de tener un rol en diversos escenarios de la vida pública como en salud, educación, universidades, instancias políticas y de gobierno, de medios de comunicación, para advertir y promover la salud mental individual y colectiva.

En el plano clínico individual debemos revisar los estilos de socialización de nuestros pacientes, la exposición a la violencia, la funcionalidad del niño con la escuela, la familia, la construcción de sus redes sociales y los más importante la construcción del sí mismo con un desarrollo moral y ético armónico.

En el ámbito de nuestro rol en la comunidad, la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia puede ser el lugar para responder a esta situación con iniciativas contra la violencia; nuestros profesionales psiquiatras, neurólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, conocen los fundamentos científico-teóricos y la experiencia práctica para dirigir sus esfuerzos para controlar la perpetuación de la violencia interpersonal y social. otras sociedades científicas nos muestran caminos para abordar esta tarea, conformando grupos muy activos con sus más destacados miembros, interactuando con otras instancias de la comunidad compartiendo esta peligrosa carga social.

DR. RICARDO GARCIA SEPULVEDA
Vicepresidente SOPNIA

TRABAJOS ORIGINALES

ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE HABITOS TELEVISIVOS EN ESCOLARES DE 4º BASICO

Figa. Doina Pavel S.

*Hospital Luis Calvo Mackenna, Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil
Grupo Chileno de Estudio de Televisión*

INTRODUCCION

El hombre es el resultado de su componente genético y del medio ambiente, de las costumbres de vida y pensamientos que le han sido impuestos por la sociedad moderna (1).

El niño modela fácilmente sus actividades fisiológicas, afectivas y mentales sobre un grupo social restringido, compuesto por la familia.

Además de la familia y el colegio, existen otros ambientes capaces de ejercer influencia en el desarrollo del niño; la calle, los lugares y organizaciones de entretenimiento y deportes, la radio, el cine, la televisión (6), constituyéndose esta última, en uno de los medios de mayor influencia después de la familia y el colegio, a los que el niño está mayor tiempo y más constantemente expuesto.

La Televisión, desde su ingreso a nuestro país, cambió los hábitos de nuestros niños. Los niños chilenos hacen sus tareas, comen, juegan, y se socializan frente al televisor.

Investigadores nacionales y extranjeros han concluido que los niños ven en promedio alrededor de tres horas diarias de televisión, siendo recomendable que no vean más de dos horas y si es preescolar, no más de una hora al día (3).

Las horas que están frente al televisor son restadas a otras actividades tan importantes como el juego, siendo éste para el niño "un asunto serio que tiene un fin determinado y a través del cual se desarrolla mental, física y socialmente" (2).

Los niños ven televisión solos, en compañía de otros niños, con adultos, en horarios diurnos y nocturnos; programas infantiles y programas para adultos; convirtiéndose el control parental en un asunto de importancia relevante ya que existen más de 25.000 publicaciones que avalan el hecho que el mensaje televisivo genera un cambio conductual en el niño (5).

Tomando en cuenta estas bases, se hace necesario determinar y actualizar la investigación de hábitos televisivos en forma periódica, tanto cualitativa como cuantitativamente. Tal es el objetivo de este trabajo.

POBLACION, MATERIAL Y METODO

La muestra estuvo constituida por 146 niños, 66 niñas y 80 varones, entre 9 y 11 años, alumnos regulares de 4º básico de dos colegios municipalizados de la comuna de Providencia, pertenecientes a estratos socioeconómicos medio, medio-bajo y bajo de acuerdo a la escala de Graffar (Valenzuela 1986) (7).

El estudio de terreno se realizó en el mes de agosto de 1995.

Los datos fueron registrados por los niños, diariamente, en un formulario tipo, indicando todos los programas de televisión que vieron, como y con quién, durante una semana, de lunes a domingo y que fueron controlados por las profesoras jefes de los respectivos cursos, previamente preparadas. Los niños fueron instruidos en la forma como debían completar el formulario, con el fin de evitar competencias e información errónea.

Para controlar la veracidad de la información entregada por los niños, se repitió la encuesta, a un grupo menor, obteniéndose resultados con variaciones mínimas, aún cuando la programación de televisión semanal había cambiado. Los niños reemplazaron los antiguos programas por los nuevos, manteniendo sus hábitos.

Los tiempos de duración de los programas que vieron los niños se computaron en minutos según la programación de televisión de la semana correspondiente publicada en la Prensa.

Para cuantificar el tiempo que los niños vieron televisión en compañía de adultos, se estableció una escala de frecuencias que incluye las categorías: **Nunca**; **Ocasionalmente** (comprendida entre el 0.1% y el 25% del tiempo promedio diario que vio televisión cada niño); **Generalmente** (entre el 25.1% y el 75%); **Frecuentemente** (entre 75.1% y el 99.9%); y **Siempre**.

Se consideró como programas para adultos: Teleseries, noticieros y programación de horario nocturno (22 hrs. adelante) y como programas infantiles, los cartoons, programas en vivo y pregrabados para niños.

Los resultados de las tablas se describen en número de niños y porcentajes. En el análisis estadístico se utilizó la prueba "t" de Student y análisis de varianza con un nivel de significación de 0.05 con el programa computacional EPIINFO 5.0.

RESULTADOS

El promedio de tiempo obtenido que los niños (niñas y varones) vieron televisión a diario de lunes a domingo fue de 3 horas 3 minutos.

Los resultados obtenidos indicaron que los niños varones veían en promedio 27 minutos más televisión que las niñas de lunes a viernes y 18 minutos más, de lunes a domingo.

Durante el fin de semana las niñas vieron 5 minutos más en promedio que los niños varones. Estos resultados no tuvieron significancia estadística. Detalle de resultados en Tabla 1.

El 23,3% de la población encuestada vio en promedio menos de 2 horas de televisión diaria y el 76,7% vio más de 2 horas de televisión diaria. Ver Tabla 2.

Los resultados obtenidos según preferencias en programación de televisión, indicaron que sólo un 15% de la muestra total vio programas deportivos, distribuidas según sexo en un 2% del total de las niñas y 26% del total de los niños varones. Siendo este el único resultado que mostró marcadas diferencias con relación a preferencias de programación, obteniéndose significación estadística, $p < 0.05$.

Los resultados en número de niños y porcentajes se presentan en Tabla 3.

Entre niños y niñas se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actividades paralelas: comiendo, $p < 0.05$, y jugando, $p < 0.05$, mientras veían televisión.

Los resultados se presentan en Tabla 4.

Los niños varones vieron televisión en compañía de adultos el 34,3% de su tiempo promedio diario y las niñas un 42,4% de su tiempo promedio diario, $p < 0.05$.

El mayor promedio diario de ver televisión (3 horas 13 minutos) corresponde a los niños que lo hicieron **Generalmente** en compañía de adultos ($n=80$) (54,8%). Tabla 5.

El porcentaje de niños que vio programación para adultos (Noticias, Teleseries y programas pasadas las 22 horas) de la categoría **Nunca** es menor que el de la categoría **Ocasionalmente** $F=4,805$ (ANOVA). Todos los niños de las categorías **Frecuentemente** y **Siempre** vieron programación para adultos. Tabla 6.

COMENTARIOS

La población que constituye la muestra de esta investigación, se encuentra en una edad que se caracteriza por que el niño comienza a focalizar su atención hacia las oportunidades que le ofrece su cultura, quiere conocer las reglas del juego

(8), busca informarse en todos los ambientes que él participa: la familia, el colegio, la calle, los medios de comunicación, la publicidad, etc. Por el tiempo que pasa el niño viendo televisión, esta ha pasado a constituir por sí sola un "tercer medio ambiente" que influye en su desarrollo y compete con la familia y el colegio.

El tiempo promedio que ven televisión los niños de lunes a domingo, obtenido en este trabajo, es de 3 horas 3 minutos diarios y la tendencia general es a ver sobre 3 horas diarias. El 23,3% de los niños encuestados ven menos de 2 horas diarias, el 35,6% entre 2 y 3 horas al día y el 41,1% de ellos sobre 3 horas. Todos estos resultados coinciden con numerosas investigaciones realizadas en Chile y en otras partes del mundo y que sostienen que los niños están viendo televisión en exceso y están lejos de las recomendaciones hechas por la Academia Americana de Pediatría que aconsejan, no más de 2 horas diarias de televisión para los escolares y máximo 1 hora diaria para los preescolares (3).

Si analizamos los hábitos televisivos por sexo, veremos que existen algunas diferencias en cuánto ven, cómo ven, que ven y con quién ven televisión los niños y las niñas de la muestra.

Los niños varones ven en promedio más televisión que las niñas, pero durante el fin de semana (sábado-domingo) se observa una disminución de los promedios generales con respecto a los otros días de la semana, ya que los niños varones bajan su promedio en 38 minutos y las niñas lo mantienen casi sin variación. Convendría estudiar esta disminución con mayor profundidad en el supuesto que se debiera a que los niños varones tengan mayores oportunidades o incentivos que las niñas para realizar otro tipo de actividades, tales como, jugar con amigos fuera de la casa o ir a eventos deportivos con el padre.

Si se considera que el día normal de semana de un niño debiera tener aproximadamente 14 horas, durante las cuales él tiene actividades obligatorias como: el colegio, movilización, comidas, aseo personal, tareas escolares, etc.; el tiempo promedio diario de ver televisión de 3 horas 10

minutos de lunes a viernes representa aproximadamente la cuarta parte de su día activo. La televisión ya no es "un trivial utensilio doméstico que alegra la vida" (9), sino un interferencia en el quehacer de cada uno de individuos de la familia y de la familia en sí. A los niños les queda poco tiempo para jugar, para estar con amigos, con sus hermanos o con sus padres, y estarían compensando esta carencia, desarrollando actividades paralelas mientras ven televisión, como son las de comer, jugar, hacer tareas, y viendo programación para adultos para poder estar en compañía de ellos.

Es interesante hacer notar que hubo diferencias significativas con respecto al desarrollo de actividades paralelas a ver televisión según sexo. Un 30,6% del tiempo promedio diario que veían televisión las niñas estaban comiendo, contra un 16,7% de los niños varones ($p < 0.05$), un 15% del tiempo que estaban frente al televisor las niñas, estaban jugando o haciendo tareas, contra un 5,2% de los niños varones ($p < 0.05$).

Con respecto a preferencias de programación, los niños varones y las niñas eligen en primer lugar los programas infantiles (98% y 99% respectivamente), en segundo lugar las teleseries (71% y 77% respectivamente) y la única diferencia significativa en cuanto a preferencias, se obtuvo en programas deportivos (26% y 2% respectivamente) ($p < 0.05$).

Las niñas presentan una leve tendencia a ver más teleseries y programación de horario nocturno y los niños a ver noticiarios.

Las niñas de la muestra en promedio vieron menos televisión que los niños varones pero el 42,4% del tiempo promedio lo hacían en compañía de adultos contra el 34,3% de los niños varones en compañía de adultos ($p < 0.05$) y la tendencia de las niñas a ver programas de televisión para adultos fue mayor que en los niños varones.

Con respecto a la influencia que ejerce la actitud de los padres en los hábitos de televisión de los niños, se observó que aquellos que ven televisión **Generalmente** en compañía de adultos, ven más

televisión que aquellos que **Nunca** lo hacen en compañía de adultos o aquellos que **Ocasionalmente** los hacen ($p < 0.05$) (Tabla 5) y que la tendencia a ver programas no apropiados para niños es mayor entre aquellos niños que **Generalmente**, **Frecuentemente** o **Siempre** ven televisión con adultos (Tabla 6), por lo que se evidencia que no existe un control parental adecuado con respecto a la cantidad, tipo ni calidad de programas que deben ver los niños, es decir, mientras mayor tiempo ven televisión en compañía de adultos, los niños ven más televisión y más programas no apropiados.

Resultados similares obtuvieron Bernard-Bonnin et al. quienes agregan que esta carencia iría en aumento a menor grado cultural de la madre y Valerio, M. et al. (11) que la relaciona al grado sociocultural de ambos padres.

Esta investigación no contempló el número de televisores por familia, antecedente que podría tener algún grado de relevancia en el tiempo que el niño ve televisión junto a adultos y el tipo de programación. Sin embargo otras investigaciones como la de Castellón y Avendaño (4) realizada dentro de los mismos medios socioeconómicos que este trabajo y la de Bernard-Bonnin et al. (10), estarían indicando los hábitos televisivos de los niños no varían por el hecho de tener más de un televisor en casa.

Se concluye que los niños están viendo televisión en exceso, que su quehacer diario está siendo interferido, ya que comen, juegan o hacen sus tareas escolares frente al televisor con detrimento de su desarrollo intelectual y físico, que la influencia de los adultos los hace ver más televisión y los hace ver programas no apropiados para su edad, que los adultos en suma, les "enseñan" a ver televisión.

Es necesario, por lo tanto, modificar los hábitos

televisivos de los niños. Es necesario informar a los padres sobre las consecuencias que puede tener el exceso de consumo de televisión en la salud mental y física de sus hijos; y quienes deben cumplir el rol de orientadores son los profesionales de la salud y la educación, fundamentalmente los pediatras y los profesores, que tienen contacto habitual con el niño y sus padres.

RESUMEN

La TV interfiere en la relación del niño con su entorno, y esto hace necesario actualizar las investigaciones y determinar constantemente los hábitos televisivos de los niños, tal fue el objetivo de este trabajo en que 146 niños de ambos sexos entre 9 y 11 años, alumnos de 4º básico, indicaron en una pauta horario, los programas de TV que vieron diariamente durante una semana, como y con quién. El tiempo promedio diario general de ver televisión fue de 3 horas 3 minutos. El 41% de los niños vio más de 3 horas diarias; aquellos que vieron TV *Generalmente* en compañía de adultos, vieron más TV que aquellos que *Nunca* u *Ocasionalmente* ($p < 0.05$). Las niñas efectuaron actividades paralelas como, comer ($p < 0.05$), jugar ($p < 0.05$) y hacer tareas durante más tiempo que los niños varones mientras veían TV. En cuanto a programación, los niños en general prefirieron los programas infantiles, los niños varones vieron más programas deportivos ($p < 0.05$) y el hábito de casi la totalidad de los niños de ver programas apropiados para su edad mostró estrecha relación con ver TV en compañía de adultos. Por lo tanto, los resultados de esta investigación indican que es necesario modificar los hábitos televisivos de los niños, orientando y estimulando el control parental, rol que corresponde a los profesionales de las áreas de la salud y la educación, en especial Pediatras y Profesores.

Palabras Clave: Televisión, hábitos televisivos, control parental.

1. Valerio, M., Koth, X. Santiago, Chile. 1994. 25-31.

2. Montoya, M. Santiago y Democracias. 1994. 100-105. 3. Valerio, M. y Koth, X. Santiago, Chile. 1994. 25-31.

4. Castellón, A. y Avendaño, H. Zúcco, R. Estudios de

10. Bernard-Bonnin, C. J. Child Psychology (London, Great Britain). 1991. 48-54.

11. Valerio, M. et al. The use of Television in 9-11-Year old children and the Attitude of Parents about such use. *Acta Paediatr Scand*. 1997; 181: 23-26.

Tabla 1
Distribución según sexo y tiempo promedio diario de TV

	Lun-viernes	Sab-domingo	Lun-domingo
Niñas	2h 55min	2h 49min	2h 53min
Varones	3h 22min	2h 44min	3h 11min
Promed-gral	3h 10min	2h 47min	3h 3min

Tabla 2
Distribución de la muestra según consumo TV por horas promedio diario

0-1h		1-2h		2-3h		3-4h		4-5h		sobre 5h	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9	6,1%	25	17,1%	52	35,6%	24	16,4%	19	13%	17	11,6%

Tabla 3
Distribución de la muestra según sexo y preferencias de programación de TV

	Teleseries		Noticieros		Horario Noctur.		Deportivos		Infantiles	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niñas	51	77	30	45	44	67	1	2	65	99
Varones	57	71	42	53	50	63	21	26*	78	98

* p<0.05

Tabla 4
Distribución de la muestra según actividad paralela a ver TV y sexo

	Niñas				Varones				Totales		T. promedio	
	n	%	t	%	n	%	t	%	n	%	min	%
Comiendo	53	80.3	53min	30.6	47	58.8	32min	16.7	100	68.5	41	22.4
Jugando	29	43.9	26min	15**	23	28.7	10min	5.2	52	35.6	17	9.3
Haciendo tareas	25	37.9	14min	8.1	24	30	10min	5.2	49	33.6	12	6.6

* p<0.05

** p<0.05

Tabla 5

Distribución de la muestra según sexo, categoría de frecuencia de acompañamiento de adulto y tiempo promedio total diario de ver TV

I*	Nunca		Ocasionalmente		Generalmente		Frecuentemente		Siempre	
	2h	36min	3h	2min	3h	13min	2h	37min	2h	19min
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niñas**	5	7.58	14	21.2	41	62.12	6	9.1	0	0
Varones**	9	11.25	26	32.5	39	48.75	2	2.5	4	5
Totales***	14	9.58	40	27.39	80	54.8	8	5.48	4	2.74

* tiempo promedio diario de ver TV.

** porcentaje por sexo

*** porcentaje de la muestra total

Tabla 6

% de niños que vieron programas para adultos* según número de niños, sexo y frecuencia en compañía de adulto

	Nunca		Ocasionalmente		Generalmente		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niñas	4	80	13	92.9	41	100	6	100	0
Varones	7	77.8	23	88.5	35	89.7	2	100	4	100
Totales	11	78.6	36	90	76	95	8	100	4	100

* Teleseries, Noticias programas pasado las 22 horas.

BIBLIOGRAFIA

- Carrel, A. La incógnita del hombre. Ed. Iberia. S.A., Barcelona, España. Décima Edición, 1953:295.
- Oakander, V. Ventanas a nuestros niños. Ed. Cuatro Vientos. Santiago, Chile. 1992:160.
- Committee on Communications. 1990-1991. American Academy of Pediatrics.
- Castellón, L. Avendaño, C. Pautas de consumo y orientación hacia los medios en adolescentes de escuelas municipales. La Televisión, el Niño y el Adolescente. Edit. Devilat, M.; Keith, X. Santiago, Chile. 1994:155-179.
- Montenegro, H. Síntesis y Recomendaciones para ver Televisión, Edit. Devilat, M., Keith, X. Santiago, Chile, 1994:269.
- Gratiot-Alphandery, H., Zazzo, R. Tratado de Psicología del Niño. Tomo I. Ed. Morata, Madrid, España. 1978:177.
- Valenzuela et al. Empleo del nuevo método de clasificación social. Cuadernos Médico-Sociales, 17(14). Santiago, 1996.
- Gardner, H. Inteligencias Múltiples. Ed. Paidós. Barcelona, España. 1995:72.
- Chalvon, M., Corset, P., Souchon, M. El Niño ante la Televisión. Ed. Juventud S.A., Barcelona, España, 1982:21.
- Bernard-Bonnin, A.C., Gilbert, S., Rousseau, E., Masson, P., Maheux, B. Television and the 3-to-10 Year Old Child. Pediatrics (United States), 1991, 88(1):48-54.
- Valerio, M. et al. The used of Television in 2-to-8 Years old children and the Attitude of Parents about such use. Arc Pediatr Adoles Med. 1997;151:22-26.

TERAPIA CON L-DOPA+C-DOPA DE LA DISTONIA Y ATETOSIS EN PARALISIS CEREBRAL

Dr. José Torrens Cid - Fisiatra
Dr. Juan Soto Díaz - Neurólogo Infantil
Instituto de Rehabilitación Infantil (IRI) - Santiago

INTRODUCCION

Definiciones:

Distonía: es un síndrome de contracción muscular mantenido, causando frecuentemente torsiones, movimientos repetitivos o posturas anormales.

Atetosis: son movimientos involuntarios de predominio distal de las extremidades. Lentos, sinuosos, incoordinados, que se acompañan de distonía, rigidez y temblor.

Antecedentes Históricos:

Segawa en 1971 describió una distonía generalizada en adultos, de curso progresivo, con fluctuación diurna con excelente respuesta a L-Dopa.

T. Nygaard en 1994 presenta una serie de 5 pacientes con Distonía - Parkinson, catalogados como Parálisis Cerebral (PC) con excelente respuesta a L-Dopa.

La etiología de estos casos es una deficiencia en la síntesis de dopamina, en el sistema nigro estriado, genéticamente determinada.

Tanaka y Nygaard en 1994 identifican el gen responsable en el cromosoma 14q locus D14s52, que codifica la enzima GTP ciclohidroxilasa para síntesis de biópterina.

La biópterina es un cofactor de la tirosina hidroxilasa para la síntesis de dopamina.

Otros estudios han demostrado que las encefalopatías hipóxico isquémicas pueden dañar el sistema nigro estriado disminuyendo la masa neuroniana y/o inhibiendo la síntesis de dopamina.

En los pacientes con Parkinson adultos, que responden muy bien a la dopa en un 5% existe antecedentes de anoxia perinatal.

Se plantea la hipótesis de trabajo que en la PC en que predomina distonía, inestabilidad postural, bradikinesia, existe una deficiencia dopaminérgica que puede responder bien a L-Dopa.

El propósito de este estudio es evaluar el efecto terapéutico de L-Dopa + C-Dopa en pacientes distónicos y atetósicos graves y severos secundarios a PC

MATERIAL Y METODOS

Se hace un estudio prospectivo con 21 pacientes, 14 distónicos y 7 atetósicos cuyos padres dan consentimiento informado por escrito para iniciar tratamiento con 250 mg L-Dopa + 50 mg C-Dopa (Grifoparkin (r)).

Se confecciona una pauta de evaluación funcional dividida en áreas: distonía - postura - función - AVD y marcha.

Cada área se mide en grados de 1= normal a 5= grave.

TABLA I
Escala de Evaluación de la Distonía

- 1. Sin distonía (normal)**
Frente a exigencia mayor tiene buen rendimiento.
- 2. Leve**
Aparece en una acción en particular
No interfiere en la función
Postura normal
Autovalente
(Frente a exigencia mayor tiene rendimiento inferior a lo normal).

3. Moderada

Distonía presente en muchas acciones, ocasionalmente en reposo.

Mayor dificultad, logrando la función en la mayoría de las pruebas.

Puede mantener postura con dificultad.

Mantiene independencia en la mayoría de las AVD.

4. Severa

Distonía presente en todas las acciones, presente la menor parte del tiempo en reposo.

Ejecuta ciertas acciones con gran dificultad.

Puede mantener algunas posturas con ayuda.

Dependiente en la mayoría de las AVD.

5. Grave

Distonía de reposo permanente, presente en todas las acciones.

Nula capacidad de ejecución.

Compromiso máximo de la postura que no es posible mantener con ayudas.

Totalmente dependiente en AVD.

Se considera una respuesta significativa a la terapia cuando se obtiene un cambio en 1 grado en un área.

La respuesta es *clínicamente significativa* cuando se obtiene un cambio en 1 grado en tres áreas o más, vale decir: disminuye distonía, mejora el control de la postura, se gana funcionalidad y autovalencia, se tolera el medicamento sin efectos secundarios.

TABLA II
Escala de mejoría clínica

Sin respuesta

Leve	= cambio 1 grado en 1 área
Moderada	= cambio 1 grado en 2 áreas
Buena	= cambio 1 grado en 3 áreas
Muy buena	= cambio 1 grado en 4 áreas
Superior	= cambio 1 grado en 5 áreas o más

Se establece una línea de base con la pauta de evaluación que sirve de control.

Se comienza la terapia con 31 mg de L-Dopa + C-Dopa (1/8 tableta), que se sube mensualmente en la misma cantidad, hasta obtener respuesta terapéutica, repartida en dos dosis al día.

Se incluye en el protocolo pacientes con un mínimo de 6 meses en terapia.

Dosis de mantención es la menor dosis del medicamento con que se obtiene una respuesta terapéutica beneficiosa sin efectos secundarios. Se incluyeron 9 pacientes epilépticos con monoterapia anticonvulsiva y sin crisis:

TABLA III
Epilepsias

Fenobarbital	5 pacientes
Atemperator	3 pacientes
Carbamazepina	1 paciente

Total 9 pacientes

No hubo reacciones adversas.

TABLA IV
Etiología

Asfixia neonatal grave RNT, AEG	= 11
Asfixia neonatal grave RNT, AEG+ Hiperbilirrubinemia	= 2
Asfixia neonatal grave RNT, PEG	= 6
Asfixia neonatal grave RNT, PEG+ Hiperbilirrubinemia	= 1
Asfixia postnatal grave RNT, AEG	= 1

TOTAL= 21

Muestra:

21 pacientes con un rango de edad entre 5-18 años ($x=14$ años) con inicio de los síntomas a los 2.6 años en promedio.

Su escolaridad puede verse en la Tabla V.