

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 secuestrados 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 secuestrado 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

del día en que se cometió el intento (22).

- Eje V de Situaciones Psicosociales Anormales Asociadas de CIE 10: consta de 9 categorías evaluadas en los últimos 6 meses y en forma retrospectiva desde el nacimiento.
- Eje VI Evaluación Global de Discapacidad Psicosocial de CIE 10.
- Escala CGI Impresiones Clínicas Globales (23).
- Escala de Clasificación Social de Graffar: consta de 5 ítems.

RESULTADOS

La muestra fue constituida por 22 niños y adolescentes de nivel socioeconómico medio y medio bajo (media de Clasificación Social de Graffar=17,2; DS=2,0), de los cuales 17 (77,3%) son mujeres y 5 (22,7%) son hombres. La edad fluctuó entre 9 y 18 años. La media de la edad fue 15,1 años (DS 2,4). Diez (45,5 %) eran menores de 15 años.

Aspectos escolares: Doce cursaban enseñanza básica (54,5%), de ellos una menor estaba suspendida de clases. Nueve (40,9%) cursaban enseñanza media, de los cuales uno asistía a un colegio vespertino. Un menor había desertado del colegio en segundo medio, el año anterior al intento de suicidio. El 50% (11 casos) había repetido alguna vez, de éstos en 2 (9,1%) la repitencia era actual. Cuatro (18,2%) tenían más de una repitencia. El rendimiento escolar era bueno en un 50% (11 casos), regular en un 27,3% (6 casos) y malo en el 22,7% (5 casos).

Aspectos familiares: Diez casos (45,5%) vivían con ambos padres, 7 (31,8%) con sólo uno de sus padres, 4 (18,2%) con tutor y 1 (4,5%) habitaba en un hogar de menores. Había disfunción familiar en 18 casos (81,8%). Ocho (36,4%) habían sufrido algún tipo de maltrato. Cuatro (18,2%) habían sido maltratados físicamente, 5 (22,7%) con maltrato psicológico, en 4 (18,2%) negligencia, tres (13,6%) con más de un tipo de maltrato. No hubo casos de abuso sexual.

Evaluación psiquiátrica: Como muestra la Tabla 1, el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue Trastorno depresivo mayor en 15 casos (68,2%). Cuatro (18,2%) tenían antecedentes de Trastorno

específico de aprendizaje, 3 (13,6%) de Trastorno de lenguaje y 2 (9,1%) de Enuresis. Seis casos (27,3%) habían recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico, uno de ellos estaba en psicoterapia al momento del intento.

Tabla 1
Diagnóstico psiquiátrico en 22 niños y adolescentes con intento de suicidio

Diagnóstico	n	%
Trastorno depresivo mayor	15	68,2
Trastorno adaptativo	4	18,2
Rasgos desadaptativos de personalidad	4	18,2
Abuso de sustancias	1	4,5
Distimia	1	4,5
Trastorno de ansiedad generalizada	1	4,5
Trastorno por déficit de atención	1	4,5
Trastorno específico de aprendizaje	1	4,5
Enuresis	1	4,5
Más de un diagnóstico	6	27,3

Morbilidad biomédica: Tres pacientes (13,6%) tenían alguna enfermedad crónica: Diabetes mellitus tipo I, Limitación crónica del flujo aéreo y Epilepsia. Ocho (36,4%) tenían el antecedente de haber estado hospitalizados por enfermedad orgánica.

Características del intento: El método más usado fue la ingestión de medicamentos en 17 casos (77,3%) (Tabla 2), con gran variedad de tipos de fármacos utilizados para el intento (Tabla 3).

Tabla 2
Métodos utilizados en 22 niños y adolescentes con intento de suicidio

Método	n	%
Ingestión de medicamentos	17	77,3
Heridas cortantes	3	13,6
Ingestión de sustancia tóxica	1	4,5
Ahorcamiento	1	4,5
Lanzamiento de altura	1	4,5
Lanzamiento a un auto	1	4,5
Más de un método*	2	9,1

* Ingestión de medicamentos+heridas cortantes e ingestión de medicamentos+ahorcamiento.

Tabla 3
Fármacos utilizados en 17 niños y adolescentes para intento de suicidio

Medicamentos	n	%
Benzodiazepinas	6	35,3
Antiinflamatorios no esteroideos	3	17,6
Neurolépticos	2	11,8
Analgésicos y relajantes musculares	2	11,8
Bloqueadores del calcio	2	11,8
Antibióticos	2	11,8
Desconocidos	1	5,9
Otros*	8	47,0
Combinaciones	7	41,2

* Otros (uno de cada tipo): antidepresivo, hipnótico, anticonvulsivante, diurético, digitálico, antiasmático, betabloqueador y antagonista H2.

En un caso (4,5%) hubo uso concomitante de alcohol. En 21 casos (95,5%) los intentos ocurrieron en el hogar, sólo en un caso sucedió en la vía pública. En la mayoría de los casos (16/17; 94,1%) los medicamentos se encontraban en el hogar, en un solo caso los medicamentos fueron comprados especialmente para el intento. En 13 casos (59,1%) fue un acto impulsivo. Todos tenían un concepto de muerte irreversible. Como se observa en la Tabla 4, el 50% tuvo más de una causa para el intento y la principal causa (n=7; 31,8%) fue dificultades en la relación con ambos padres. En 10 casos (45,5%) hubo más de una finalidad para el intento (Tabla 5). En 9 casos (40,9%) hubo algún interés en manipular el ambiente y/o llamar la atención. En 12 casos (54,5%) hubo fantasías suicidas como imaginarse su funeral. Cinco casos (22,7%) requirieron hospitalización por el intento de 1 a 9 días.

Siete casos (31,8%) habían cometido intentos anteriores, una vez en 4 casos (18,2%), dos veces en 2 casos (9,1%) y un caso (4,5%) había cometido cinco intentos anteriores. Catorce casos (63,6%) habían tenido ideación suicida previa y 3 casos (13,6%) gestos suicidas previos.

Tabla 4
Causas de intento de suicidio referidas en 22 niños y adolescentes

Causa	n	%
Dificultades en relación con ambos padres	7	31,8
Dificultades en relación madre-hijo(a)	6	27,3
Dificultades en relaciones amorosas	6	27,3
Dificultades en relación con pares	4	18,2
Dificultades en relación padre-hijo	3	13,6
Dificultades en rendimiento escolar	2	9,1
Dificultades en aceptación de enf. crónica	2	9,1
Dificultades en relación con padrastro	1	4,5
Dificultades por conducta en colegio	1	4,5
Más de una causa referida	11	50,0

Tabla 5
Finalidad de intento de suicidio referida en 22 niños y adolescentes

Finalidad	n	%
Resolver problemas	8	36,4
Escapar	8	36,4
Cortar el sufrimiento	6	27,3
Manipular el ambiente	6	27,3
Llamar la atención	5	22,7
Más de una finalidad	10	45,5

Antecedentes psicopatológicos familiares: En 5 casos (22,7%) estuvo presente el antecedente de intento de suicidio en algún familiar: madre (en dos casos), padre, hermano y tío. En 3 casos (13,6%) un pariente se había suicidado (en 2, un tío y en 1, bisabuela). Como muestran las Tablas 6 y 7 se encontró antecedentes de psicopatología materna en 12 casos (n=20) y de psicopatología paterna en 5 casos (n=16).

Tabla 6
Psicopatología en las madres de 20 niños y adolescentes con intento de suicidio

Diagnóstico psiquiátrico	n	%
Trastorno depresivo	6	30,0
Rasgos desadaptativos de personalidad	3	15,0
Trastorno adaptativo	2	10,0
Trastorno depresivo+Distimia	1	5,0

Tabla 7
Psicopatología en los padres de 16 niños y adolescentes con intento de suicidio

Diagnóstico psiquiátrico	n	%
Abuso de sustancias*	2	12,5
Trastorno depresivo*	1	6,2
Trastorno adaptativo*	1	6,2
Esquizofrenia	1	6,2
*Además rasgos desadaptativos de personalidad	4	25,0

COMENTARIO

La mayor frecuencia de mujeres en la muestra concuerda con lo descrito por otros autores (5-12,24).

Llama la atención los resultados en relación a la familia. El 54,5% de la muestra no vive con ambos padres, un 36,4% ha recibido algún tipo de maltrato y un 72,7% refiere como causa del intento dificultades en la relación con uno o ambos padres. Además 36,4% de los pacientes estudiados presentan antecedentes familiares de suicidio o intento, en 5 casos (31,3%) se encontró psicopatología paterna y en 20 casos (60%) se encontró psicopatología materna. Estos hallazgos nos muestran el ambiente familiar en el cual tuvo lugar el desarrollo de los pacientes y su probable interacción con factores genéticos.

El 68,2% de la muestra presentó Trastorno Depresivo Mayor que requirió tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Esto confirma la importancia de la detección temprana de un cuadro depresivo como factor de riesgo para el intento de suicidio en niños y adolescentes (3-12,24).

En la mayoría el intento de suicidio fue un acto impulsivo (59,1%) utilizando medicamentos que se encontraban en el hogar (72,7%). El mantener los fármacos fuera del alcance, especialmente en adolescentes con sintomatología depresiva y rasgos impulsivos de personalidad aparece como relevante.

No aparece como causa referida importante para el intento de suicidio el rendimiento escolar (n=2; 9,1%). Sin embargo, en el 50% de la muestra hay antecedentes de repetencia, lo que nos hace plantearnos que pudiera ser un factor de riesgo en sí o asociado a otros factores.

Como se muestra en la Tabla 5 la finalidad del intento era resolver alguna situación que le ocasionara sufrimiento, no encontrando otra manera de hacerlo que no fuera a través del intento en sí mismo. Esto nos orienta a la labor psicoterapéutica, enseñar técnicas efectivas en resolución de problemas para prevenir futuras recaídas.

Cabe destacar que el 31,8% de la muestra había hecho anteriormente uno o más intentos de suicidio y 63,6% había tenido ideación suicida previa. Es fundamental la labor preventiva y la intervención precoz teniendo en cuenta que todo intento suicida es potencialmente peligroso.

REFERENCIAS

1. Minoletti A y López C: Enfermedades mentales en Chile. Magnitudes y consecuencias. Departamento Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental; 1999.
2. Lolas F, Verdugo S, Castellón C: Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1988; 26: 12-25.
3. Salvo L, Rioseco P, Salvo S: Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1998; 36: 28-34.
4. Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-110.
5. Ulloa F: Prevención del suicidio en niños y

- adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1994; 65: 178-183.
6. Ulloa F: Tentativa y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1993; 64: 272-276.
 7. De la Barra F: Conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría al día* 1989; 5: 152-158.
 8. Altamirano P: Comportamiento suicida en la adolescencia. ¿Causas y explicaciones? *Pediatría al día* 1995; 11: 31-33.
 9. Rona E: Tentativa de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1986; 57(3): 227-30.
 10. Valdivia M, Araya FM: Intento de suicidio en niños: atención en Policlínico de Psiquiatría Infantil. *Rev Chil Pediatr* 1996; 67 (Número especial): 56.
 11. Molina F, Rodríguez L, Verdugo X: Características de los ingresos por conducta suicida en un Servicio de Pediatría. *Rev. Pediatría (Santiago)* 1997; 40:7-9.
 12. Valdivia M, Schaub C, Díaz M: Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Rev Chil Pediatr* 1998; 69(2): 64-67.
 13. Birlerson P: The vality of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J Child Psychol Psychiat* 1981; 22:73-88.
 14. Birlerson P, Hudson I, Gray D, Wolff S: Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression self-rating scale) *J Child Psychol Psychiat* 1987; 28:43-60.
 15. Alvarez E, Guajardo H, Messen R: Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1986; 57(1):21-25.
 16. De la Peña F, Lara M, Cortés J y cols.: Traducción al español y validez de la Escala de Birlerson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* Octubre 1996; 19: 17-22.
 17. Beck A, Weissman A, Lester D, Trexler L: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42:861-865.
 18. Hamilton M: The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
 19. Hamilton M: Diagnosis and rating of anxiety. *Br J Psychiatry Special Publication* 1969; 3:76-69.
 20. Clark D, Donovan J: Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an Adolescent Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(3):354-60.
 21. Pierce D: The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *Brith J Psychiat* 1981; 139:391-396.
 22. Beck a, Kovacs M, Weissman A: Assesment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343-52.
 23. Guy W (Ed): The Clinical Global Impressions Scale. In: ECDEU. Assesment Manual for Psychopharmacology. US Dept of Health, Education and Welfare, National Institute of Mental Health, Rockville, MA 1976.
 24. Gómez A: Trastornos depresivos y suicidalidad. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1998; 36:93-101.

TRATAMIENTO CON CITALOPRAM EN ADOLESCENTES DEPRIMIDOS, CON INTENTO DE SUICIDIO. UNA EXPERIENCIA CLÍNICA.

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

**Centro de Medicina Integral y Reproductiva del Adolescente (CEMERA),*

***Departamento de Psiquiatría, División Ciencias Médicas Sur,*

****Departamento de Bioestadística, Facultad de Medicina, U. de Chile.*

INTRODUCCION

La depresión mayor tiene una prevalencia de un 10-25% para las mujeres y de un 5-12% para los hombres a lo largo de la vida, publicándose cifras similares para la adolescencia(1,2).

Una asociación encontrada en forma frecuente en los pacientes deprimidos es la ideación e intento de suicidio y también el suicidio consumado, por lo cual es de vital importancia realizar el diagnóstico y el tratamiento en forma precoz. En Inglaterra y Gales, se reportan cerca de 5000 suicidios anuales, de los cuales en 400-500, la causa de muerte fue por sobredosis de antidepresivos (3).

El desarrollo de los nuevos antidepresivos apunta a la búsqueda de mayor seguridad, tolerancia y eficacia. En el caso de pacientes deprimidos intentadores de suicidio, estos factores son preponderantes al momento de elegir un antidepresivo.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o IRSS(fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y otros) cumplirían con los requisitos planteados anteriormente, al no tener efectos cardíacos directos, lo cual los pone en franca ventaja sobre los antidepresivos tricíclicos (4).

(El citalopram es el más selectivo de los IRSS, y en estudios doble ciego, multicéntricos comparado con la amitriptilina, no mostró diferencia en los efectos terapéuticos, pero sí en cuanto a los efectos colaterales, los que tienden a ser leves y a disminuir con el uso(5). Esto hace que los pacientes en general no abandonen el tratamiento por esta causa (por ejemplo no se asocia a disfunción sexual como otros IRSS) y

en caso de ingesta masiva, por ejemplo 2000 mgrs, no se reportó toxicidad cardiovascular (6)

MATERIAL Y METODO

Este es un estudio descriptivo no controlado con el objeto de evaluar la eficacia de un fármaco antidepresivo: citalopram.

La muestra de nuestro estudio se obtuvo de 22 pacientes derivados al servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Exequiel González Cortés por intento de suicidio entre Marzo y Diciembre de 1998. En la primera entrevista el adulto responsable del paciente firmó el consentimiento informado (aprobado por el comité de Etica del Hospital y del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile) y se realizó una entrevista psiquiátrica semi-estructurada, y se aplicaron además los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Birlson para Depresión; Escala de Ansiedad de Hamilton; Escala de Puntuación del intento de Pierce; Escala de Ideación Suicida de Beck; Eje V y VI de CIE 10 y Escala de Graffar.

Mediante la escala de Birlson se diagnosticó depresión a 15 adolescentes (puntaje mayor o igual a 15 puntos al momento de la evaluación), de los cuales una paciente ya se encontraba con tratamiento antidepresivo indicado a raíz del intento, por lo cual no se incluyó en el protocolo de tratamiento farmacológico, por lo que la muestra finalmente quedó constituida por 14 pacientes, el resto de los pacientes se derivaron según su patología, a las diferentes unidades del Servicio de Salud Mental.

Se les indicó Citalopram (Cipramil®) en una dosis de 10 mgrs vía oral por 4 días, la que se aumentó a 20 mgrs diarios por seis meses (sólo un paciente

requirió 40 mgrs diarios.). Se les administró además las escalas de: CGI y UKU.

Se les realizó psicoterapia de apoyo a todos los pacientes, según las necesidades específicas de cada caso.

Se controlaron a los 15 días, 1 mes, 2, 3, 4, 5 y 6 meses de tratamiento con: Escala de Birlson para Depresión; Escala de Ansiedad de Hamilton; Escala de Ideación Suicida de Beck; CGI y UKU. Se realizó la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas, para determinar la significación estadística, comparando el puntaje inicial de las diferentes escalas con el obtenido en cada control. Se realizó corrección del puntaje inicial, calculando el puntaje de los pacientes en cada tiempo.

La muestra estaba constituida por un 78.6% de mujeres, como es lo esperado y el promedio de edad fue de 14.5 años (hacia el final de la adolescencia precoz), el rango de edad entre 9 y 18 años. Tabla 1.

Tabla 1
Características de los pacientes del estudio

Sexo	Distribución porcentual
Femenino	78.6 %
Masculino	21.4 %
Edad	
Rango	9-18
Promedio	14.6 años

RESULTADOS

No se analizaron en este estudio las escalas de Pierce, Graffar y los ejes V y VI del CIE 10.

Completaron el protocolo de tratamiento por 6 meses un 57.14% de los adolescentes y el resto recibió el tratamiento por un periodo variable entre 15 días y 5 meses. La causa más frecuente de abandono del tratamiento fue la inasistencia a los controles, en el 66.6% de los casos (se desconoce la causa), tal como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2
Distribución de la población por tiempo de tratamiento y causa de abandono.

Tiempo de tratamiento	Porcentaje	n	Causa de abandono	Porcentaje	n
15 días	7.14	1	Efectos colaterales	16.68	1
1 mes	14.28	2	No asistió a controles	66.6	4
3 meses	14.282	2	Otras	16.6	1
5 meses	7.14	1	Total	100	6
6 meses	57.14	8			

En una paciente se suspendió el tratamiento por efecto colateral (prurito) y otra por embarazo.

La mayoría se evaluó considerando la variación de las puntuaciones de las escalas de Birlson, Hamilton e Ideación suicida de Beck. Se comparó el resultado inicial con el obtenido en cada uno de los controles y se realizó prueba de significación estadística con un valor de $p \leq 0.05$.

La escala de depresión de Birlson, es una escala auto-aplicada cuyo punto de corte para el diagnóstico de depresión es un puntaje mayor o igual a 15 puntos. El promedio al inicio fue de 23.78 puntos, a los 15 días de tratamiento disminuyó a 15.42 y a los 6 meses fue de 6.87. El resultado se correlaciona con los hallazgos clínicos y es estadísticamente significativo. Tabla 3.