ISSN - 0188 - 4883

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE

Información Clínica

Volumen 14 Número 6 Junio de 2003

Combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes esquizofrénicos

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica; los pacientes pueden tener alucinaciones y/o delirios, manifestar suspicacia, sentir que son perseguidos, etc., los que se consideran como síntomas positivos, y así presentar actitudes de aislamiento social, aplanamiento afectivo, apatía, y empatía limitada, considerados éstos como los síntomas negativos de la enfermedad. Otro aspecto importante de la enfermedad, es que incapacita considerablemente a las personas que la padecen, quienes, por tener serias dificultades para mantener un trabajo, carecen de ingresos y en consecuencia dependen en un alto porcentaje de su familia. Debido al aislamiento social, sus relaciones sociales son mínimas, lo mismo que sus relaciones de pareja, por lo que su red de apoyo social es muy reducida. La carga emocional y económica para la familia, por ejemplo, el hecho de que el paciente tenga que tomar medicamentos de por vida debido al carácter incurable de la enfermedad, puede generar situaciones de crisis tanto para él como para la familia, sobre todo en familias con ambientes de emoción expresada alta, caracterizadas como intrusivas y sobre involucradas en la vida del paciente, y que generan recaídas. Se considera que estas dificultades e incapacidades, son los factores o aspectos psicosociales de la enfermedad, debido a que presentan una combinación de aspectos psicológicos y sociales que incapacitan e impiden a los pacientes cumplir con una serie de exigencias por parte de la sociedad, en cuanto a ser personas productivas, socialmente integradas, con vínculos de pareja significativos y con relaciones familiares satisfactorias.

El manejo actual de la esquizofrenia tiene que ver con dos aspectos fundamentales: 1) lograr la remisión y el control de la sintomatología psicótica, para lo cual se utiliza el tratamiento farmacológico mediante la prescripción de los medicamentos antipsicóticos con el objetivo de mantener al paciente estable clínicamente, y 2) llevar a cabo el abordaje de las incapacidades psicosociales de la enfermedad por medio del tratamiento psicosocial teniendo como objetivo el desarrollo de habilidades psicosociales. De tal manera, el paciente podrá incrementar su repertorio de roles en las áreas que conforman el tratamiento psicosocial, con el fin de que logre un mejor funcionamiento psicosocial comunitario. La investigación en esta área de estudio, indica que actualmente se considera que lo más conveniente en el abordaje terapéutico de la esquizofrenia es la combinación del tratamiento farmacológico con el tratamiento psicosocial.

El objetivo de este trabajo es documentar los resultados obtenidos en un grupo (experimental) de pacientes que recibió un tratamiento combinado, farmacológico y psicosocial, en comparación con otro grupo (control) que recibió únicamente el tratamiento farmacológico. Participaron pacientes con esquizofrenia, que asistían a la Consulta Externa de la Dirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en México, D. F.

Material y métodos

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, conformando dos grupos de pacientes: el experimental (n=25) y el control (n=22). Ambos grupos fueron evaluados antes y después de las dos modalidades de intervención que tuvieron un año de duración. El tratamiento farmacológico estuvo a cargo de los psiquiatras responsables de los pacientes a quienes citaban periódicamente para realizar el manejo farmacológico correspondiente. El tratamiento psicosocial implementado fue diseñado por Valencia (1994), y mediante el mismo se abordaron los aspectos ocupacionales, sociales y económicos, los de pareja, con su componente sexual, los familiares y, asímismo, las características de la enfermedad de los pacientes. El tratamiento psicosocial se realizó en coterapia, a razón de una sesión semanal, hasta completar 44 sesiones, bajo la modalidad de terapia grupal. Para evaluar la eficacia de los tratamientos se tomaron en cuenta variables como la sintomatología, el funcionamiento psicosocial, la actividad global, el cumplimiento respecto al uso de los medicamentos antipsicóticos, las recaídas, las rehospitalizaciones, el abandono

Contenido

Combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes esquizofrénicos 31

Depresión en el adolescente 32

La población palestina y la psiquiatría (aspectos sobre la salud mental) 33

Psicofarmacología basada en evidencias para niños y adolescentes 35

del tratamiento y la adhesión terapéutica. Se utilizaron como instrumentos de investigación: la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay, 1987), la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) (Valencia, 1989) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (AEG) (DSM-IV, 1995).

Resultados

Al comparar los resultados del tratamiento entre ingreso y egreso, los pacientes experimentales mejoraron significativamente en cuanto a la sintomatología psicótica, en las Subescalas de Síntomas Positivos y Negativos, en la de Psicopatología General, así como en la Escala Total de acuerdo al PANSS. Lo mismo ocurrió en relación con el funcionamiento psicosocial, en las cinco áreas de tratamiento en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas: área ocupacional ($p< 0,001$), social ($p< 0,001$), económica ($p< 0,001$), pareja/sexual ($p< 0,001$) y familiar ($p< 0,001$), así como en el funcionamiento psicosocial global ($p< 0,001$). Respecto a la evaluación de los síntomas y el comportamiento; es decir, la actividad global, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ingreso: $x=42.8$ y egreso: $x= 68.4$ ($p<0,001$) del tratamiento. De igual forma, tuvieron un menor índice de recaídas (12%) *versus* (31.8%) en el grupo control, así como un bajo nivel de rehospitalizaciones (0%) en comparación con el (13%) del control; un mayor cumplimiento en cuanto al uso de los medicamentos antipsicóticos (90%) a diferencia de (80%) del grupo control, un reducido porcentaje de abandono del tratamiento psicosocial (19.3%) y un alto grado de adhesión terapéutica (80.7%). Los pacientes controles mantuvieron estable su sintomatología, a lo largo del tratamiento, pero no mejoraron en ninguno de los aspectos psicosociales.

Conclusiones

La combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico demostró ser más efectiva que la utilización exclusiva del tratamiento farmacológico, por lo que se recomienda esta modalidad como una alternativa importante y de beneficios terapéuticos considerables en pacientes con esquizofrenia.

(Marcelo Valencia Collazos)

Bibliografía

VALENCIA M, ORTEGA HA, RASCON ML, GOMEZ L: Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (6): 358-369, 2002.

Depresión en el adolescente

El problema clínico

Durante la infancia y la adolescencia la depresión no se caracteriza preferentemente por tristeza ya que puede manifestarse como irritabilidad, aburrimiento o anhedonia. La depresión es una enfermedad crónica, recurrente, de origen familiar y que frecuentemente se inicia en la infancia o en la adolescencia. Si no se administra tratamiento, un episodio depresivo dura alrededor de ocho meses y el riesgo de recurrencia es aproximadamente de 40% a dos años y de 72% a cinco años. Algunos episodios depresivos más prolongados pueden presentarse en pacientes comórbidos con distimia, o bien en aquéllos con otras condiciones psiquiátricas asociadas, padres deprimidos o presencia de discordia entre padres e hijos. Hasta 20% de quienes inician tempranamente la depresión, se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno bipolar (TB). El TB se caracteriza por episodios de depresión y manía que se alternan; en la población pediátrica los episodios mixtos son comunes y la labilidad de la manía se combina con la depresión, o bien existe un ciclaje rápido entre la depresión y la manía en un lapso de pocos días o incluso de horas. La conducta suicida se relaciona con la depresión. Los factores de riesgo para el suicidio durante un episodio depresivo son: depresión crónica, abuso de sustancias coexistente, impulsividad y agresión, historia de abuso físico o sexual, atracción por el mismo sexo, actividad sexual, historia familiar de suicidio y acceso a algún medio de suicidio como por ejemplo, una pistola. La prevalencia estimada para la depresión durante cualquier momento de la infancia es de 1% y de 5% en cualquier momento de la adolescencia. (Existen otros informes en los que la prevalencia en la edad pediátrica es superior, alcanzando incluso hasta 15% en población abierta adolescente). Antes de la pubertad la presentación es 1:1 entre hombres y mujeres; sin embargo, a partir de ésta, la relación se modifica a un patrón similar al del adulto. El riesgo de padecer depresión en la niñez se incrementa de 2 a 4 veces si uno de los padres la padece. Algunos problemas de ansiedad, en especial la fobia social, parecen anteceder a la depresión. (Podría hablarse de un continuo entre los síntomas ansiosos y los depresivos, de donde se desprende el constructo de padecimientos o síntomas internalizados). La depresión es más frecuente entre quienes padecen una enfermedad crónica como la diabetes o la epilepsia y en quienes están sujetos a situaciones de estrés de vida. Las alteraciones en los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos se asocian y condicionan la depresión pediátrica.

Evaluación

Se debe descartar cualquier enfermedad médica. El funcionamiento social debe evaluarse con el fin de normar la intensidad del tratamiento. Se requiere de hospitalización si hay conducta suicida, dependencia a sustancias, psicosis, manía o un funcionamiento muy deteriorado. Se recomienda que el tratamiento administrado por un especialista se realice cuando exista depresión crónica o recurrente, falta de respuesta al tratamiento inicial, coexistencia de abuso de sustancias, riesgo suicida o intentos previos, o bien cuando se presenten psicosis, bipolaridad, alto nivel de discordia familiar o inhabilidad de la familia para supervisar la seguridad del paciente.

Tratamiento

Existen cuatro componentes principales para el establecimiento de un tratamiento:

1. Los padres y el pacientes deben recibir psicoedución sobre la enfermedad, se debe establecer un contrato terapéutico, se debe visualizar y conceptualizar la depresión como cualquier otra enfermedad médica.
2. Se debe identificar y mitigar la desesperanza, especialmente respecto al tratamiento, lo cual se puede lograr mediante la educación y la discusión sobre las expectativas. La desesperanza en los pacientes deprimidos predice el abandono del tratamiento y la conducta suicida.

3. Se debe establecer un contrato de no suicidio; el paciente debe comprometerse a ponerse en contacto con un adulto responsable o con el clínico cuando se le presenten ideas suicidas. Se pueden identificar los precipitantes y generar un plan de afrontamiento a los mismos.
4. Las armas o instrumentos de autolesión deben ponerse a resguardo, fuera del alcance del paciente.

Se pueden establecer dos tipos principales de intervención clínica: la farmacológica y la psicoterapéutica. (Al igual que en el TDAH con el estudio del MTA, el NIMH desarrolla una investigación comparando las mismas). Se puede emplear cualquiera de ambos tratamientos basándose en la experiencia y preferencia del clínico y del paciente. (Comúnmente se acepta que en los casos de depresión leve se inicie el tratamiento con psicoterapia y en los casos moderados o graves con farmacoterapia o con ambas. Todo paciente hospitalizado deberá sujetarse a las dos modalidades).

Farmacoterapia

El tratamiento más utilizado emplea los ISRS ya que son tres los que han probado su eficacia *vs.* placebo: fluoxetina, citalopram y paroxetina, medicamentos que presentan una tasa de respuesta aproximadamente de 60%. Una de las principales ventajas de los ISRS es su bajo perfil de efectos colaterales. Se recomienda iniciar el tratamiento con 10 mgs de fluoxetina equivalente y en una semana aumentar a 20 mgs durante otras tres semanas, y evaluar la respuesta con incrementos hasta 60 mgs, de 20 en 20, cada cuatro semanas. De no obtener respuesta se debe cambiar a otro ISRS y repetir el proceso a partir del 2º paso. Una vez obtenida la respuesta (reducción > al 50% en la clinimetría) se debe mantener la misma dosis entre 6 y 12 meses. Los efectos colaterales más comunes son nausea, pérdida de apetito y sedación, ocasionalmente pueden presentarse síntomas de activación.

Psicoterapia

Esta debe incluir de 8 a 16 sesiones en un lapso de 3 a 4 meses y debe ser de tipo cognoscitivo-conductual o interpersonal. La TCC ha demostrado ser superior a la terapia familiar. La TCC enseña a incrementar las actividades placenteras, a adquirir habilidades que mejoran la efectividad interpersonal y asimismo, a identificar y modificar lo patrones cognoscitivos disfuncionales y de autodesprecio. La terapia interpersonal enseña al adolescente a enfrentar sus dificultades interpersonales, la discordia y los demás roles de transición que se vinculan con la depresión. En las psicoterapias se recomienda establecer un seguimiento mensual durante medio año, para prevenir las recaídas.

Tratamiento de la depresión resistente

Se recomienda que después de 6 a 8 semanas, si no se han obtenido resultados con la farmacoterapia o la psicoterapia, se aplique la otra opción de tratamiento. El tratamiento de los padres en esta población es necesario, especialmente si padecen depresión. Los pacientes con depresión crónica > a un año, deberán recibir tratamiento combinado. Para las opciones farmacológicas también se recomienda la suma de coadyuvantes como el litio o el cambio a inhibidores mixtos como la venlafaxina.

Tratamiento de las condiciones coexistentes

El adolescente con depresión y TDAH debe recibir tratamiento específico para ambos padecimientos; parece que el bupropión puede combatir ambos problemas de forma adecuada. Aquellos sujetos comórbidos con consumo de OH o de sustancias de abuso, deberán recibir tratamiento específico para esto.

Tratamiento de la depresión bipolar

Tanto los pacientes como los familiares de los adolescentes deprimidos, deberán recibir psicoeducación en torno a los síntomas de la manía. Si estos síntomas se presentan deberá suspenderse de inmediato el antidepresivo y utilizar un estabilizador del ánimo como el litio o el valproato.

Se debe limitar el acceso del paciente a agentes letales de potencial suicida, así como a cualquier arma.

Areas de incertidumbre

1. ¿Cuándo utilizar psicoterapia o farmacoterapia?
2. ¿Cuál es la duración óptima del tratamiento?
3. ¿Cuáles son las mejores opciones para el tratamiento combinado de las comorbilidades?
4. ¿Cuáles son las terapias que reducen efectivamente el riesgo suicida?

Conclusiones

1. La depresión en los adolescentes es una enfermedad crónica, recurrente y con alta morbimortalidad.
2. El tratamiento específico incluye farmacoterapia con ISRS y psicoterapia CC e interpersonal.
3. El tratamiento debe continuarse de 6 a 12 meses para prevenir recaídas.
4. Se deben realizar contratos de no suicidio cuando existe algún elemento de conducta suicida.
5. La psicoeducación sobre la enfermedad es fundamental para el paciente y para la familia.

(Lino Palacios y Francisco de la Peña)

Bibliografía

BRENT D, BIRMAHER B: Adolescent depression, *N Engl J Med*, 347:667-671,2002.

La población palestina y la psiquiatría (aspectos sobre la salud mental)

Fuentes palestinas estimaron en 1992 que la población de la meseta oeste era aproximadamente de 1.5 millones de habitantes, y que en la franja de Gaza estaba por debajo de los 800,000. Para la próxima década, se estimó un incremento de cerca de 45 %. Poblaciones significativas de palestinos viven también en los países árabes circundantes, especialmente en Jordania, donde sus condiciones de vida pueden incluso ser mejores. Cerca de un millón de árabes- israelíes viven dentro de Israel. La mayoría de los palestinos son musulmanes, pero cerca de 6% son cristianos. Desde 1967, los palestinos han estado sometidos al mandato militar israelí. En épocas pasadas estuvieron bajo el Imperio Otomano, después bajo el mandato británico; y más

adelante bajo el gobierno egipcio en la franja de Gaza, y bajo el de Jordania en la meseta del Oeste. Pero desde 1993, han obtenido una parcial, aunque turbulenta, autonomía, dentro del marco de un potencial estado palestino.

Por otra parte, muchos de los aspectos sobre los sistemas de atención psiquiátrica general y forense de los palestinos, no han sido difundidos ampliamente por parte de los medios impresos de la medicina internacional, difusión que quizás mostraría el nivel de desarrollo en esta área. Este artículo, escrito conjuntamente por un árabe-palestino y un británico-judío, busca describir algunos problemas claves de la psiquiatría palestina que tienen relevancia histórica y contemporánea.

Los países árabes se cuentan entre los primeros en el mundo que establecieron hospitales de salud mental. En el mundo árabe, las fuerzas políticas y religiosas han estado siempre íntimamente entrelazadas y el Islam es un factor crucial en todos los aspectos de su vida. En la mayoría de los países del medio oriente, hasta hace poco relativamente, se pensó que la enfermedad mental se debía a la posesión por demonios, a fallas en el cumplimiento de un ritual, al destino (Inshallah). Por otro lado la naturaleza secular de la psiquiatría de Occidente ha dejado de contar con algún foco espiritual significativo.

Para sorpresa de muchos, la psiquiatría en las sociedades árabes está bien establecida, aunque los curanderos tradicionales y religiosos también juegan un papel principal en los cuidados primarios psiquiátricos. En la mayoría de los países árabes la psiquiatría se practica en el contexto de la legislación promulgada durante el período colonial o sin ninguna legislación, aunque actualmente se encuentra bajo consideración una ley panárabe de salud mental. La necesidad y la preocupación por obtener el goce de los derechos humanos para aquéllos que sufren de enfermedadades mentales y que tienen dificultades de aprendizaje, con el fin de que sean protegidos legalmente, se contemplan en las declaraciones de las Naciones Unidas. Los derechos humanos también están también incluidos en los sistemas regionales, que incluyen a los países árabes. Sin embargo, el grado en el que tales principios universales son congruentes con todos los aspectos de la jurisprudencia islámica, está en diálogo abierto o en evolución. El individualismo tan propio de las sociedades occidentales, no ha sido una característica de las sociedades islámicas, las cuales más bien enfatizan las responsabilidades personales y la adhesión a los mandatos de Dios. No obstante el vacío legal, los criterios para la hospitalización involuntaria en los países árabes se basan en parámetros similares a los de occidente, es decir, la presencia de enfermedad mental, el peligro para ellos mismos u otros y el bienestar del paciente. Como consecuencia de los fenómenos socioeconómicos actuales, como la globalización, todos los países árabes están sufriendo cambios sociales, económicos y culturales que tienden a la modernización, lo que asimismo ha provocado conflictos sobre el rol de la mujer y un aumento en el nivel del mal uso de las sustancias ilegales y el alcohol.

En el contexto de las aspiraciones nacionales de la población palestina, se ha registrado un impacto significativo sobre su salud en general durante el dominio militar israelí. De acuerdo a El-Sarraj, la "Intifada o rebelión palestina" que comenzó en 1987 fue un proceso socialmente terapéutico, que reemplazó a la depresión y a la desesperanza con el orgullo y el optimismo. Sin embargo no se dispone de estadísticas previas y subsecuentes a la "intifada", que permitan probar esta suposición. Desde 1967, aunque bajo el control militar israelí, la legislación israelí en materia de salud mental no ha sido aplicada en dicha población, por lo que no ha existido ningún marco legislativo en lo que respecta a la práctica de los cuidados en materia de salud mental. Factores como el desempleo, la falta de una completa autodeterminación, la condición de refugiados en algunos casos y el trauma de la guerra, ejercen una presión adversa y un impacto severo sobre el estado mental de los Palestinos.

En mayo de 1994, el Consejo de Salud Palestino, formado en julio de 1992, comenzó la implementación de un acuerdo israelí/palestino, sobre atención a la salud, en la meseta del oeste y en Gaza. Con respecto al área psiquiátrica, los objetivos incluyeron la reducción del abuso o mal uso del alcohol y de otras sustancias psicotrópicas, la reducción de la discapacidad asociada con la enfermedad mental, la disminución en la mortalidad y de la discapacidad asociada con la conducta violenta autodirigida e interpersonal, y la revitalización de los hospitales psiquiátricos de la meseta del oeste y de Gaza, así como también de las clínicas psiquiátricas comunitarias en varios sitios palestinos. Aunque en los hospitales (*vgr*, el Hospital psiquiátrico de Bethlehem-Meseta del Oeste) existen pabellones sólo para hombres o mujeres, los pacientes se pueden reunir en el "club social". Asímismo las provincias cuentan con clínicas psiquiátricas comunitarias. Aunque en la mayoría de los hospitales psiquiátricos de la zona no existen unidades de subespecialidad como tales, cuentan con áreas de psiquiatría general para el adulto, áreas de psicogeriatría, unidades para atender discapacidades del aprendizaje y problemas de abuso de sustancias. Algunos incluso tienen áreas de psiquiatría forense. Hasta 1979, Gaza refirió a sus pacientes psiquiátricos que requerían internamiento, al hospital psiquiátrico de Bethlehem en la meseta oeste. Actualmente existe un vigoroso programa de salud mental comunitaria. El programa de salud mental comunitaria en la franja de Gaza ha sostenido un buen numero de conferencias sobre psiquiatría, con participación internacional. Desde hace algunos años, se ha iniciado la provisión de cuidados en salud mental para niños en la franja de Gaza.

De acuerdo a El-Sarraj, durante el dominio israelí los niveles de conducta antisocial y agresión, incluyendo el homicidio, se han incrementado dentro de la población palestina. Además, el abuso de sustancias se ha extendido entre los palestinos más jóvenes. No obstante, como una forma de homicidio culturalmente sancionado, el concepto de honor familiar prevalece prominentemente entre los musulmanes: hay mujeres jóvenes asesinadas por alguno de los miembros masculinos de la familia, por haber traído "la vergüenza" a ésta, al haber tenido relaciones sexuales no aprobadas culturalmente.

Los hospitales psiquiátricos de Belén y de Gaza, por motivos de seguridad, generalmente no son capaces de recibir indiscriminadamente a cualquier paciente. Actualmente algunos psiquiatras de esta región se encuentran en países europeos como la Gran Bretaña, donde reciben adiestramiento en psiquiatría forense.

La filosofía islámica reconoce que la responsabilidad criminal puede verse afectada por la presencia de la enfermedad mental. A este respecto Mahoma y otros profetas consideraron que el joven, el sonámbulo, el enfermo mental y el "demente", se encuentran libres de culpa por los actos que cometan. La locura en la ley islámica es dictaminada por la Corte con el respaldo de un consejo psiquiátrico. La hospitalización involuntaria depende del trastorno mental en relación con el riesgo para el enfermo mismo o para otros, y con la capacidad del paciente para manejar razonablemente sus propios asuntos. La ley islámica protege a los individuos mentalmente incompetentes, de ser considerados responsables de sus crímenes, aunque no existe un delineamiento claro que explique exactamente el significado de "incompetencia mental", por lo que en cada caso se deja que la Corte decida. En la ley islámica o *Shariah*, la definición de los actos criminales es

más amplia que en el Oeste. Conductas como la suicida, la fornicación y el alcoholismo se consideran como actos criminales en las Cortes religiosas islámicas.

La prevalencia del suicidio es baja en las sociedades árabes, incluyendo a la población palestina. Los casos de suicidio por bombas en el Medio Oriente reflejan que el quebrantar la prohibición contra éste, sólo es aceptable en aras del martirio.

Todos los países árabes consideran la pena de muerte, como parte integral de la ley islámica y esencial para el mantenimiento de la ley y el orden; sin embargo, en Palestina se exonera de dicha pena a los enfermos mentales. Si un futuro estado palestino, decidiera estar en contra de la pena de muerte, sería el único estado árabe que actuara de esa manera. Durante el periodo de autonomía parcial (desde 1993), de hecho han sido pocas las sentencias de muerte, pasadas por las Cortes palestinas y llevadas a cabo.

Aunque el mejoramiento de los servicios psiquiátricos palestinos no depende solamente de la resolución del conflicto militar, también queda claro que constituye una precondición para que los esfuerzos constructivos sean fructíferos.

(Lino Palacios Cruz)

Bibliografía

MURAD I., GORDON H: Psychiatry and the Palestinian population**.** *Psychiatric Bulletin,* 26:28-30, 2002.

Psicofarmacología basada en evidencias para niños y adolescentes

Introducción

El conocimiento que se tiene sobre la efectividad de los agentes psicoactivos en adultos no es necesariamente aplicable para niños y adolescentes. Todas las nuevas medicinas que benefician la salud de la población pediátrica deben ser respaldadas por ensayos clínicos pediátricos. Las prescripciones médicas son altamente controladas en algunos países como los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), parcialmente controlado en otros como Inglaterra y mínimamente controladas en otros más, como México. Cuarenta por ciento de las prescripciones de los paidopsiquiatras en Inglaterra incluyeron medicamentos sin licencia o bien con licencia pero sin aplicación autorizada. Situaciones como éstas ayudan a entender cómo no solamente en los EUA se ha incrementado el uso de los psicofármacos en la población pediátrica, sino también en muchos otros lugares del mundo incluyendo a México. Estos hallazgos obligan a desarrollar investigaciones psicofarmacológicas en niños y adolescentes. Esta revisión no cubre a las evidencias con prescolares. Se considera a los ensayos aleatorios controlados como los estándares de oro para la práctica basada en las evidencias.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

La patofisiología del TDAH y los mecanismos de acción de los estimulantes no han sido completamente determinados, sin embargo, los diferentes estudios de imágenes cerebrales, los neuropsicológicos y los modelos animales han ayudado a comprender la compleja relación que tiene la acción de los estimulantes en el modelaje de las funciones ejecutivas, con los cambios en la neurotransmisión dopaminérgica y noradrenérgica de los circuitos corticoestriatales.

La investigación más importante mundialmente realizada sobre el estudio de los tratamientos óptimos para el TDAH se conoce con las siglas MTA (*NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study for Children with ADHD*). Se han hecho múltiples informes y análisis de los resultados, en los que se evalúa de manera detallada la magnitud de sus efectos en las diferentes intervenciones. El tratamiento farmacológico y psicosocial combinado fue superior al tratamiento sólo farmacológico o sólo psicosocial. Existen datos sobre el patrón comórbido del TDAH en los que se señala que los sujetos comórbidos con problemas externalizados parecen beneficiarse tanto con la monoterapia farmacológica como con la combinada. Se conoce ahora la dosis óptima promedio tanto para niños como para adolescentes (debe ser de entre 10 y 50 mgs/día y en los niños con peso menor a 25 kgs la dosis nunca deberá exceder los 35 mgs/día) y se ha comprobado la efectividad de las nuevas presentaciones de liberación programada y prolongada con una sola toma al día. Tomar en una sola ocasión el medicamento mejora el apego, disminuye el estigma que en algunas escuelas ocasiona el tomar medicamentos y evita la reaparición de los síntomas entre cada toma. Hay hasta 30% de los niños con TDAH que no responde a los estimulantes o no los tolera; para este grupo se ha empleado la atomoxetina (sobre la cual existen tres estudios abiertos y uno de doble ciego *vs.* placebo) la que parece ser prometedora para esta población. (Se recomienda una dosis de 1.2 mgs/kg/día o bien de 40 a 90 mgs/día). Existe aún muy poca evidencia sobre el uso de los agonistas de la nicotina y del inhibidor de la acetilcolinesterasa, denepezil, en el tratamiento del TDAH.

Trastorno depresivo mayor (TDM)

El TDM es una de las principales causas de morbimortalidad en la población pediátrica; existen algunas diferencias y similitudes entre el TDM pediátrico y el del adulto. La terapia cognoscitivo-conductual (TCC) y la interpersonal han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas depresivos, de leves a moderados, en la población pediátrica; sin embargo su disponibilidad es limitada por lo que se aplican más frecuentemente los tratamientos farmacológicos. Los ADT no han demostrado congruencia en cuanto a su superioridad contra el placebo en ensayos clínicos controlados, a diferencia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) que sí han demostrado ser superiores al placebo al menos a corto plazo, en niños y adolescentes deprimidos, tratados con la fluoxetina, la paroxetina y el citalopram. Existen aún limitantes para el uso de los AD no tricíclicos como la venlafaxina, la nefazodona o el bupropión, y hay pruebas de que el bupropión de liberación sostenida es efectivo en el tratamiento de los adolescentes comórbidos con depresión y TDAH. En un estudio con bupropión en adolescentes con TDH y depresión (dosis final media matutina de 2.2 mg/kg y vespertina de 1.7 mg/kg), 58% respondió. Asimismo, hubo respuesta en 28% con depresión y en 4% con TDH. En 8% no hubo respuesta. Cincuenta y cuatro por ciento respondieron con posterioridad a las dos semanas de placebo.

Actualmente se está desarrollando un estudio para el tratamiento de adolescentes con depresión, coordinado por el NIMH, que

busca esclarecer la necesidad de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o combinado presente en esta población. Cuarenta por ciento de los adolescentes deprimidos, quizás no responda a un primer tratamiento con ISRS. El algoritmo obliga a cambiar el primer medicamento por otro ISRS antes de cambiar de un fármaco noradrenérgico a otro del grupo mixto (noradrenérgico-serotoninérgico). La TEC es una opción para casos que no han demostrado respuesta persistente a ninguna de las intervenciones.

Trastorno bipolar (TB)

La bibliografía que existe sobre el TB en población pediátrica es compleja y confusa, hay muy poca evidencia de la eficacia de los estabilizadores del ánimo; sin embargo parece que una reciente investigación reconoce la utilidad del litio, el valproato y la carbamecepina para esta población. Existe un solo estudio controlado en el que se documenta que en niños con TB y abuso de sustancias el litio resultó exitoso. Los síntomas de la depresión y la manía frecuentemente coexisten, esto puede ser un dilema de diagnóstico por lo que es común que se utilicen los estabilizadores del ánimo junto con los antidepresivos. Se ha confirmado que los ISRS mejoran la depresión bipolar, pero aumentan el riesgo de que reaparezcan los síntomas maniacos. Los ISRS no interfieren con el uso de los estabilizadores del ánimo.

Trastornos de ansiedad

Las terapias psicológicas han sido las más utilizadas para este tipo de padecimientos; sin embargo cada vez es más común el empleo de psicofármacos en la población descrita. El primer estudio controlado desarrollado con el NIMH probó la fluvoxamina *vs.* el placebo y demostró la superioridad de ésta en los siguientes padecimientos: fobia social, ansiedad de separación y ansiedad generalizada. Existe un estudio abierto con sertralina, la que disminuyó los síntomas de la fobia social. El MTA demostró que los pacientes con TDAH y con problemas de ansiedad se benefician particularmente con la terapia farmacológica y la psicoterapéutica combinadas.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Se sabe ahora que los síntomas relacionados con el TOC tienen un sustrato biológico relacionado con la serotonina con áreas claras de disfunción en los ganglios basales y en la corteza órbitofrontal. Estudios recientes proponen que una disfunción talamocorticoestriatal reversible, mediada por glutamato, es importante tanto en la sintomatología como en la respuesta al tratamiento del TOC pediátrico. Diferentes estudios con ISRS y clorimipramina han demostrado su eficacia para controlar los síntomas hasta por un año y la fluvoxamina parece ser de utilidad para los casos de TOC pediátrico y se utilizan los ISRS en dosis promedio de 20 a 60 mgs/día. Puede ser que el TOC pediátrico represente un subtipo de TOC de más difícil tratamiento.

Autismo

En caso de autismo los tratamientos más utilizados han sido los conductuales; sin embargo las medicaciones se han empleado como tratamiento coadyuvante para la solución de problemas específicos en pacientes con este trastorno. Los ISRS disminuyen los síntomas repetitivos, las agresiones y los aspectos sociales relacionados; al parecer, los pacientes con autismo toleran menos los ISRS que los pacientes sin autismo. El haloperidol ha sido el medicamento más utilizado; sin embargo, debido a sus graves efectos colaterales, se le sustituye cada vez es más por antipsicóticos atípicos como el risperdal, del que sólo se cuenta con estudios controlados en adultos autistas. Existe un estudio controlado sobre el uso de la amantadina que permitió observar una mejoría en los problemas conductuales. Existe también un estudio retrospectivo en el que se usó el valproato y, al parecer, éste último beneficia a los pacientes con autismo y con síntomas de inestabilidad afectiva, impulsividad y problemas electroencefalográficos.

Conclusiones

Una de las limitantes que existen es el tiempo entre el desarrollo de evidencias clínicas útiles y la implementación de las mismas. Aún persisten muchos cuestionamientos sobre la evidencia del uso de diferentes fármacos para diferentes patologías que sin duda será necesario evaluar en la próxima década como una necesidad primaria de atención. Será necesario asimismo desarrollar estrategias para evaluar los medicamentos en edades preescolares y los efectos de los tratamientos combinados o individuales para cada padecimiento y población.

(Francisco de la Peña)

Bibliografía

COGHIL D: Evidence-based psychopharmacology for children and adolescents. *Current Opinion Psychiatry*, 15:361-368, 2002.

JENSEN PS y cols: ADHD comorbidiy findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:147-158, 2001.

GREENHILL LL y cols: Impairment and deprotment responses to different methyphenidate doses in children with ADHD: The MTA titration trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:180-187, 2001.

DAVIS WB: Bupropion sustained release in adolescents with comorbid ADHD and MDD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40:307-314, 2001.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

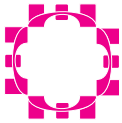
Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11. Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2003

	Nacional	*Extranjero**
Instituciones	$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.