

APORTACIONES DE LA PSICOFARMACOLOGÍA AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Pedro Javier Rodríguez Hernández

Pediatra y Psiquiatra Infantil y Juvenil

Centros de trabajo:

- Centro Terapéutico Cango. Fundación Internacional O'Belén. Tenerife.
- Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".
- Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife (España).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta y de comportamiento en niños y adolescentes son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios especializados de salud mental infantil y juvenil. También son una de las causas más importantes de consumo de recursos y utilización de dispositivos dependientes de los servicios sociales^{1,2}.

El tratamiento psicofarmacológico puede ayudar en el control de algunos de los síntomas en los niños y adolescentes con estos problemas, sobre todo de aquellos más graves que suponen un riesgo hacia su vida y hacia la integridad de quienes los rodean. La investigación sobre la utilización de psicofármacos en niños y adolescentes es un área poco desarrollada. Los estudios que existen son escasos y en ocasiones aportan evidencias contradictorias. Las razones para esto son varias.

En primer lugar, la dificultad inherente a la experimentación en las edades mencionadas. En segundo lugar, el desarrollo de la psiquiatría infantil y juvenil es reciente, por lo que o bien no existen profesionales con preparación específica en los problemas mentales prevalentes en los niños y adolescentes, o no se considera la adecuación de un tratamiento farmacológico con preferencias por la utilización exclusiva de otros mejor conocidos e investigados como son los tratamientos psicoterapéuticos.

Otras dificultades son las metodológicas. Los niños y adolescentes presentan diferencias sustanciales con respecto a los adultos en relación a las variables biológicas. Las distintas patologías psicológicas y psiquiátricas también están peor definidas que las de los adultos y la categorización diagnóstica presenta, en ocasiones, dificultades y matices que impiden la homogenización de la muestra.

Por último, los instrumentos de evaluación ofrecen sustanciales diferencias en los resultados que aportan, dificultando la comparativa entre las conclusiones de estudios diferentes³.

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Desde el punto de vista psicopatológico, los trastornos del comportamiento comprenden un grupo heterogéneo de desórdenes mentales que implican disfunción en las distintas áreas contextuales humanas y una serie de síntomas y signos más o menos específicos para cada categoría diagnóstica.

Al tratarse de una característica conductual, existirán otros trastornos u otros problemas relacionados con la salud mental que puedan presentar una expresión conductual que implique un trastorno del comportamiento. Un ejemplo típico es la esquizofrenia en fase de brote, en donde los problemas comportamentales, en ocasiones, suponen un problema más importante que la propia sintomatología psicótica⁴.

EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

En la actualidad, no existe un protocolo aceptado de manera universal para el tratamiento de los trastornos de conducta y comportamiento en los niños y adolescentes.

Los fármacos más utilizados son los neurolépticos. Entre ellos, los típicos o convencionales (tipo haloperidol, clorpromacina o tioridacina), utilizados habitualmente para los episodios agudos de agitación o agresividad, es decir, en crisis o descompensaciones.

La vía principal de administración en estos casos suele ser la intramuscular. Los neurolépticos típicos tienen gran potencia de acción antipsicótica, coartan con eficacia los episodios disruptivos, de crisis, etc.

Sin embargo, los efectos secundarios que presentan desaconsejan su utilización de manera crónica. Entre los efectos secundarios más frecuentes e importantes se encuentran los problemas motores (acatisia, discinesia), y la aparición de déficit cognitivos y disfunción hormonal si se utilizan de manera prolongada. Aún así, continúa siendo de primera elección su utilización en niños y adolescentes con sintomatología disruptiva, grave y aguda y siempre bajo una estricta monitorización.

El otro grupo de neurolépticos se denominan atípicos (tipo risperidona, olanzapina o quetiapina). Son preferidos para el tratamiento de mantenimiento de los problemas de conducta y otros trastornos psiquiátricos debido a que presentan menos probabilidad de desarrollar efectos secundarios que el grupo de los neurolépticos convencionales. Aún así, se recomienda su utilización sólo bajo estricta monitorización y por parte de profesionales expertos y con experiencia⁵.

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es evaluar la utilidad de la risperidona intramuscular en un grupo de adolescentes con trastornos conductuales y nula adherencia terapéutica.

Para ellos se han establecido varios objetivos secundarios:

1. Revisión exhaustiva de la literatura para la identificación de estudios y/o experiencias similares.
2. Comparar los datos procedentes de las investigaciones seleccionadas por su relevancia con los obtenidos en nuestro estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio de casos, de tipo naturalístico, mediante las descripciones clínicas, evolutivas y paramétricas más importantes de un grupo de 6 adolescentes (5 varones, una mujer), que han recibido tratamiento con risperidona intramuscular cada 14 días. La edad de los sujetos se encuentra comprendida entre los 15 y 16 años.

Para la inclusión de los pacientes en la serie, las condiciones son que no se pueda establecer una adherencia al tratamiento oral y que sea imprescindible el tratamiento con un neuroléptico, aparte de las propias condiciones generales que tienen que reunir los pacientes que vayan a recibir tratamiento psicofarmacológico.

RESULTADOS

Las características clínicas y evolutivas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran a continuación:

- Paciente 1: Varón de 16 años. Diagnósticos: Encefalopatía epiléptica, trastorno disocial, trastorno conductual grave. Abandonos del Centro Terapéutico en el que vive con múltiples conductas de riesgo. El tratamiento intramuscular estabiliza las conductas de riesgo y mejora la adhesión a la psicoterapia.
- Paciente 2: Mujer de 15 años. Diagnóstico: Esquizofrenia. Internada en un Centro Terapéutico. Rechazo activo al tratamiento oral. Sintomatología psicótica florida, con graves problemas conductuales. Tras comenzar tratamiento intramuscular, se observa mejoría progresiva en los indicadores clínicos.
- Paciente 3: Varón de 15 años. Diagnóstico: Trastorno de ideas delirantes. El rechazo al tratamiento neuroléptico oral conlleva exacerbación del delirio paranoide que precisa de ingreso hospitalario. Tras inicio de tratamiento intramuscular, se produce mejoría progresiva y reintegración en la escolarización.

- Paciente 4: Varón de 15 años. Diagnóstico: Trastorno disocial, retraso mental leve con alteración significativa de la conducta. Existe distocia familiar grave. Internado en un Centro Terapéutico. El tratamiento produce mejoría conductual en entornos controlados y disminución de la heteroagresividad. No mejoran las tendencias y conductas disociales en entornos no controlados.

- Paciente 5: Varón de 16 años. Diagnóstico: Esquizofrenia. Presenta policonsumo de tóxicos, oposicionismo total a cualquier tipo de terapia o intervención especializada. Heteroagresividad hacia personas incluyendo la familia con la que vive. Tras comenzar el tratamiento, se adhiere a un programa de hospital de día y cesan los trastornos del comportamiento.

- Paciente 6: Varón de 16 años. Diagnóstico: Esquizofrenia. Rechazo activo a la toma de fármacos, aunque no presenta problemas de conducta importantes. Tras 4 meses de psicoterapia, se consigue la aceptación del tratamiento intramuscular, mejorando la sintomatología psicótica y los problemas conductuales leves que presentaba. Los resultados más importantes se muestran en la tabla I, a modo de resumen.

DISCUSIÓN

El tratamiento de los trastornos del comportamiento, en especial de los que presentan síntomas graves y floridos, es complejo y precisa de una intervención multidisciplinar. Uno de los tratamientos farmacológicos utilizados habitualmente es el tratamiento con neurolépticos. Entre ellos, el más estudiado es la risperidona. La evidencia científica establece que el tratamiento con risperidona oral es útil en el control de los síntomas que presentan los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento⁵. Además, está demostrado que el tratamiento con neurolépticos orales presenta mayor discontinuidad y abandono terapéutico que las formulaciones intramusculares, administradas pocas veces al mes⁷. Otros datos de interés con respecto a este tema los aporta un reciente estudio elaborado en Andalucía a partir de los datos reales sobre el hábito prescriptor de los psiquiatras infantiles de esa Comunidad. El mencionado estudio se concluye que los tratamientos farmacológicos más utilizados en el caso de los trastornos de conducta y disocial se basan en los neurolépticos, principalmente atípicos⁸.

En el tratamiento psicofarmacológico de los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento, uno de los problemas que surgen es la dificultad para realizar una adecuada adherencia terapéutica al tratamiento oral. Las propias características de los trastornos comportamentales (acompañados muchas veces de desafío, oposicionismo, etc) impide que se establezca una adecuada cumplimentación con la consecuente

disminución en la efectividad del mismo. La alternativa en la vía de administración, intramuscular en lugar de oral, aporta ventajas que se contemplan en los resultados obtenidos.

En el presente estudio, se instaura tratamiento con risperidona intramuscular buscando un perfil de mayor adherencia (debido a que sólo se precisa una dosis cada 14 días), mejoría de los síntomas en general, disminución de los episodios disruptivos, etc. Estos beneficios han sido mencionados por otros autores con anterioridad, aunque nunca se han descrito en adolescentes. Incluso son escasos los estudios que incluyen a pacientes jóvenes (entre 18 y 30 años), aunque en ellos se replican las características beneficiosas del tratamiento que se han descrito en esta ponencia^{9,10}.

En la serie presente, el principal inconveniente encontrado radica en la aceptación del primer pinchazo. Sin embargo, una vez iniciado y aceptado, no existe ninguna reticencia a la forma de administración.

CONCLUSIONES

1. El presente estudio es el primero en describir la evolución de un grupo de pacientes de menos de 18 años tratados con risperidona intramuscular.
2. La risperidona intramuscular puede ser un tratamiento adecuado para mejorar las conductas problemáticas graves de los adolescentes con nula adhesión al tratamiento oral.
3. Los resultados mostrados se deben considerar como preliminares. Es preciso ampliar la investigación de los efectos del uso de risperidona intramuscular en niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutierrez-Casares JR., Alcaina-Prósper T., Martínez-Rey T. *Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos disociales*. Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil 2004;2:66-69.
2. Offord DR., Boyle MH., Fleming JE. *Ontario Child Health Study: summary of selected results*. Can J Psychiatry 1989;34:483-491.
3. Kapetanovic S, Simpson GM. *Review of antipsychotics in children and adolescents*. Expert Opin Pharmacother 2006;7:1871-1885.
4. Jensen PS., Buitelaar J., Pandina GJ., Binder C., Haas M. *Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: a systematic review of published clinical trials*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2007;16:104-120.

5. Fernández A., González MA., Guadilla ML. *Neurolépticos atípicos en niños y adolescentes: últimas aportaciones*. Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil 2003;4:176-180.
6. Ipser J, Stein DJ. *Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents*. Psychopharmacology 2007;191:127-140.
7. Nasrallah HA. *The case for long-acting antipsychotic agents in the post-CATIE era*. Acta Psychiatr Scand 2007;115:260-267.
8. Ramírez MJ., de la Rosa C., Galiana J. y Grupo de Trabajo de Unidades de Salud Mental Infantil de Andalucía. *Hábito prescriptor en psiquiatría infantil*. Informe no publicado, 2007.
9. Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Locklear JC, Kane JM. *Long-acting risperidone in young adults with early schizophrenia or schizoaffective illness*. An Clinical Psychiatr 2007;19:65-71.
10. Dumortier G., Welniarz B., Sauvebois C., Medjdoub H., friche H., Siad N., Degrossat K. *Prescription des psychotropes en pédopsychiatrie: limites des indications officielles et perspectives thérapeutiques*. L'Encephale 2005;31:477-489.

TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES MÁS IMPORTANTES DE LA SERIE

PACIENTE	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	DOSIS (mg)	EVOLUCIÓN
1	16	V	Tr. disocial Encefalopatía	37.5	Disminución conductas de riesgo
2	15	M	Esquizofrenia	25	Mejoría
3	15	V	Tr. Ideas delirantes	37.5	Mejoría síntomas delirantes
4	15	V	Tr. Disocial Retraso Mental	37.5	Mejoría de la conducta
5	15	V	Esquizofrenia	25	Cese consumo de tóxicos y agresividad
6	16	V	Esquizofrenia	25	Mejoría adhesión terapéutica