

LA SERTRALINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD Y AGITACIÓN EN NIÑOS CON TRASTORNO AUTÍSTICO

El autismo es un trastorno del psicodesarrollo que afecta a 10 de cada 10.000 niños y altera múltiples áreas: desarrollo del lenguaje, interacción social, juego simbólico, memoria, control de los impulsos y regulación afectiva ⁽¹⁾. Son niños que presentan la conocida necesidad de inmutabilidad en su entorno con una intolerancia al cambio en sus rutinas o en su medio. Intolerancia que se presenta con una disregulación conductual en respuesta a los cambios en su rutina o en su entorno, manifestando reacciones explosivas de ansiedad con: intensa ansiedad, irritabilidad, o pánico o agitación u otras conductas explosivas ^(2, 3).

En este trabajo reseñado ⁽⁴⁾ los autores presentan un estudio abierto de tratamiento con sertralina de nueve niños con trastorno autístico.

La muestra estaba formada por 9 niños (entre 6 y 12 años) que, cumpliendo criterios DSM IV ⁽⁵⁾ de trastorno autístico, presentaban una extrema reacción al cambio, siendo el objetivo del tratamiento reducir estas reacciones explosivas frente al cambio.

Ocho de los 9 pacientes mostraron una significativa mejora en respuesta al tratamiento con sertralina. Sólo un paciente recibía un tratamiento psicotrópico concurrente (metilfenidato).

Las dosis terapéuticas fueron sorprendentemente bajas en todos los casos (25-50 mg/d), apareciendo la respuesta clínica al tratamiento generalmente en 2-8 semanas.

Los efectos secundarios fueron mínimos: un niño presentó gastralgia, con la excepción de un empeoramiento conductual aparentemente causado por la sertralina en dos niños cuando sus dosificaciones se aumentaron a 75 mg/d.

En 3 niños, la inicial satisfactoria respuesta clínica pareció disminuir después de 3-7 meses de tratamiento, a pesar del mantenimiento o incremento de la dosis, sugiriéndose así que una positiva inicial respuesta no es un indicador seguro de su mantenimiento de respuesta a más largo plazo. En 6 pacientes, los positivos efectos persistieron a lo largo de los meses del período de seguimiento.

Sólo 4 de las familias de los niños presentaban trastornos del estado del ánimo de ansiedad.

Este estudio abierto muestra la sertralina como un tratamiento eficaz para tratar los trastornos explosivos

de ansiedad presentados frente a los cambios del entorno en niños con autismo, pudiendo ser así un tratamiento de la necesidad de inmutabilidad del entorno de los autistas.

La experiencia de estos autores sugiere que dosis bajas pueden ser efectivas, así como que algunos niños pueden requerir la administración de la dosificación dividida (repartida) durante el día.

EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LOS ADOLESCENTES

Todo clínico sabe de la importancia del cumplimiento terapéutico; de cómo un riguroso y brillante proceso diagnóstico que permite un preciso diagnóstico y tratamiento pueden verse hipotecados si no fracasar por las modificaciones de las indicaciones terapéuticas: reducción de la cantidad de medicación (dosificación o del número de tomas), interrupciones ...

El cumplimiento terapéutico, comportamiento de acuerdo con las indicaciones terapéuticas, también es denominado adhesión terapéutica. En el caso de los niños, el médico cuenta con los padres, en los adultos con el propio paciente pero en el caso del adolescente la situación se complica, llegándose a plantear situaciones ambiguas por el adolescente —¿cómo podría ser el falso dilema de: con o contra el adolescente?—. Todo ello tanto más importante en el caso de trastornos crónicos o en los trastornos psicopatológicos del adolescente.

Todo psiquiatra, especialmente si trata con adolescentes, trabaja considerando este importante aspecto. Aspecto tratado en los dos trabajos: uno de Chigier ⁽⁶⁾ y otro de Bühlmann ⁽⁷⁾ sobre este tema.

Chigier señala como situaciones de especial conflicto en el adolescente para el cumplimiento terapéutico las presentadas en caso de: epilepsia (y por extensión tratamiento con psicofármacos), diabetes, inicio de actividad sexual con principal interés en los casos de prevención de embarazo (contracepción) y las enfermedades de transmisión sexual (fármacos anticonceptivos o/ y condones), obesidad y trastornos alimentarios, consumo de tóxicos u otras conductas de riesgo.

Situaciones en las que siempre el mejor camino para obtener la adhesión o el cumplimiento, no es a través de las amenazas o avisos (posible sutil forma de amenaza), sino presentando la medicación como una forma de

58 prevención contra las situaciones que pueden ocurrir: "siempre con y nunca contra el adolescente". Así, asustar al adolescente es un, a menudo, infructuoso sistema de obtener el cumplimiento a corto plazo y habitualmente inútil para asegurarse la adhesión a largo plazo.

Situaciones en las que siempre se han de considerar los aspectos culturales, locales o étnicos, cuando trabajamos por conseguir el cumplimiento o adhesión terapéutica del adolescente.

Considerando Chigier que, en general, persuadir al adolescente para comportarse de una forma seria, evitando desenlaces malsanos, constituye todo un reto.

Finalizando, convocando a psicólogos y a expertos en marketing de productos para adolescentes, y a profesionales imbricados en el cuidado de la salud del adolescente, para analizar e investigar los éxitos y fracasos en aras de la identificación de las estrategias adecuadas para conseguir un buen cumplimiento.

Por su parte Bhülmann ⁽⁷⁾ destaca las características específicas evolutivas psicosociales de la adolescencia, como el principal condicionante del cumplimiento o adhesión terapéutica del adolescente. Características como sistemas de reafirmación del adolescente, dependencia familiar, imagen y percepción de sí mismo, imagen frente a los demás, arraigo en el presente versus la proyección en el futuro, desarrollo intelectual y de la capacidad de abstracción: razonamiento (predominio de lo inmediato versus lo mediato), sentimientos de omnipotencia y/o invulnerabilidad que le pueden llevar a la convicción del "a mi no me pasará".

El cumplimiento no está relacionado con la clase social, grado de información, instrucciones insuficientes, ni comprensión de la enfermedad del adolescente.

Tamaroff et al ⁽⁸⁾ han encontrado relación del cumplimiento con: la causa de la enfermedad, pronóstico, conocimiento de los riesgos, efectos secundarios (especialmente los que causan problemas de salud), remisión sintomatológica, e indicadores de rechazo.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ESTIMULANTES EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El tratamiento de elección, desde hace más de 50 años, del trastorno de atención con hiperactividad es la

medicación estimulante, a la que responde la mayoría de niños. Los estimulantes inducen una rápida mejoría en la conducta, rendimiento escolar y funcionamiento social. A pesar de la introducción de otros tratamientos alternativos, los estimulantes siguen siendo la medicación más efectiva para los niños con trastorno de atención con hiperactividad ^(9,10) y de las más seguras ⁽¹¹⁾.

La mayor parte de los efectos secundarios de la medicación estimulante son dosis dependientes, de severidad de leve a moderada y disminuyen con la variación de la dosis o el momento de administración ⁽¹²⁾. Efectos que comúnmente disminuyen espontáneamente durante la primera o segunda semana de tratamiento. Sin embargo, la mayoría de niños tratados con estimulantes experimentan algún efecto secundario que, a menudo, es la razón de abandono del tratamiento estimulante ⁽⁹⁾. Los efectos secundarios más comunes referidos por los niños tratados con estimulantes son: insomnio, descenso de apetito, gastralgia y cefaleas. Otros pueden ser: vértigo, irritabilidad, inquietud y afán de lloro.

Efron et al, del Real Hospital Infantil de Melbourne (Australia) se propusieron comparar los perfiles de los efectos secundarios del metilfenidato (MF) y la dextroamfetamina (DEX) en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así como también determinar si los síntomas eran genuinos efectos secundarios de la medicación estimulante a diferencia de los derivados de los aspectos del fenotipo conductual de estos niños o sea de la propia clínica del niño, publicando recientemente su trabajo ⁽¹³⁾.

Diseño del estudio: estudio doble ciego con entrecruzamiento.

Sujetos: 125 niños (114 niños y 11 niñas) entre 5 y 15 años con una edad media de 104,8 meses (8,6 años), cumpliendo criterios DSM-IV de TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Tratamiento: los niños recibieron DEX (dextroamfetamina) 0,15 mg/kg/dosis y MF (metilfenidato) dos veces al día durante dos semanas, cada uno, en orden aleatorio.

Valoración de los resultados: la escala de valoración de efectos secundarios de Barkley (17 síntomas; 0 = ausente, severidad valorada de 1 hasta 9) fue completada por los padres al inicio y al finalizar cada quincena.

Resultados: los padres refirieron un significativo mayor número promedio de efectos secundarios (8,19) y de promedio de severidad (4,08) antes de iniciar el

ensayo que durante el período con MF (número: 7,19; severidad: 3,24) pero no que durante el período con DEX (número: 7,64; severidad: 3,73). El promedio de severidad (pero no el número promedio) fue mayor en el caso de la DEX que el MF. DEX producía un insomnio y una reducción del apetito más severo, comparado con la línea basal. La reducción del apetito fue el único ítem valorado como más severo con el MF que en la línea basal. Seis efectos secundarios fueron más severos con la DEX que con el MF: insomnio, irritabilidad, afán de lloro, inquietud, tristeza/infelicidad, y pesadillas. Ninguno fue más severo en el MF que con la DEX. En total, ambos: MF y DEX, fueron muy bien tolerados por la mayoría de sujetos, con sólo 4 sujetos que

abandonaron el período del ensayo a causa de los severos efectos secundarios (2 —1,6%— en cada uno de los dos estimulantes).

Conclusiones: muchos de los síntomas habitualmente atribuidos a la medicación estimulante son realmente preexistentes características de los niños con TDAH y mejoran con el tratamiento estimulante. A las dosificaciones aplicadas ambos, Metilfenidato y Dexanfetamina, causan reducción del apetito y la DEX produce insomnio. Los síntomas emocionales negativos son más severos con la Dexanfetamina que con el Metilfenidato.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

1. Rapin I. Autistic children. Diagnostic and clinic features (Review). *Pediatrics* 1991;87:751-60.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective context. *Nervous Child* 1943;2:217-50.
3. Volkmar FR, Cohen D. Current concepts. En: Volkmar FR, editor. *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders*. Philadelphia: WB Saunders; 1994. p: 43-52.
4. Steingard RJ, Zimnitzky B, Demaso DR, Bauman MI, Bucci JP. Sertraline treatment of Transition-associated Anxiety and Agitation in Children with Autistic Disorder. *J Child Adolescent Psychopharmacology* 1997;7(1):9-15.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders*. 4ª edición. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
6. Chigier E. Compliance and conflict in adolescent. *Int J Adolescent Med Health* 1997;9(2):117-21.
7. Bühlmann U. Cumplimiento terapéutico por el adolescente. En: Sasot J, Moraga FA, eds. *Psicopediatría del adolescente*. Aspectos preventivos y psicosociales. Barcelona: Prous; 1998. p. 239-46.
8. Tamaroff, MH, Festa RS, Adesman AR, et al. Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer. II. Clinical and psychologic correlates. *J Pediatr* 1992; 120:812-7.
9. Richters JE, Arnold LE, Jensen PS, et al. NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I Background and rationale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:987-1000.
10. Elia J, Borchending BG, Rapoport JL, Keysor CS. Methylphenidate and Dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders? *Psychiatry Res* 1991; 36:141-155.
11. Gadow KD. Pediatric psychopharmacotherapy: a review of recent research. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:153-95.
12. Weiss G, Hechtman LT. Medication treatment of ADHD. En: Weiss G, Hechtman LT, eds. *Hiperactive Children Grow Up*. 2ª edición. New York, NY: Guilford Press; 1993. p. 348-65.
13. Efron D, Jarman F, Barker M. Side effects of Methylphenidate and Dexamphetamine in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Double-blind, Crossover Trial. *Pediatrics* 1997;100(4):662-6.