

VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD JUVENIL

Las noticias sobre violencia y agresividad juvenil parecen estar convirtiéndose en algo común, no sólo en los EE.UU. de Norteamérica donde el homicidio es la tercera causa de muerte entre los varones de edades entre 15 y 24 años y la cuarta en menores de 15, sino también en otros países industrializados, aunque la tasa de asesinatos de niños menores de 15 años es cinco veces superior en los U.S.A. que en el conjunto de otras naciones industrializadas.

La constatación de esta realidad ha conllevado un aumento del número de artículos en las revistas biomédicas y obliga al psiquiatra, especialmente al que se dedica a la infancia y la adolescencia, a actualizarse. A continuación resumimos algunos artículos aparecidos en los últimos años sobre tratamiento farmacológico de la agresividad.

La lista de posibles tratamientos farmacológicos, de eficacia variable y no siempre bien contrastada, es tan amplia o más que la propia lista de entidades nosológicas en las que la agresividad es uno de sus síntomas: psicosis, abuso de sustancias, trastorno de conducta, trastorno explosivo intermitente, trastornos neurológicos que afectan a los lóbulos frontal y temporal, trastornos de la personalidad. Es así evidente que no existe un fármaco antiagresividad específico sino un variado elenco de sustancias, antipsicóticos, anticonvulsivantes, eutimizantes, ansiolíticos, beta-bloqueantes, que, bajo determinadas circunstancias aún no claramente definidas, resultan eficaces en el control de este síntoma.

El primer artículo es ya un clásico aunque sólo tenga tres años.

Eficacia clínica del metilfenidato en el trastorno de conducta con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Klein et al. Arch Gen Psychiatry 54: 1073-1080, 1997.

Las diferencias de opinión respecto a la coexistencia del trastorno de conducta (TC) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, (TDAH) resultaban especialmente notorias entre los psiquiatras norteamericanos y británicos en la época del DSM-III. Los autores del artículo se propusieron realizar una "disección farmacológica" de ambos trastornos, si ambos trastornos fueran dos entidades diferentes solo el TDAH respondería positivamente al metilfenidato. Este objetivo se frustró rápidamente al no encontrar pacientes con un TC claro sin síntomas de TDAH, por lo que se reformuló el trabajo. Trataría de evaluar la eficacia del metilfenidato en los síntomas del TC, y a continuación dilucidar si dicha respuesta está en relación con la gravedad del TDAH.

El estudio incluyó 94 niños -edades de 6 a 15 años- con TC (dos tercios de los cuales también cumplían criterios DSM-IV de TDAH) y un coeficiente intelectual superior a 70, en un diseño aleatorio de cinco semanas de duración de metilfenidato (dosis máxima 60 mg/día) frente a placebo. Los síntomas se evaluaron tanto en casa, padres, como en la escuela, maestros y observación directa, mediante diversas escalas específicas de ambos trastornos -Iowa Agresion Scale, Conners Teacher Rating Scale, Quay Revised Behavior Problem Checklist, etc-, y otras genéricas - como la Mood Scale, para valorar la posible repercusión del tratamiento en el estado de ánimo; y otras destinadas a medir el rendimiento académico-.

El resultado del estudio fue claro: "Aparecen dos hallazgos clínicos. Uno, los síntomas del TC reaponden marcadamente a corto plazo al tratamiento con metilfenidato a las dosis utilizadas. Dos, los efectos farmacológicos sobre múltiples aspectos del TC no dependen de la gravedad de los síntomas del TDAH".

Al final del tratamiento la dosis media de metilfenidato fue de 41.3 mg/día -1.0 mg/kg-, en dos dosis diarias prácticamente idénticas (diferencia máxima de 5 mg).

Los aspectos específicos del TC que mejoraron en opinión de los maestros fueron: el lenguaje obsceno, la heteroagresividad, la destrucción de objetos y la "crueldad deliberada"; y en opinión de los padres, también la crueldad hacia otros, las malas compañías y los robos fuera de casa.

Según los autores no existe un modelo conductual que pueda explicar la eficacia del metilfenidato sobre los síntomas del TC, aunque lo que parece plausible es que la impulsividad constituya la anomalía clave en ambos trastornos -TC y TDAH-, y que ésta se vea reducida por el tratamiento estimulante mantenido.

En la misma línea catecolaminérgica, pero esta vez utilizando betabloqueantes y en individuos con retraso en el desarrollo, se publica el siguiente estudio.

Un estudio piloto de nadolol en individuos agresivos con retraso del desarrollo. Connor et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36: 826-834, 1997.

En este caso se utiliza un betabloqueante no selectivo y con baja liposolubilidad, lo que le impide atravesar fácilmente la barrera hematoencefálica, el Nadolol.

El objetivo del estudio, según explican sus autores, era valorar la seguridad y eficacia del nadolol en el tratamiento de la agresión llamada "evidente"* con o sin inatención/sobreactividad, en un grupo heterogéneo de niños, adolescentes y jóvenes con retrasos en el desarrollo con síntomas crónicos y deteriorantes, refractarios a los tratamientos estándares psicoeducacionales multidisciplinares.

Tras excluir a los individuos en los que el tratamiento con betabloqueantes estaría contraindicado, el estudio incluyó 12 varones de 13.6 años de edad media que fueron evaluados semanalmente durante 5 meses mientras recibían tratamiento con nadolol (dosis media de 109 mg/día, rango de 30 a 220 mg/día), en un diseño abierto. A todos los pacientes se les mantuvo el tratamiento farmacológico que llevaran al inicio del estudio, durante el cual no se permitió más cambios que los relativos al nadolol.

Los pacientes padecían trastornos psiquiátricos y neurológicos diversos. Psiquiátricos (criterios DSM-III): TDAH, TC, Trastorno explosivo intermitente, retraso mental, trastorno orgánico de la personalidad, Trastorno de estrés postraumático. Neurológicos: EEG anormal sin convulsiones, Epilepsia, Parálisis cerebral, Delección congénita del cromosoma 18, efectos alcohol fetal, Trastorno del aprendizaje, Neurofibromatosis o Daño cerebral traumático.

El C.I. medio fue de 59.7 (rango de 19 a 93). Durante el estudio se utilizó la Overt Agresion Scale (OAS) para cuantificar la agresividad, la Iowa Conners Teacher Rating Scale para valorar la inatención e hiperactividad, la escala CGI (Impresión Clínica Global) y un listado de 11 posibles efectos secundarios puntuados de 0 a 3. Asimismo se tuvo en cuenta la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Según los autores tras unas 12 semanas de tratamiento se comprobó un descenso significativo en la agresividad global, y específicamente en la heteroagresividad verbal y hacia otros, pero no en la dirigida hacia objetos o en la autoagresividad; no se modificó la puntuación del Iowa CTRS, y tanto en opinión de los padres como de sus equipos terapéuticos apareció una mejoría clínica. Desde el punto de vista cardiovascular hubo un descenso significativo de la presión sanguínea tanto diastólica como sistólica, y del pulso que apareció antes que la mejoría.

Y en enero de este año se publicaba un estudio, también abierto, en el que se utilizaba un abordaje "clásico" de la agresividad. Esta vez con un antipsicótico "atípico".

Tratamiento con risperidona de 26 niños y adolescentes con conducta agresiva y varios diagnósticos en régimen hospitalario. Buitelaar JK. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 10: 19-26, 2000.

El estudio incluye 26 individuos con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años, 24 varones, ingresados en una sala de psiquiatría por conducta agresiva que persistía tras cuatro semanas de hospitalización utilizando un abordaje conductual. 24 pacientes fueron diagnosticados de TC y 2 de Trastorno oposicionista desafiante, y además comórbidamente presentaban TDAH, Trastorno generalizado del desarrollo, Trastorno explosivo intermitente, Trastorno de ansiedad generalizada o Distimia. El C.I. medio era de 77.5 (ds 8.6) con lo que 17 sujetos se situaban en la franja del retraso mental leve y 5 en el moderado. El 50% de los pacientes habían sido tratados previamente con otros fármacos sin respuesta satisfactoria (neurolépticos clásicos, estimulantes, clonidina). La dosis inicial de risperidona (0.5 mg/día) se incrementó progresivamente a razón de 0.5-1 mg cada tres días con un máximo previsto de 6 mg/día. La respuesta al tratamiento se valoró por medio de dos escalas: la MOAS (Modified Observed Aggression Scale) puntuada por enfermería de sala la primera y última semana de tratamiento y la CGT (Clinical Global Impression) valorada por los clínicos periódicamente.

La dosis media de risperidona fue de 2.1 +/- 1.0 mg/día (rango de 0.5 a 4.0 mg/día). Tras 8 semanas de tratamiento se encontró una reducción significativa de la agresión verbal y física (tanto hacia otros como hacia objetos), sin que aparecieran efectos extrapiramidales. Estos cambios se mantuvieron durante el seguimiento posterior (6-12 meses), aunque la aparición de efectos secundarios (cansancio, sedación y aumento de peso) precisó de ajustes de dosis.

T. J. Cantó

* La agresión "evidente" hace referencia a discusiones, peleas, arrebatos; en contraposición con la "encubierta" que incluye robos, vandalismo, incendios, etc.