

Hace unos años era difícil encontrar publicaciones sobre psicofarmacología infantil y de la adolescencia, obligando a esta sección a importantes esfuerzos para su localización. En el 90, como en su día ya comentamos⁽¹⁾, se inició un cambio en esta situación que, gratamente, considero también ha llegado a nuestro país. Así en este número reseñamos dos publicaciones de autores de nuestro país que, además son activos miembros de nuestra Asociación, felicitándonos por todo ello.

LA PAROXETINA EN ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

En este trabajo, Rodríguez Ramos y cols.⁽²⁾ se proponen conocer la eficacia antidepressiva de la paroxetina en adolescentes con trastornos del humor, revisando también los efectos colaterales presentados.

La paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), de los más potentes y selectivos (para una mayor profundización sobre los ISRS, remitimos al lector a la revisión publicada en esta misma revista⁽³⁾).

Se trata de un estudio retrospectivo multicéntrico tipo estudio piloto.

La muestra está constituida por 25 adolescentes, 8 varones y 17 mujeres, entre 13 y 17 años, con una edad media de 15,3 ($\pm 1,30$).

La dosis inicial de paroxetina fue de 10 mg/d durante 2-6 días en 14 casos y de 20 mg/d en 11 casos. La dosis de mantenimiento fue de 20 mg/d en 24 casos y de 40 mg/d en un caso. En 17 casos la paroxetina fue en monoterapia, siete asociada a benzodiazepinas y un caso con haloperidol.

Resultados. El 76% presentó una respuesta favorable: siendo de remisión total en el 44% (11 casos) y de remisión parcial (mejoría con síntomas residuales) en el 32%. En el restante 24% la respuesta fue no favorable: sin cambios en el 16% (cuatro casos) y en el 8% se suspendió el tratamiento (un caso por mareos o hipotensión ortostática y otro por inquietud psicomotriz).

Efectos colaterales. En la mayoría de los casos, el 68% (17 casos), no se apreciaron efectos colaterales. El 24% (6 casos) presentaron efectos colaterales leves, siendo moderados en un 4% (1 caso) y severos en otro 4% (1 caso). Los efectos colaterales presentados más frecuentemente fueron: astenia (16%: 4 casos), sedación (12%: 3 casos) y náuseas (12%: 3 casos). También, en un caso o en dos (frecuencia menor al 10%), se apreciaron: taquicardia (8%), diarrea (8%), cefalea (8%), hipotensión ortostática (4%), inquietud (4%), aumento de la duración del sueño (4%), disminución de la duración del sueño (4%), y aumento de la actividad onírica (4%).

Los estudios analíticos realizados (15 casos: 60%), fueron normales:

Concluyendo, los autores que la paroxetina ofrece unos buenos resultados en el tratamiento de adolescentes con

trastornos depresivos, resultados que son similares a los mejores de los estudios abiertos revisados. Por otra parte destaca la tolerancia: excelente en el 68% de los casos y buena en el 24%.

Finalizando proponiendo la conveniencia de estudios controlados.

LOS PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El artículo reseñado⁽⁴⁾, apoyado en 79 referencias bibliográficas, es un trabajo de revisión de la paidopsicofarmacología clínica: una visión general, a cargo del grupo de Badajoz. González y cols.⁽⁴⁾ acompañan su trabajo de unas claras tablas, a modo de resumen, que nos permitimos destacar.

Dentro del clásico quehacer médico aconsejan, como regla general, la utilización de los psicofármacos con la menor dosis efectiva posible. Instaurando y finalizando el tratamiento con una dosificación paulatina, creciente o decreciente respectivamente, adaptada a la respuesta del paciente. Señalando como período medio de tratamiento los 3-6 meses y en general menor de 1 año.

El listado de los diagnósticos en Paidopsiquiatría en los que puede estar indicada la psicoterapia farmacológica lo presentan, distinguiendo los fármacos de acción totalmente aceptada de los de acción en controversia.

El rango de dosis habituales y el número de tomas, en paidopsiquiatría, es objeto de otra tabla. Así como los efectos adversos, distinguiendo entre los posibles a corto plazo, a largo plazo y al suspender el tratamiento.

Finalizando con la revisión de las indicaciones de los distintos grupos farmacológicos.

METILFENIDATO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNO AUTÍSTICO

Quintana y cols.⁽⁵⁾ publican el primer estudio cruzado doble ciego que evalúa la eficacia y los efectos secundarios del metilfenidato (MF) en el tratamiento de niños con trastorno autístico.

En efecto, son escasos los trabajos sobre el uso de estimulantes en el trastorno autístico. Además, su utilización en el control sintomático del trastorno autístico ha sido considerada como contraindicada.

La muestra fue obtenida de las consultas externas del Instituto Psiquiátrico del Estado de New York. Constituida por 10 niños, seis niños y cuatro niñas, entre 7 y 11 años (edad media de 8,5 años, $\pm 1,3$), que cumplieran criterios diagnósticos DSM III-R de trastorno autístico.

Los niños participaron en un estudio cruzado doble ciego usando placebo y dos dosificaciones de MF: 10 mg o 20 mg dos veces al día.

284 *Resultados:* los niños mostraron una modesta, pero estadísticamente significativa mejoría con el MF frente al placebo, no apreciándose diferencias significativas entre las dos dosificaciones de MF. Igualmente, no se encontraron diferencias significativas entre el MF y el placebo, en los efectos colaterales. La frecuencia de efectos colaterales con la mayor dosificación de MF (20 mg) fueron: falta de apetito (20%), insomnio (5%), irritabilidad (4%), gastralgia (3%) y cefalea (1%) sin presentarse tics ni pérdida de peso ni alucinaciones.

Ló que, con su estudio abierto anterior⁽⁶⁾, les lleva a concluir que el MF puede ser útil en el tratamiento de niños autistas hiperactivos.

¿POR QUÉ LOS PADRES ELIGEN MEDICAR A SUS HIJOS AUTISTAS?

Ésta sería la pregunta, cuya respuesta podría resumir el objetivo de este grupo de la Universidad de Toronto en su trabajo. En efecto, Konstantareas y cols.⁽⁷⁾ se plantearon las variables relacionadas con la elección parental del tratamiento farmacológico de sus hijos autistas.

La medicación es poco utilizada en niños que cumplen criterios de trastorno autístico (TA). Ello puede ser debido en parte a la baja eficacia terapéutica percibida con la medicación.

Puede ser debido a que los terapeutas y trabajadores en este campo ven la medicación como último resorte y tienden a emplearlo solamente como alivio sintomático y durante cortos períodos de tiempo. Además, en el caso de los neuróticos, puede ser por los efectos colaterales, principalmente las disquinesias tardías o de supresión.

Muestra: 16 niños (8%) que recibían tratamiento psicofarmacológico, entre 3,4 años y 12a.10m (12 chicos y 4 chicas), fueron estudiados de los 125 remitidos para evaluación diagnosticados de TA, entre 1983 y 1986.

De esta forma se plantearon las posibles variables que, tras un análisis discriminador previo, quedaron reducidas a cinco: presencia o ausencia de habla, irritabilidad, edad mental, tipo de familia y estrés familiar.

Resultados: encontraron que el mayor estrés familiar y la capacidad para hablar del niño (*versus* ser mudo) eran las variables que mejor discriminaban los niños medicados de los no medicados y no otras variables (como aspecto facial extraño, severidad de la sintomatología, lugar en la fratria...). Lo que está directamente relacionado con la capacidad de los padres de manejar al niño con TA. Encontrando también que la irritabilidad era la variable que más probablemente predijera el estrés familiar.

X. Gastaminza

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gastaminza X. ¿Nuevos tiempos, otros tiempos o sencillamente el tiempo? *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;(4):315.
- 2 Rodríguez Ramos P, de Dios Vega JL, San Sebastián Cabasés J, Sordo Sordo L, Mardomingo Sanz MJ. Estudio preliminar en adolescentes con trastornos depresivos. *Psiquis* 1995;16:21-30.
- 3 Rodríguez Ramos P, Sordo Sordo L. ¿Qué sabemos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para su uso racional en Psiquiatría infanto-juvenil? *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1994;(2):125-137
- 4 González AP, Gutiérrez JR, Pérez A, Martínez T. Psicofármacos en niños y adolescentes. *Farmacología del SNC* 1995;9:97-113.
- 5 Quintana J, Birmaher B, Stedje D, Lennon S, Freed J, Bridge J, Greenhill L. Use of methylphenidate in treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995;25:283-293.
- 6 Birmaher B, Quintana II, Greenhill L. Methylphenidate treatment of hyperactive autistic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:248-251.
- 7 Konstantareas M, Homatidis S, Cesaroni L. Brief report: variables related to parental choice to medicate their autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1995;25:443-452.