



Revista Médica del Instituto Mexicano del
Seguro Social
ISSN: 0443-5117
revista.medica@imss.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Sauceda-García, Juan Manuel
Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 43, núm. 5, septiembre-octubre, 2005, pp. 369-371
Instituto Mexicano del Seguro Social
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745544001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

e d i t o r i a l e s

Controversias sobre el uso de psicofármacos en niños y adolescentes

Juan Manuel Sauceda-García

Editor de Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección electrónica: dsauceda@prodigy.net.mx

Durante los últimos dos años, en la literatura científica y en los medios de comunicación masiva han aparecido comentarios controvertidos acerca de los efectos adversos de algunos medicamentos para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Éstos se han unido a otros de más larga data que cuestionan la prescripción de estimulantes a menores con trastorno por déficit de atención asociado a hiperactividad. Sin duda, tales opiniones influyen en la opinión pública e incluso en los profesionales de la salud; además, frecuentemente son motivo de preocupación en los padres de pacientes que requieren o consumen psicofármacos. Por eso, es necesario hacer algunas puntualizaciones desde la perspectiva de la evidencia científica y la experiencia clínica en psiquiatría infantil.

En diciembre de 2003, un reporte de *British Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* recomendó suspender el uso de todos los antidepresivos, excepto la fluoxetina, en pacientes deprimidos menores de 18 años; se argumentaba que algunos estudios habían encontrado mayor riesgo de caer en conductas suicidas. Sin embargo, ninguna de las diferencias respecto a las tendencias suicidas entre cualquiera de estos fármacos y placebos eran estadísticamente significativas, aun en muestras grandes. Tampoco en esos estudios la definición de conducta suicida era del todo clara, pues se incluía la ideación suicida, las lesiones autoinfligidas y los intentos de suicidio. Además, aun cuando comprendieron a 1717 menores deprimidos, no se encontró ningún caso de suicidio consumado. Las investigaciones se realizaron con sertralina, paroxetina y citalopram, antidepresivos de la misma familia química de la fluoxetina, es decir, inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS).¹

Se puede concluir que *British Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* ha exagerado los riesgos y subestimado los beneficios posibles de la medicación para el tratamiento de la depresión pediátrica. En la misma línea, *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos de Norteamérica determinó incluir en la caja de 10 medicamentos antidepresivos diferentes, la advertencia de que en pacientes pediátricos y adultos podría empeorar la depresión o provocar conductas suicidas. Al parecer, los pacientes

deprimidos pueden presentar más comportamiento suicida después de iniciar un tratamiento, principalmente durante los primeros nueve días; sin embargo, no se sabe si se debe a la depresión misma, al tratamiento o a ambos. Ningún antidepresivo en particular—sea inhibidor selectivo de la recaptura de la serotonina o tricíclico—se asocia más con el suicidio consumado.²

En febrero de 2005, la FDA modificó la advertencia en el sentido de que el empleo de los ISRS se asocia con un riesgo aumentado de ideación y comportamiento suicida, pero ya sin indicar la existencia de una relación “causal” entre ambos. También extendió este señalamiento a prácticamente todos los antidepresivos en el mercado.³

Desde hace muchos años, el metilfenidato, psicofármaco estimulante del sistema nervioso central, ha sido estigmatizado y señalado como una “droga adictiva” cuando se emplea en menores con trastorno por déficit de atención asociado a hiperactividad; los argumentos, enarbolados principalmente por adeptos de la dianética, no tienen sustento científico.

Es importante recordar que desde 1937 cuando se descubrieron sus efectos benéficos sobre la conducta disruptiva, los estimulantes han sido de los medicamentos psicotrópicos más efectivos. A partir de entonces ha quedado ampliamente documentado que reducen la actividad motriz de niños y adolescentes hiperactivos, aumentan la atención, mejoran el desempeño académico y disminuyen la conducta oposicionista.⁴

Entre las falsas acusaciones destaca que el empleo de estimulantes en la niñez predispone al uso y abuso de sustancias ilegales en la adolescencia y edad adulta.⁵ Una de las bases para esta preocupación es que el metilfenidato es químicamente similar a la cocaína y, por lo tanto, posee un potencial de abuso y adicción. Sin embargo, la evidencia científica muestra que el metilfenidato y la cocaína poseen diferentes propiedades farmacocinéticas. El primero entra y desaparece del cerebro más lentamente; con la cocaína sucede al revés, lo cual ocasiona un potencial adictivo mucho mayor.⁶ Los estimulantes del sistema nervioso central se administran por vía oral, en dosis bajas, diariamente, y por largos períodos de tiempo, lo cual hace improbable que se presente la sensibilización, responsable del deseo de in-

crementar la dosis y tomar el medicamento para sentirse estimulado.

De tal forma, la evidencia apunta a que el tratamiento con estimulantes en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad no aumenta el riesgo de experimentar con sustancias ilegales o a su uso, dependencia o abuso, en la edad adulta.⁷ Entre los niños tratados con metilfenidato, el mayor riesgo para usar cocaína y otras sustancia ilegales en la edad adulta se explica no por el medicamento sino por la asociación del déficit de atención con hiperactividad con otro trastorno de peor pronóstico: el trastorno disocial, el cual si se prolonga a la edad adulta se manifiesta como trastorno de personalidad antisocial. De hecho, el tratamiento con estimulantes en los niños hiperactivos es un factor protector contra el desarrollo posterior de adicción a drogas. Los niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad no desarrollan adicción al metilfenidato, pero puede ocurrir que algún otro miembro de la familia lo sustraiga indebidamente y lo tome para estimularse o bajar de peso por sus efectos hiperoxicos.

Los clínicos—psiquiatras, neurólogos, pediatras, médicos familiares—no deben temer que los niños que requieran sustancias psicoactivas se hagan adictos a ellas. De la misma manera no se justifica evitar o suspender el empleo de antidepresivos en pacientes deprimidos por temor a que cometan suicidio. La evidencia indica que estos fármacos tienen más posibilidades de prevenir que de causar el suicidio en los menores, igual que sucede en los adultos.⁸ Puesto que se dispone de agentes farmacológicos cuya efectividad ha sido comprobada en una proporción importante de pacientes, es inadmisible que los menores con trastornos por déficit de atención con hiperactividad o trastornos depresivos no reciban el tratamiento apropiado. Por supuesto no debe olvidarse que todos los medicamentos pueden producir efectos adversos; específicamente en lo que respecta a los psicofármacos es necesario desarrollar más métodos estandarizados y validados para supervisar su seguridad en pacientes pediátricos.

Cada vez se emplean más agentes psicotrópicos en niños y adolescentes, sobre todo después del advenimiento de los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y de la disminución de

suicidios en adolescentes asociada a su empleo en Estados Unidos y algunos países nórdicos. Empero, debe reconocerse que la investigación sobre la eficacia de estos agentes está más desarrollada que la relativa a su seguridad.⁹ Actualmente se sabe por investigaciones con rigor científico que los beneficios de estos psicofármacos sobrepasan los posibles eventos adversos, y no se justifica la prohibición de prescribirlos cuando están bien indicados y se hace un seguimiento clínico adecuado.

Referencias

1. Brent DA, Birmaher B. British warnings on SSRIs questioned. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:379-380.
2. Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behavior. *JAMA* 2004;292:338-343.
3. Food and Drug Administration. Antidepressant use in children, adolescents, and adults. Disponible en: www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(2 Suppl):26S-49S.
5. Sauceda-García JM. Los trastornos por déficit de atención. Ideas falsas y conocimientos actuales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997;54:257-260.
6. Barkely RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatric* 2003;111:97-109.
7. Volkow ND, Ding Y, Fowler JS. Is methylphenidate like cocaine? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:456-463.
8. Bostic JQ, Rubin DH, Prince J, Schlozman S. Treatment of depression in children and adolescents. *J Psychiatr Practice* 2005;11(3):141-154.
9. Greenhill LL, Vitello B, Fisher P, Levine J, Davies M, Abikoff H, et al. Comparison of increasingly detailed elicitation methods for the assessment of adverse events in pediatric psycho-pharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1478-1487. **rm**

**Juan Manuel
Sauceda-García.
Controversias
sobre el uso
de psicofármacos**