

## Tema 9. Técnicas de abordaje terapéutico: Psicofármacos

### Introducción

El empleo de psicofármacos en un situación determinada depende de diversos factores, de entre los que podemos destacar dos: el modelo de enfermedad mental que consideremos y las circunstancias socioeconómicas en las cuales se produce la intervención.

Respecto a lo primero, el criterio para decidir la prescripción de un psicofármaco será diferente según contemplemos la enfermedad mental como una entidad de base puramente biológica, relativamente independiente de los acontecimientos externos –en el sentido de que estos últimos solo son considerados factores precipitantes, pero no factores causales–; o que la consideremos como el resultado de una serie de factores de índole diversa –el manido modelo biopsicosocial–, donde el empleo de fármacos será una medida más, no la única ni la más importante, aunque a veces la más disponible, para intentar el manejo del cuadro. Como señalan algunos (Eisenberg, 1997; Rapoport, 2013), se trata de un movimiento pendular que oscila entre ambas posiciones y que conlleva el riesgo de caer en un reduccionismo biologicista... o psicologicista.

En cuanto a las circunstancias socioeconómicas, la mayor o menor disponibilidad de recursos familiares, asistenciales, de apoyo, etc., puede llegar a determinar que el empleo de fármacos sea el recurso principal o sólo una más de las intervenciones en juego. Frente a las voces que se alzan contra el exceso de empleo de medicación, están aquellas otras que hablan de la cantidad de casos infradiagnosticados y, por tanto, infratratados (Taylor, 2013).

Así pues, el empleo de psicofármacos en niños y adolescentes siempre debe formar parte de una estrategia global de tratamiento que contemple e integre la utilización de otras medidas terapéuticas.

La tendencia a la prescripción de fármacos psicótrópos en la infancia y la adolescencia ha ido en aumento (Steinhausen, 2015; Wong, Murray, Camilleri-Novak, & Stephens, 2004). Habitualmente, los compuestos estudiados son los psicoestimulantes, cuyo empleo supera al de los otros dos grupos, los antipsicóticos y los antidepresivos. Estos últimos, por su parte, se prescriben más en población femenina, a diferencia de psicoestimulantes y antipsicóticos, más recetados en población masculina. Los restantes grupos farmacológicos no suelen contemplarse en los estudios: en el caso de los estabilizadores del humor porque, a excepción de litio, son fármacos antiepilépticos; en cuanto a las benzodiacepinas, porque se emplean para el alivio sintomático de la ansiedad en diferentes contextos y para el tratamiento del insomnio. Algunos estudios excluyen, además, los antidepresivos tricíclicos.

De forma más concreta, según un estudio reciente (Sultan et al., 2018), cuando los datos se estratifican por franjas de edad y sexo, el porcentaje de niños a los que se prescribió psicoestimulantes aumentó de forma importante en la franja de 4 – 11 años para disminuir de manera significativa en la de 12 – 18 años y continuar con un lento descenso en la etapa posterior. En el caso de las niñas, las prescripciones mostraron una tendencia similar si bien con una amplitud más baja, igualándose con las prescripciones de los niños a partir de los 21 años. Los porcentajes de prescripción de antipsicóticos también fueron más altos entre los niños que entre las niñas hasta los 18 años, edad en la que comenzaron a converger. En cuanto a los porcentajes de niños y niñas a los que se prescribió antidepresivos, las tasas fueron similares hasta los 14 años, con un fuerte incremento en el caso de las niñas a partir de entonces para continuar subiendo en la edad adulta en ambos casos.

Siguiendo con este último estudio, el especialista médico –pediatra, psiquiatra general, psiquiatra de niños y adolescentes, o cualquier otra especialidad médica distinta a las anteriores– que establece la indicación difiere en función del tipo de psicofármaco. Los pediatras son quienes prescriben de forma mayoritaria la medicación psicoestimulante para las tres franjas de edad contempladas hasta los 18 años, confirmando que el tratamiento del TDAH forma parte de su práctica clínica habitual. En cuanto a los antipsicóticos, es llamativa

la homogeneidad en la prescripción de los mismos por parte de los diferentes grupos de médicos en la franja de 3 – 5 años, mientras que pasa a ser prescrito por psiquiatras, tanto generales como de niños y adolescentes, en las siguientes franjas de 6 – 12 años y 13 – 18 años. En cuanto a los antidepresivos, es llamativo como son los otros especialistas médicos quienes los prescriben de forma mayoritaria en la primera infancia, para quedar luego por encima de los psiquiatras generales y los de niños y adolescentes en las dos siguientes franjas etarias. Es llamativa la baja tasa de prescripción por parte de los pediatras, habida cuenta del sufrimiento que comporta la sintomatología depresiva, habitualmente infradiagnosticada.

Otra cuestión a tener en cuenta es que alrededor del 70% de los psicofármacos recetados en población menor de 18 años (34 de 112 compuestos revisados) carece de autorización explícita para la indicación para la que se administra en este grupo de población, forzando a su administración “fuera de ficha técnica” (Dualde Beltrán, s. f.). Sin entrar en las distintas cuestiones metodológicas, administrativas y legales que contribuyen a dicha situación, baste señalar que resulta difícil obtener una puesta en común de la experiencia extraída de la práctica clínica diaria que permitiría un mejor manejo de la medicación. Las guías clínicas tienen la función de actualizar los conocimientos empíricos derivados de dicha práctica diaria, compensando parcialmente la ausencia de ensayos clínicos.

Por su claridad y concisión, el trabajo de Javaloyes Sanchís (2012) es de **lectura obligatoria** porque desarrolla el contenido de este tema. Está disponible en el siguiente enlace: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/06/802-809\\_Farmacol.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/06/802-809_Farmacol.pdf)

Como complemento al mismo, hay que indicar que tanto lisdexanfetamina como guanfacina cuentan también con la indicación aprobada para su empleo en el TDAH. En el caso de la primera, se trata de un profármaco que se metaboliza en los eritrocitos hacia dexanfetamina, responsable de la actividad del fármaco. Se postula que el mecanismo de acción es el bloqueo de la reabsorción de noradrenalina y dopamina en la neurona

presináptica. En cuanto a guanfacina, se trata de un antihipertensivo de acción central con acción agonista selectiva sobre los receptores  $\alpha_{2A}$  adrenérgicos de la corteza prefrontal y los ganglios basales. Carece, por tanto, de acción estimulante.

## Bibliografía

- Dualde Beltrán, F. (s. f.). Las indicaciones conforme a ficha técnica de los psicofármacos prescritos en psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión, actualización, uso “fuera de ficha” y consideraciones legales.
- Eisenberg, L. (1997). Past, present, and future of psychiatry: Personal reflections. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(7), 705-713. <https://doi.org/10.1177/070674379704200702>
- Javaloyes Sanchís, M. A. (2012). Psicofarmacología. *Pediatría Integral*, XVI(10), 802-809. [https://doi.org/https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/06/802-809\\_Farmacol.pdf](https://doi.org/https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/06/802-809_Farmacol.pdf)
- Rapoport, J. L. (2013). Pediatric psychopharmacology: Too much or too little? *World Psychiatry*, 12(2), 118-123. <https://doi.org/10.1002/wps.20028>
- Steinhausen, H. C. (2015). Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(6), 635-640. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0631-y>
- Sultan, R. S., Correll, C. U., Schoenbaum, M., King, M., Walkup, J. T., & Olfson, M. (2018). National patterns of commonly prescribed psychotropic medications to young people. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(3), 158-165. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0077>
- Taylor, E. (2013). Pediatric psychopharmacology: Too much and too little. *World Psychiatry*, 12(2), 124-125. <https://doi.org/10.1002/wps.20030>
- Wong, I. C. K., Murray, M. L., Camilleri-Novak, D., & Stephens, P. (2004). Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Archives of Disease in Childhood*, 89(12), 1131-1132. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.050468>

