



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN UN MARCO PSICOTERAPÉUTICO.
UNA GUÍA ACTUALIZADA (I PARTE)**

Roland Dufour

Psicopatol. salud ment. 2005, 5, 29-40

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA

www.fundacioorienta.com/revista.html

La prescripción farmacológica en un marco psicoterapéutico. Una guía actualizada (I parte)

ROLAND DUFOUR*

RESUMEN

En este artículo presentamos un análisis de las diversas familias de psicotropos susceptibles de ser utilizados en el niño o el adolescente. Globalmente, y más allá de sus particularidades, indicaciones y objetivos, la prescripción de los psicotropos está considerada aquí como complemento a un tratamiento psicoterapéutico. En una perspectiva psicodinámica, esto implica una detección diagnóstica de la organización estructural subjacente que será el centro del tratamiento y que generará una transferencia lateral la cual podrá recogerse en la psicoterapia. En este momento puede preverse realmente una complementariedad de los abordajes. PALABRAS CLAVE: prescripción, medicamentosa, contexto relacional, psicotropos y psicoterapia, indicaciones, contra-indicaciones, interacciones.

ABSTRACT

PHARMACHOLOGIC PRESCRIPTION WITHIN A PSYCHOTHERAPEUTIC FRAME. AN UPDATED GUIDE (Part 1). This paper presents the different families of psychotropic drugs liable to be used with children or adolescents. Globally, and beyond their particularities, indications and objectives, the prescription of psychotropic drugs is considered here as a complement to a psychotherapeutic treatment. From a psychodynamic perspective this implies the diagnostic detection of the underlying structural organization which will be the centre of the treatment and will generate a lateral transference that can be brought up in the psychotherapy. At this point, complementary interventions can really be anticipated. KEY WORDS: drug prescription, relational context, psychotropic drugs and psychotherapy, indications, counterindications, interactions.

RESUM

LA PRESCRIPCIÓ FARMACOLÒGICA EN UN MARC PSICOTERAPÈUTIC. GUÍA ACTUALITZADA (I PART). En aquest article presentem una anàlisi de les diverses famílies de psicotrops que es poden utilitzar en el nen o l'adolescent. Globalment, i més enllà de les seves particularitats, indicacions i objectius, la prescripció dels psicotrops aquí la considerem com a complement a un tractament psicoterapèutic. En una perspectiva psicodinàmica, això implica una detecció diagnòstica de l'organització estructural subjacent, que serà el centre del tractament i que generarà una transferència lateral, la qual es podrà recollir a la psicoteràpia. En aquest moment es pot preveure realment una complementarietat dels abordatges. PARAULES CLAU: prescripció medicamentosa, context relacional, psicotrops i psicoteràpia, indicacions, contraindicacions, interaccions.

Problemas y objetivos de la prescripción en el niño y el adolescente

Fuente de controversia durante largo tiempo en los adultos (“camisa química”), la prescripción de los psicotropos en el niño y el adolescente sólo podía suscitar mayores resistencias e incluso rechazos. Las objeciones se referían a la posible interferencia con el desarrollo y crecimiento, así como a las consecuencias posteriores al cese de la medicación (recaídas); o incluso la molesta perspectiva de una conducta adictiva (tranquilizantes tomados en una crisis de angustia para calmar la situación). En fin, una prudencia que rayaba el ostracismo hacia los psicotropos –y eso que a nadie se le ocurría privar de un antibiótico a un niño con una angina psicótropa psicógena–. A estos argumentos se añadían otros

* *Paidopsiquiatra. Consultante del Servicio Médico-Pedagógico. Ginebra*
Correspondencia: 12, rue des Jardins – 1205 Genève

muy conocidos como: el “enmascaramiento de los síntomas”, la “fuga de la curación”, la “mejoría artificial” ligada a la toma de medicamentos, la incitación a una actitud que no posibilite la elaboración, la supresión de los síntomas disuasorios para afrontar, si fuera posible, o incluso elaborar el conflicto subyacente.

Las objeciones de naturaleza científica merecen ser tomadas en consideración –como por ejemplo, la toma prolongada de un neuroléptico y la aparición de discinesias tardías–. Sin embargo, a menudo el debate se “atasca” en consideraciones de naturaleza ideológica sobre el hecho mismo de la prescripción. Consideraciones comprensibles en los padres (tan pronto y ya un medicamento), pero discutibles en el mundo educativo y de la psicología (“artificialidad”, “enmascaramiento de los síntomas”, etc.) y asombrosas entre los psiquiatras infantiles (yo prescribo 4 ó 5 veces al año, como máximo), o incluso “yo no prescribo nunca”. Una pregunta: ¿en qué se ha convertido la identidad médica en este caso?

Ahora bien, a parte de estas objeciones más o menos discutibles, ¿qué ve el clínico? Ve, por ejemplo, a un adolescente cargado de angustias, luchando contra los pensamientos obsesivos que le invaden y contra los múltiples rituales de anulación a los que le obliga su problemática. Es, pues, un estado de profundo sufrimiento psíquico. O bien este otro: el adolescente que rompía con todos sus contactos después de un incidente en la escuela. A partir de aquel momento se siente bajo la amenaza de un medio hostil hasta el punto de quedarse en su habitación con las ventanas y las persianas cerradas durante días enteros. Solamente dejaba entrar a sus padres y no quería salir para nada. Vemos aquí, de nuevo, un intenso sufrimiento psíquico.

¿Qué debemos, pues, decidir y sobre qué criterios? La respuesta sería: sobre la base de las indicaciones. Un elemento clave de la prescripción se realiza sobre las indicaciones (deseables o necesarias) y en presencia de las contraindicaciones. En los dos ejemplos mencionados, la intensidad del sufrimiento psíquico aconsejaría una prescripción (neuroléptica) acompañada de un tratamiento psicodinámico. En esta perspectiva donde la dimensión clínica predomina sobre las objeciones más o menos teóricas, es prioritario tener una lista de indicaciones. De manera no exhaustiva, proponemos las siguientes:

1. La gravedad de los trastornos psíquicos: la oportunidad del tratamiento es mayor cuanto más perturbada sea la organización de la personalidad (borderline, psicótica).
2. La gravedad del trastorno tímico: también aquí existe una indicación proporcional a la intensidad del trastorno (hacia la manía o hacia la depresión).
3. La progresión de la edad: además de los criterios precedentes, seremos más afirmativos cuando se trata de un niño en edad de latencia o de un adolescente, más que en el caso de un niño pequeño en el que la importancia de la influencia de los padres nos tendrá muy atentos a la dinámica interactiva, así como a las proyecciones parentales sobre el niño y, por lo tanto, a la importancia del componente relacional de los trastornos (Manzano, Palacio y Zilkha, 1999). También, la intensidad de la situación de crisis en la que el niño está en juego o en la que participa (conflicto conyugal agudo). Aquí la finalidad de la prescripción será ayudar a superar un momento crucial o a remontar una situación traumática a la espera de tomar otras medidas.

Particularidades de la prescripción en el niño o en el adolescente

- La prescripción depende, ante todo, del acuerdo con los padres y después, solamente pero preferentemente, del acuerdo con el niño o el adolescente. La prescripción obedece, pues, a una regla de doble aceptación. La primera, de los padres, a los cuales es importante explicar las razones de una prescripción. Paralelamente al niño o al adolescente, al que nosotros proponemos que tome parte activa en este tratamiento. La complejidad de las explicaciones variará según la edad del niño, pero siempre conservando la claridad y la verdad. Las reacciones de los padres a estas propuestas serán bastante

clarificadoras. En este momento hacemos intervenir el concepto de pretransferencia (Manzano et al. 1999) que estos autores han utilizado refiriéndose al abordaje psicoterapéutico. La experiencia demuestra que las relaciones paternas señalan un movimiento transferencial que no se refiere solamente a la propuesta de la prescripción de un psicotropo sino también, y no es raro, a una actitud hacia la propuesta de psicoterapia en sí misma. La oposición a la medicación juega entonces un papel de “vanguardia”.

Dicho esto, todas las objeciones de los padres merecen ser analizadas antes de iniciar una prescripción. Este hecho no debe impedir discutir de nuevo el planteamiento, ya sea abiertamente o a partir de una oposición oculta (olvido o irregularidad en las tomas). Psicológica y biológicamente, la puesta en marcha de la farmacoterapia únicamente tiene sentido si se asegura su regularidad. Sólo en este momento pasa a formar parte para nosotros del marco terapéutico.

- Si el dicho latino *Primum non nocere* es todavía válido, podríamos añadirle el siguiente: *Quid in absentia?* Dicho de otro modo, siempre es oportuno preguntarse, también, si hay más inconvenientes en la prescripción o en la no prescripción. En los comentarios clínicos citados anteriormente, la no prescripción habría sido perjudicial. Sobre este tema recordaremos gustosos la acertada frase de Sleanor y Sprague: “the therapist must carefully weigh the hazards of drug treatment against the hazards of untreated illness” (Sleanor y Sprague, 1978).
- La bien conocida fórmula *Mens sana in corpore sano* es muy oportuna en el siguiente sentido: no deben olvidarse nunca el posible origen físico de una sintomatología mental. Es lo que podríamos llamar “regla de la compatibilidad biológica” a la cual siempre será oportuno referirse. Esto concierne a la historia médica del niño o del adolescente y también a los posibles exámenes para-clínicos (electrocardiograma, análisis de sangre, etc.). Convertirlo en una regla de actuación conduce a una colaboración más estrecha con el pediatra o con el médico de familia. Solamente citaré un ejemplo que es dramático: el de un adolescente que presentaba un trastorno depresivo con una astenia importante, así como cefaleas persistentes y en el cual un examen biológico puso en evidencia la existencia de una leucemia. Otro ejemplo: la preocupación por los efectos cardiovasculares en la prescripción de un antidepresivo tricíclico.
- Aspectos metabólicos de la prescripción. Si la maduración de los sistemas enzimáticos de la metabolización (fase 1) y más tarde de la coordinación (fase 2) se consigue muy precozmente en el niño pequeño, podemos enunciar el siguiente postulado: *the vast majority of psychoactive drug usage in the pediatric population occurs in children over the age of 5 years by this age, if can be assumed that the basic physiological processes that govern drug disposition are reasonably mature* (Edwards, 2002).
- Una dimensión que podríamos calificar como pionera en la prescripción farmacológica en el niño y el adolescente: “Es importante subrayar que los medicamentos psicotropos no han sido desarrollados específicamente para su utilización en los niños, sino en los adultos” (Balant, 1996). El psiquiatra infantil está, pues, obligado a recurrir a unos medicamentos cuya utilización no ha sido necesariamente optimizada en la población que trata. Está, de este modo, forzado a “reinventar” formas de utilización teniendo en cuenta las numerosas especificaciones de las enfermedades psíquicas de los jóvenes descritas en este artículo. Esto le crea al psiquiatra infantil un problema real de conciencia. Recordemos, de paso, una recomendación habitual tal como la hemos encontrado en el Compendio Suizo de los Medicamentos: “no deben prescribirse a los niños y adolescentes de menos de 18 años ya que las experiencias clínicas realizadas hasta el momento, en esta franja de edad, son insuficientes”. Se trata, por tanto, de una situación llena de paradojas. Los psicotropos recientes se ponen a disposición del clínico argumentando que estos nuevos medicamentos están dotados de una eficacia comparable a la de los más antiguos y que, además, sus efectos indeseables son inferiores. Como por ejemplo, reducción de los

efectos anticolinérgicos nocivos (xeroftalmia) o incluso amenazadores (glaucoma), cuando se opta por un antidepresivo del tipo SSRI, antes que un tricíclico cuya eficacia ha sido, por tanto, probada.

¿Hacia falta esperar que estudios abiertos y, todavía mejor, a doble ciego sugirieran que la prescripción de un antidepresivo de tipo SSRI era por tanto posible en el niño o el adolescente, como por ejemplo en los casos del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) Nuestra respuesta: Tomando las precauciones necesarias y haciendo un seguimiento atento, se puede tomar la decisión de prescribirlo y permitir al niño o adolescente que se beneficie del perfil favorable de acción de estos nuevos medicamentos. Esta actitud se ha confirmado a posteriori ya que estudios nuevos han probado el interés de recurrir a los antidepresivos de tipo SSRI en el niño o el adolescente afectado de un TOC.

Se podía aplicar el mismo tipo de razonamiento en cuanto a los neurolépticos, llamados atípicos, los cuales han sido desarrollados para el tratamiento de la esquizofrenia del adulto con los efectos positivos ya conocidos sobre la sintomatología negativa de los trastornos psicóticos, a la vez que reducen los efectos indeseables de tipo parkinsoniano. También en este caso había y existe interés en poder recurrir a estos nuevos neurolépticos en el tratamiento de las psicosis de la infancia o de la adolescencia.

- Particularidades diagnósticas en el niño y el adolescente. Tal como sabemos, el autismo de Kanner pertenece al campo de la psiquiatría infantil igual que la psicosis simbiótica o las disarmonías evolutivas. La prescripción de los psicotropos en los niños que presentan estos trastornos tendrá en cuenta esta especificación que, por otra parte, encontramos también a nivel de enfoque psicoterapéutico a través del papel fundamental de los centros de día (Manzano y Palacio, 1983).

- Mencionaremos, por último, las particularidades del metabolismo de los psicotropos en el niño y el adolescente. Si no pensamos solamente en los términos mg/kg/día en el momento de la prescripción, sino que consideramos también la talla del niño o del adolescente en relación a su peso para determinar la *clearance* de los psicotropos (volumen de plasma sacado totalmente del medicamento por unidades de tiempo/en l/min); si consideramos, pues, este método afinado del metabolismo de los psicotropos, se puede evidenciar que la *clearance* de los psicotropos es más elevado en el niño que en el adulto. Por tanto, para una adecuación óptima del tratamiento, la prescripción (dosis total e intervalo de las dosis) tomará en consideración estas particularidades metabólicas.

Objetivos del tratamiento farmacológico

Se pueden observar especialmente los objetivos siguientes:

1. Reducir el sufrimiento psíquico, a veces intenso, del niño y del adolescente que no atenuará la psicoterapia incluso con una frecuencia elevada de sesiones.
2. Prevenir la aparición de una sintomatología secundaria alimentada por la sintomatología primaria, la cual agravará. Un ejemplo: la marginalización social que sucede después de una fobia escolar prolongada.
3. Permitir superar un momento en que la utilización de otras medidas (terapia individual o institucional, logopedia, psicomotricidad, etc.) no son suficientes para superarlo.
4. Vencer una crisis (variante aguda de la situación precedente) donde los riesgos de pasar a un acto hetero o autoagresivo son previsibles, especialmente en el adolescente.
5. Combatir una sintomatología primaria (fobia escolar, convicción delirante, ritual obsesivo, etc.) o incluso combatir un síntoma (depresivo, hipercinético) en el que la psicoterapia actuará paralelamente explorando los orígenes del *conflicto* del niño o del adolescente.
6. Prevenir las recaídas verdaderas (no confundirlas con las falsas recaídas por interrupción prematura del tratamiento) ya que la experiencia ha demostrado que el coste psicosocial de la recaída es claramente más elevado que el de la prolongación del tratamiento farmacológico.

7. Permitir, finalmente, un nuevo arranque y un nuevo despliegue del crecimiento físico, el cual se ha “atascado” en una paralización depresiva o se ha “agarrotado” en una rigidez defensiva psicótica.

Para concluir esta introducción diremos que, conjugada con un enfoque psicoterapéutico al cual puede servir de apuntalamiento, la farmacoterapia ocupa su lugar en este emparejamiento psicoterapia-farmacoterapia, condicionada por el peso de las indicaciones y las contraindicaciones de este enfoque.

Los antidepresivos y su polivalencia

Los antidepresivos están indicados, evidentemente, contra la depresión, si bien todavía no se ha reconocido su existencia en el niño o el adolescente. Hemos tenido que esperar 70 años y especialmente a los estudios de Rutter para que se empiece a imponer la existencia de un cuadro clínico depresivo. Esta actitud de no reconocimiento o incluso de desprecio se ha visto estigmatizada más tarde. Podemos recordar las vigorosas afirmaciones de Sandler y Joffé que hablaban de este tema como de una verdadera “conspiración del silencio”. Desde aquel momento numerosos estudios han afirmado la validez de este diagnóstico. Para hacer memoria recordemos entre otros los trabajos de Cytrun, Puig-Antich, Kovacs, Weinberg, Ryan, Carlson y Cantwell, Cambers y otros autores a los que debemos el reconocimiento de esta entidad depresiva en el niño y el adolescente. Probablemente son múltiples los factores que han contribuido a este reconocimiento tardío. Las reticencias, por no hablar de resistencias emocionales, se oponían a este reconocimiento por lo que se consideraba que “a niños pequeños, pequeños problemas”. Para los más mayores tampoco faltaban argumentos: falta de motivación y de responsabilidades, falta de voluntad e incluso de pereza.

Esta actitud de negación, comprensible en los padres preocupados siempre por este diagnóstico, era menos preocupante entre los profesionales que trabajaban con niños. Otro motivo de este no reconocimiento parece estar en relación con la evolución del desarrollo del niño. La experiencia muestra que un cuadro depresivo puede tomar en el niño pequeño la forma inversa de un síndrome hipo-maniaco que cubre de manera defensiva las vivencias depresivas del niño (Manzano y Palacio, 1984). Las conductas turbulentas pueden asimismo engañar. Más tarde, hacia la adolescencia, vemos formarse progresivamente un cuadro clínico cercano al del adulto, aunque las “formas enmascaradas” (términos que debemos utilizar con prudencia) no sean extrañas (indolencia, dejadez, etc.). Parece que existe otro motivo en las formas particulares observables en psiquiatría infantil y que demuestran su carácter específico, al mismo tiempo que se cuestionan sobre el riesgo de una analogía demasiado marcada por la clasificación del adulto. De este modo, el niño en edad escolar (latencia) presenta a menudo un cuadro depresivo parcial (llamado asimismo oligosintomático). Es pues evidente que si para diagnosticar un trastorno depresivo, es necesaria la presencia de una sintomatología completa, habrá toda una serie de casos que no cumplirán con los criterios de inclusión requeridos. Y esto puede ser la causa de una subestimación de la cantidad de estados depresivos en los niños. En nuestra experiencia (Palacio y Dufour, 1994) nos ha sido posible clasificar los problemas tímicos del niño en relación con cuatro síntomas cardinales: I) Un estado de tristeza profunda y duradera; II) Vicisitudes de la estima del yo; III) Vicisitudes de la relación de objeto y IV) Disminución psicomotora con cuadro de inhibición.

En el niño en edad de latencia, se observa a menudo la presencia de estos dos síntomas:

1. Las vicisitudes de la estima del yo y el niño dirá por ejemplo, a propósito de sus producciones, “están mal, no valen nada”; y por otra parte, la disminución psicomotora mencionada anteriormente y que el niño referirá como: “no sé que hacer”, etc.
2. El estado de tristeza duradero se expresa con menos frecuencia en esta edad de forma abierta y demuestra la gravedad del problema; en cuanto a las vicisitudes de las relaciones de objeto con sus

vivencias de soledad, de incompreensión e incluso de aislamiento, podemos observarlas más a menudo en los adolescentes.

Debemos remarcar, pues, la importancia de la técnica de la entrevista semidirigida para poner en evidencia la existencia del problema tímico que, por otra parte, puede escaparse al diagnóstico. Por ejemplo, fue al final de una sesión que una niña –de la cual la anamnesis familiar remarcaba sucesivamente la pérdida del padre, del abuelo y de un animal de compañía– que acabó por decirme: “Lo guardo para mí!, lloro en mi cama”; sin una actitud más exploratoria, no tendremos la suerte de poder expresar estas vivencias espontáneamente.

Desde el punto de vista farmacológico, la gama de medicamentos antidepresivos ha ido aumentando con los años y las posibilidades de elección lo han hecho de forma simultánea. Globalmente, los antidepresivos son regularmente eficaces en el tratamiento de la depresión del niño o del adolescente y son superiores al placebo, en los estudios realizados a doble ciego. Al igual que con el adulto, queda algún porcentaje de casos (1/4 y 1/3) que no responden al tratamiento, lo cual plantea la cuestión de estrategias alternativas especialmente los tratamientos combinados con dos antidepresivos.

Actualmente aparece en la literatura un consenso general que considera a los SSRI medicamentos de primera línea en el tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. Los diferentes antidepresivos de esta familia: fluoxetina, sertralina, citalopram, especialmente la paroxetina, también son eficaces. Además, sin estar exentos de efectos indeseables (problemas gastrointestinales, nerviosismo, insomnio, sudoración excesiva) presentan un perfil beneficio-riesgo favorable que convierte su prescripción en potencialmente segura. Esta observación es válida, sobre todo, cuando se comparan los SSRI con los antidepresivos más antiguos, ya sean los tricíclicos (TCA) como la imipramina, la clomipramina, la amitripilina, etc., los cuales ocasionaban con molestos efectos anticolinérgicos, además del problema de la conducción cardíaca que podía provocar trastornos cardiovasculares más o menos graves.

Sobre este tema (la cuestión de las muertes súbitas) bajo este tipo de tratamiento, deben mencionarse otros factores paralelos importantes en la historia familiar de este campo, así como el tema de las posologías elevadas (más de 3mg/kg/día). De todas formas, diferentes estudios han evidenciado que el uso de los tricíclicos en el niño no mostraba una eficacia muy superior al placebo. Una observación importante puede mostrar esta diferencia de eficacia entre SSRI y tricíclicos en el niño en comparación con el adulto en los que los TCA son eficaces. Una hipótesis interesante sugiere que una maduración más precoz de los sistemas serotoninérgicos en comparación con la maduración más tardía de los sistemas noradrenérgicos podría explicar esta diferencia de eficacia entre el niño y el adulto. Algunas investigaciones han permitido el desarrollo de antidepresivos que no pertenecen estructuralmente a ninguna de las dos categorías mencionadas más arriba (SSRI y TCA). El motor de la investigación continúa a fin de lograr una reducción de los efectos indeseables, un perfil de acción más específico, así como un plazo de acción más corto que el clásico periodo de dos a tres semanas.

Hay que remarcar, una vez más, que estos nuevos antidepresivos han sido desarrollados y estudiados en los adultos, por lo tanto no está establecida su validez en el niño y el adolescente. Recomendamos, por tanto, prudencia e incluso tiempo de espera por parte de los fabricantes. Sin embargo, vistos sus intereses potenciales en el tratamiento de la depresión del niño y del adolescente, mencionaremos algunos:

-*La venlafaxina*, es estructuralmente diferente de los antidepresivos mencionados más arriba. Su acción, sobre todo serotoninérgica a bajas dosis, se convierte en serotoninérgica y noradrenérgica a dosis más elevadas. El perfil de acción dependerá, pues, de la posología cotidiana. El mecanismo de acción es

como los demás, una inhibición de la recaptación de la monoamina considerada. Otro aspecto interesante es un posible desarrollo más rápido de la acción antidepresiva debida a una *down regulacion* más rápida de los receptores betaadrenérgicos correlacionados con la acción antidepresiva. Actualmente la literatura no posee todavía estudios controlados. Por nuestra parte, la hemos utilizado con éxito en algunos casos de depresión en el adolescente.

-*La mirtazapina*. Este nuevo antidepresivo es también estructuralmente diferente de los SSRI y los TCA. El mecanismo de acción se realiza por el rodeo de un antagonismo alpha 2 adrenérgico de donde resulta un doble aumento de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. Por otra parte, su acción antagonista sobre los receptores antihistamínicos H1 da cuenta del componente sedante de su perfil de acción. La mirtazapina se prescribe mayoritariamente por la noche por su acción favorecedora del sueño. Estos dos nuevos antidepresivos tienen un doble espectro de acción serotoninérgica y noradrenérgica que recuerdan el de la clomipramina. Esta doble acción ha incitado a algunos autores a preconizar este tipo de antidepresivos en los adultos como medicación de primera intención. La nefazodona ha sido retirada recientemente del mercado debido a algunos casos de defunción por ataque hepático. También en este caso, aunque el medicamento haya sido bien tolerado por varios pacientes, los estudios retrospectivos sugieren que los factores de comorbilidad han podido jugar algún papel.

-*La trazodona*. Estructuralmente próxima a la molécula precedente, no ha suscitado nunca problemas mayores durante su utilización. Problema eventual de una hipotensión ortostática referido a su antagonismo alpha 1 adrenérgico; se puede controlar en principio por el horario de las tomas, más en horario nocturno, y la posología. Más problemático, aunque raro, es la aparición de un priapismo a consecuencia, igualmente, de un bloqueo alpha adrenérgico. Dicho esto, su acción antagonista sobre los receptores 5 HT 2 le convierte en un antidepresivo claramente ansiolítico y sedante, que favorece el sueño y reduce los síntomas de ansiedad.

-*El bupropión*. No se ha comercializado todavía como antidepresivo, pero sí bajo forma de una molécula *retard* para la deshabituación del tabaquismo. Estructuralmente próximo a los psicoestimulantes, el bupropión posee una acción esencialmente dopaminérgica y noradrenérgica. En nuestra experiencia, esta molécula se ha mostrado eficaz en el tratamiento del adolescente muy deprimido con una importante inhibición de la acción y una marcada disminución psicomotora. Para nosotros el interés en esta sustancia no acaba aquí. Gracias a su perfil de acción, algunos autores han considerado el bupropión como tratamiento de segunda intención del síndrome hiperkinético o ADHD. Sin embargo, en nuestra experiencia se ha mostrado menos eficaz en esta sintomatología comparada con la eficacia del metilfenidato. La reboxetina, otro antidepresivo reciente, da cuenta a la vez de las propiedades dinamizadoras, además de aumentar el humor pero, también, una posible sintomatología ansiosa, que se puede relacionar con la posología.

En general repetiremos que, en el estado actual de los estudios en niños y adolescentes, el recurso de estos nuevos antidepresivos nos parece reservado a los adolescentes, en los que nuestra experiencia clínica nos ha demostrado su eficacia con un perfil beneficios-efectos indeseables satisfactorios. Recordemos de paso que un efecto secundario no es necesariamente indeseable, como lo ilustra el ejemplo de la prescripción nocturna de la mirtazapina y su acción secundaria favorable sobre el sueño.

Una cuestión crucial: el riesgo de suicidio. Es en este tema que la eficacia-efecto indeseable juega un papel decisivo en la elección del antidepresivo. Bajo este punto de vista los SSRI, incluso si no están totalmente exentos de riesgos (síndrome serotoninérgico), presentan una destacada ventaja sobre los TCA temidos en casos de sobredosis, por los riesgos cardiovasculares que comportan. En el adolescente, además de la prudencia en la gestión de la prescripción y el soporte del entorno, tendremos especial cuidado, si la prescripción parece razonablemente posible, a recurrir a un antidepresivo con un fuerte componente ansiolítico como la mianserina o incluso la trazodona, medicamentos que aumentarán

progresivamente el humor sin provocar un aumento demasiado rápido de la inhibición depresiva, la cual podría provocar el paso al acto desgraciado. La elección de estas sustancias se justifica también por su perfil de seguridad en este caso, debido a sus efectos cardiovasculares muy bajos. Por otra parte podemos repetir aquí, una vez más, que la medicación interviene como apuntalamiento de la psicoterapia y del trabajo con el entorno familiar, estando todo ello en nuestro primer plan de acción.

Otras indicaciones de los antidepresivos

Los antidepresivos no actúan exclusivamente contra la depresión. Hemos asistido a una ampliación progresiva de sus indicaciones. Históricamente los componentes tricíclicos fueron inicialmente utilizados también para el tratamiento de la enuresis. Algunos estudios a doble ciego han demostrado su eficacia, ya se trate de la imioramina o de la desipramina. Se ha visto que la posología –más baja que la de un tratamiento antidepresivo– pone en evidencia que no es por este mecanismo (antidepresivo) que los medicamentos actúan eficazmente sobre la enuresis. El hecho de que se instale una tolerancia y que sea posible una recaída al acabar el tratamiento, demuestra una vez más la importancia de una medida psicoterapéutica paralela ya sea conductista o, en nuestro caso, psicodinámica.

Más tarde se han añadido otras indicaciones para ampliar el campo de acción de los psicotropos. Estas son:

- El cuadro de fobia social responde bien a los antidepresivos en el adulto, al igual que el del trastorno de pánico. Se están desarrollando estudios para su aplicación en el niño y el adolescente con resultados positivos y superiores al placebo. Y ello en cualquiera de los SSRI utilizados en uno u otro estudio: fluvoxamina, sertralina, fluoxetina o paroxetina. Nuestra experiencia clínica en la materia es asimismo positiva en el niño y el adolescente.
- Los trastornos obsesivo-compulsivos. Actualmente se conoce a través de la imaginaria neurológica el circuito córtico-estriato-tálamo-cortical implicada en esta patología. Biológicamente también tenemos argumentos para dudar de una excesiva actividad de tipo glutamérgico, la cual afecta las transmisiones serotoninérgicas conocidas desde ahora por estar implicadas en los trastornos obsesivos compulsivos (TOC). Ya existían trabajos que ponían en evidencia la eficacia de la clomipramina, eficacia que correspondía a su componente serotoninérgico. Los estudios más recientes con los SSRI destacan una eficacia comparable con uno de estos psicotropos y ello con menos efectos indeseables que con un TCA como la clomipramina. Esta eficacia sobre los trastornos obsesivo-compulsivos se considera dissociable de la acción antidepresiva y parece responder después de un periodo más largo y con posologías más elevadas. En los casos rebeldes a una monoterapia se ha demostrado positivo un tratamiento combinado. Así, la asociación clomipramina-fluoxetina (con un cuidadoso seguimiento debido a las interacciones) se ha demostrado efectiva en los adolescentes que no respondían a una monoterapia. Los tratamientos combinados, durante largo tiempo desprestigiados, ocupan pues su lugar, especialmente ante unos casos que no responden o que responden parcialmente a pesar de una medicación adecuada. Y esta proporción de casos está lejos de ser despreciable. Una ventaja evidenciada por algunos estudios y que nuestra experiencia clínica corrobora, reside en la posibilidad de utilizar posologías asociadas más modestas con el efecto de sinergia esperada y paralelamente una posible reducción de los efectos indeseables. Asimismo se ha propuesto otra combinación para estos trastornos: SSRI-risperidona. Esta asociación nos parece interesante no solamente en el plano clínico (nosotros también recurrimos a ella) sino igualmente en el plano teórico.

En efecto, desde el punto de vista psicodinámico, los trastornos psicóticos o parapsicóticos pueden organizarse de manera más evolutiva, en un modo obsesivo; este último más o menos rígido según los casos, busca un intento de control y de dominio de las angustias subyacentes que tienen una calidad psicótica. Si el tratamiento antidepresivo (SSRI) ocupa su lugar esencial, el añadido de un

neuroléptico atípico que reduzca este tipo de angustia, jugará en el sentido de la sinergia que nosotros hemos igualmente observado.

De todo lo que precede, podemos sacar las observaciones siguientes:

- La extensión del campo de acción de los antidepresivos reduce notablemente el lugar de los ansiolíticos de tipo benzodiazepina (BZD). Sus efectos indeseables sobre la vigilancia, la función mnésica y sobre el riesgo de la costumbre y la potencialidad de abusos ulteriores nos incitan a apartarlos del tratamiento de los niños y adolescentes obsesivo-compulsivos.
- Esta utilización ampliada de los antidepresivos, con características transnosográficas tiende puentes entre sintomatologías de aspectos aparentemente diversos. Desde el punto de vista estructural psicodinámico, la puesta en segundo plano de los ansiolíticos y en compensación la puesta en primer plano del tratamiento antidepresivo subraya para nosotros la importancia de la *conflictualidad* depresiva en el funcionamiento psíquico (Palacio Espasa, 2003). En efecto, ya se trate de ansiedad de separación, de fobia escolar, de fobia social o incluso de trastornos de pánico, el denominador común de estas angustias nos parece que reside en su calidad depresiva con los sentimientos de pequeñez, de no estar a la altura o incluso de incapacidad de afrontar la realidad tal como se percibe. Este desarrollo transnosográfico nos parece que corresponde en un plano diferente a la importancia creciente que ha realizado el concepto de comorbilidad en el enfoque clínico actual. Finalmente, parece correcto que esta expansión considerable del uso de los antidepresivos pueda estar en relación con el lugar central que podría ocupar perfectamente la *conflictualidad* depresiva y sus diferentes maneras de elaboración en el ser humano.
- Los IMAO. Fruto de la casualidad o más bien de la observación clínica (acción euforizante del iproniazid utilizado como antituberculoso en los años 1950), esta otra categoría de antidepresivos iba a desarrollarse progresivamente sin ocupar nunca un lugar preponderante, como por ejemplo los SSRI. Eran y son interesantes por su mecanismo de acción de inhibición de la monoaminooxidasa mitocondrial. Son interesantes por su amplio espectro de acción (serotonina, noradrenalina y dopamina). Interesantes, también, por el hecho que de las dos formas de isoenzimas (MAO-A y MAO-B), solamente la inhibición de la primera (MAO-A) está asociada a una acción antidepresiva. La acción potencialmente potente de esta familia de antidepresivos iba a enfrentarse a un serio problema: el *cheese-effect*. Efectos indeseables (riesgo de crisis de hipertensión) y, por supuesto, no deseados como consecuencia de la acumulación de la tiramina (efecto estimulante) producida por la metabolización bacteriana de la tirosina. Como los antidepresivos inhibidores de MAO-A (los IMAO-A) tenían un efecto prolongado, era necesario introducir durante este tratamiento una reducción dietética del aporte de tirosina, es decir, del queso pero también de otros precursores alimentarios como el chocolate y los plátanos. Esta restricción necesita la compliance de los pacientes, pero contribuiría a restringir su utilización y a separarla de los niños y los adolescentes.

Por lo tanto no faltan trabajos en este último decenio que hayan demostrado su eficacia en el tratamiento de los estados depresivos mayores, estados de pánico y de fobia social. Particularmente, el cuadro de depresión atípica, no extraño en los adolescentes y en los adultos jóvenes y su semiología llamada neurovegetativa, es decir, la tendencia a ganar peso, a una hipersomnolencia, a un empeoramiento del humor en horas nocturnas y a una gran labilidad y reactividad emocional, a este cuadro de depresión atípica respondían bien los IMAO.

La no aprobación durante largo tiempo por parte de la todopoderosa FDA, en los Estados Unidos, de los inhibidores reversibles de la MAO-A ha contribuido a su utilización en segunda o incluso tercera intención de los inhibidores de la monoaminooxidasa. Ahora bien, los que poseen esta duración limitada gracias a su reversibilidad, como la oclobemida, no necesita una restricción dietética y la gran

exigencia que ella conlleva. La posibilidad de recurrir a un inhibidor reversible de la MAO-A, tanto en el síndrome hiperkinético como en el ADHD, abre una interesante perspectiva, una posible alternativa a los psicoestimulantes. Puesto que bajo la actividad catecolaminérgica se considera como subtienda el síndrome ADHA, y que los IMAO-A reversibles poseen una acción catecolaminérgica (dopamina y noradrenalina) cercana a los psicoestimulantes, pueden lógicamente aspirar a una eficacia real en este cuadro clínico. Ya utilizados con éxito en el adulto afecto del síndrome residual ADHD, estos antidepresivos ofrecen buenas razones para pensar que aunque a partir de ahora se haya reducido la hipoteca dietética, los adolescentes hiperkinéticos o incluso más tarde los niños puedan beneficiarse de este tratamiento (Davanzo).

Los psicoestimulantes

Consustanciales al desarrollo de la farmacoterapia en el niño y el adolescente, ya que aparecen a finales de los años 1930, por intermedio del psiquiatra americano Bradley, una prescripción de psicoestimulantes (anfetamina) para tratar niños o adolescentes que padecen lo que hoy se llama el síndrome ADHD (DSM-IV) o también síndrome hiperkinético (CIM-X). La prescripción de psicoestimulantes plantea diversos problemas interesantes que requieren la reflexión del clínico: Interferencia con el desarrollo (crecimiento), Estigmatización creciente (prescripción con receta médica especial en Suiza), Riesgo de abusos ulteriores (toxidependencia), Diagnóstico diferencial (ADHD versus cuadro hipomaniaco), Etiopatogenia (neurobiológico versus psicosocial)

Una indicación está bien clara: la de la narcolepsia cuyo diagnóstico suele establecerse en el segundo decenio de vida. En el niño, a menudo en edad escolar pero también adolescente, la indicación fundamental de un psicoestimulante se refiere al tratamiento de un síndrome hiperkinético (CIM-X) o también el síndrome de déficit de la atención con hiperactividad (DSM-IV). Sabiendo que la incidencia del síndrome es del orden de 3 a 5% de la población en edad escolar donde el desorden, aunque persistente, se vuelve patente, no es de extrañar que el 3% de los jóvenes de 5 a 18 años en EE UU, reciban tal prescripción, que afecta claramente más a los niños que las niñas debido a la prevalencia masculina del síndrome.

¿Qué psicoestimulantes emplear? Las sustancias disponibles son: el metilfenidato, la dextroanfetamina, así como la pemolina. Esta última tiene la ventaja de poder ser suministrada una sola vez por día, pero con el inconveniente de presentar un posible defecto hepático del orden de 3% de los casos, lo que no es despreciable.

La dextroanfetamina no presenta este problema pero el efecto anorexígeno con pérdida de peso puede ser más importante con esta sustancia que con el metilfenidato. Finalmente, este último compuesto es generalmente prescrito con una posología del orden de 0,3 a 0,8 mg/kg/día. El mecanismo de acción es conocido:

- Bloqueo presináptico de la recaptación de la dopamina con aumento de la dopamina en la hendidura sináptica y a continuación reducción de los receptores dopaminérgicos postsinápticos (D1-D2).
- Esta acción se produce a nivel de los sistemas dopaminérgicos en las estructuras prefrontales, límbicas y estriadas. Esto sugiere, pues, una desregulación a nivel de los sistemas dopaminérgicos para dar fe de la sintomatología observada.
- En cuanto a los efectos clínicos, existen suficientes estudios (incluyendo versus placebo) para poner en evidencia la eficacia (70 a 80%) del metilfenidato sobre: el déficit de la atención y la distracción, sobre la hiperactividad así como sobre las interacciones sociales que se ven generalmente mejoradas con una reducción de la impulsividad y de los comportamientos de impaciencia, violencia y

agresión. Visto que el síndrome altera no sólo el rendimiento escolar sino también las interacciones con los padres y los adultos, así como la autoestima a menudo pobre en estos niños, uno puede esperar que un tratamiento con dosis adecuadas contribuya a mejorar los funcionamientos globales de estos niños y adolescentes además de la reducción buscada de los síntomas. En estas condiciones, ¿se impondrá la prescripción o se verá disminuida o puesta en cuestión por las objeciones citadas más arriba?

Interferencias con el crecimiento

Si unos estudios más antiguos sugerían una disminución de la talla y del peso, trabajos posteriores demostraron o una costumbre a estos efectos o un rebote después de una interrupción del tratamiento, de ahí la práctica a menudo observada de “vacaciones medicamentosas durante el fin de semana o los periodos de vacaciones escolares”. Los estudios más recientes sugieren que no hay reducción significativa de la talla final del adolescente.

Estigmatización creciente por la prescripción de un medicamento en la lista de estupefacientes

El problema se “descripa” si uno toma la molestia de observar las indicaciones y contraindicaciones. Cuando la sintomatología está verificada y cuando el diagnóstico se basa en la valoración clínica, las preguntas al entorno familiar así como las informaciones que proceden de los educadores y las resistencias ideológicas, deben ceder el paso a la clínica. Por otra parte, la observación sugiere que una actitud de oposición sobre este tema sugiere, en no pocas veces, una resistencia a otras medidas o a la propia psicoterapia. No, la verdadera estigmatización es la de un niño o un adolescente que tiene problemas escolares, amenazado de ser apartado o rechazado por sus padres y por los adultos por no haberse beneficiado a tiempo de un tratamiento.

Diagnóstico diferencial

El que nos parece que se presenta más habitualmente es el síndrome hiperactivo versus un síndrome hipomaniaco del niño y del adolescente. Las cosas se complican desde que la noción de comorbilidad ha tomado una importancia relevante. En este caso, un síndrome hiperactivo puede convivir con un trastorno hipomaniaco o bipolar, lo que requiere una adaptación del tratamiento.

Sin embargo, en los casos generales, puede establecerse una línea de demarcación entre estos dos síndromes. Esto no tiene sólo un interés académico. Un niño o un adolescente hipomaniaco irá empeorando con psicoestimulantes, y el que padece un síndrome hiperactivo, al contrario, mejorará. El niño que presenta una comorbilidad (síndrome hiperactivo más cuadro hipomaniaco) no mejorará con un psicoestimulante al no ser que el tratamiento se vea beneficiado con la adición de un neuroleptico o un modulador del humor. Más claramente, un tratamiento con litio o con valproato, sin efecto en un niño hiperactivo que, por el contrario, mejora en cuadro hipomaniaco o bipolar. Hemos de recordar que los niños que padecen un síndrome hiperactivo tienen tendencia a tener una pobre autoestima (se desmoralizan rápidamente, abandonan cualquier tarea, o se niegan a empezarla) y se ve mejor la distinción posible entre los dos síndromes: hiperactivo, por un lado, e hipomaniaco, por el otro.

Tal como la habíamos descrito anteriormente: la diferencia entre los dos cuadros es patente, mientras que el hipomaniaco parece correr triunfalmente hacia los laureles del éxito, el hiperactivo huye de la amenaza fantasmática de una catástrofe que le persigue, de ahí su hiperactividad y distraerse.

Etiopatogenia

El desarrollo de las neurociencias y el rigor constante en la valoración de los diversos métodos psicoterapéuticos deberían poner término a estériles discusiones sobre este tema. Una disfunción biológica existe en los niños o adolescentes que sufren de un síndrome hiperkinético ya que el recurso a un psicoestimulante conlleva una mejora regular en el aumento de los casos salvo, provisionalmente por otra parte, un efecto placebo. Hay que contemplar una disfunción monoaminérgica, principalmente dopaminérgica. Por otra parte, el hecho de la aplicación conjunta de un tratamiento farmacológico y de un tratamiento psicoterapéutico reconocido (cognitivo-conductual, sistémico o analítico) pueda ser beneficioso y más favorable que un tratamiento único, pone en evidencia el papel de la organización de la personalidad en estos niños y adolescentes. En efecto, independientemente de lo interesante que sea, la dimensión sindrómica deja vacante la cuestión de la estructura de la personalidad subyacente. Y esta consideración, nuevamente, no tiene sólo un interés académico. En nuestra experiencia clínica, estos niños y adolescentes padecen principalmente un trastorno de la personalidad subyacente al síndrome hiperkinético. Estructuralmente, va desde de un trastorno de la personalidad relativamente ligero (paraneurótico o también paradespresivo) hacia organizaciones más perturbadas del tipo *borderline* o parapsicótico (Palacio y Dufour, 1994). Concretamente: si los trastornos más ligeros pueden ser tratados por el propio psicoestimulante, debe considerarse el recurso asociado de un antidepresivo en presencia de una estructura paradespresiva; de la misma manera, frente a organizaciones *borderline* e incluso parapsicóticas, la utilización asociada de un neuroléptico se hace aconsejable. Esta situación clínica nos parece poner de manifiesto lo siguiente:

-Algunos niños o adolescentes que padecen claramente un síndrome hiperkinético y que presentan un modo de funcionamiento unido a trastornos graves de la personalidad subyacentes mencionados más arriba, pueden empeorar bajo psicoestimulantes sólo. Aquí se aprecia bien, nos parece, la sinergia entre la valoración estructural y la respuesta farmacológica.

-Si se admite nuestra hipótesis que estos niños y adolescentes presentan a menudo un cuadro ansioso cuya severidad puede ir creciendo desde angustias claustrofóbicas intensas (no soportan en absoluto el tiempo de una sesión, piden repetidamente de marchar, etc.) hasta angustias de tipo persecutorio, de tipo catastrófico de enfermedad o muerte, tal como salen de manera repetitiva en los juegos o dibujos hechos durante las sesiones, se entiende mejor la oportunidad de una prescripción combinada.

Teóricamente, y como en las clasificaciones internacionales, es posible hacer un cuadro de comorbilidad (síndrome hiperkinético más ansiedad, etc.). Desde el punto de vista psicodinámico que es el nuestro, esta situación corresponde a una organización de personalidad más o menos perturbada, subyacente al síndrome hiperkinético. Sea el modelo que se escoja, el cuadro clínico parece justificar, a menudo, una asociación de psicoestimulantes con un antidepresivo y/o un neuroléptico. El psicoestimulante va dirigido -con éxito por otra parte- a la sintomatología mientras que, en esta ocasión, el antidepresivo o el neuroléptico va dirigido al conflicto subyacente sea de naturaleza depresiva o parapsicótica.

Sobreprescripción

Este riesgo nos recuerda, de hecho, la necesidad de una valoración precisa que implica una observación clínica, anamnesis familiar y escolar completada, si es preciso, por el uso de cuestionarios.

Abusos posteriores

Válido para la mayoría de los medicamentos, este temor está particularmente vivo en lo que se refiere a los psicoestimulantes. Los padres lo temen muy especialmente. ¿Qué debemos pensar de ello? Estudios como los de Kaplan y Sadock demostraron que este riesgo existe en niños o adolescentes con síndrome hiperkinético y que presentan también trastornos de conducta o comportamientos opositivos-desconfiados. Por lo tanto, en los casos donde existe comorbilidad y, para nosotros, una estructura de

personalidad subyacente más seriamente perturbada. Dicho de otra manera, hace falta una vulnerabilidad subyacente para inclinarse hacia conductas adictivas. Esto vuelve a poner de manifiesto la importancia de una valoración diagnóstica precisa. Otros estudios sugieren que una prescripción adecuada de psicoestimulantes no conduce a un riesgo mayor de abuso de sustancia. La importancia de esta cuestión pone de manifiesto la conveniencia de un enfoque conyugado (familiar, escolar, entorno) además del enfoque psicoterapéutico y farmacológico.

El futuro de esta población de niños y adolescentes hipercinéticos suscita cada vez más estudios sobre su futuro, es decir, la evolución del síndrome en la edad adulta. Un artículo reciente (Ferrero et al., 2002) explora este problema a la luz de ciertos estudios. Pueden destacarse los puntos siguientes:

1. La importancia de una transmisión familiar del trastorno ADHD.
2. El riesgo más elevado del trastorno del humor en los niños ADHD que en los controles.
3. Un riesgo más elevado que los controles para que los niños ADHD cumplan con los criterios de un trastorno ansioso. De manera más global cito: “En el adulto, la hiperactividad disminuye de intensidad. Los trastornos de atención aumentan en relación con el aumento de las exigencias de organización y la impulsividad cambia de calidad”.

Estas observaciones han vuelto a cuestionar la hipótesis inicial de que el síndrome ADHD tendería a desaparecer de manera espontánea. Los temores de la recuperación de un tratamiento disminuirán si nos acordamos de que una sustancia psicoestimulante, por una parte, activa la capacidad de atención e inhibe, por otra parte, las respuestas a los estímulos inmediatos e inadecuados, es decir, los impulsivos. La presencia frecuente de una comorbilidad pone de manifiesto, también, el interés de una asociación eventual con un tratamiento, antidepresivo, por ejemplo. Para nosotros, en el marco de este artículo, esto refuerza la convicción de la importancia de un diagnóstico precoz y de un tratamiento suficientemente prolongado para llegar a modificaciones de comportamiento estables o, de un punto de vista más psicodinámico, a una evolución del trastorno de la personalidad subyacente hacia modos de organización más ligeros, sea *borderline*, paradespresivo o hasta paraneurótico. Esto tiene su traducción clínica, entre otros, en un aumento importante de la capacidad de introspección y, por lo tanto, de autocontrol.

Una última consideración

Al lado de las dificultades de aprendizaje y de la torpeza motriz a menudo asociadas al síndrome, el síndrome de la impulsividad merece una atención sostenida. Se encuentra en origen de las dificultades sociales con los pares o con los adultos (falta de moderación, imprudencia en situaciones peligrosas, incapacidad de esperar, intromisión en las actividades ajenas, etc.). Por otra parte, esta impulsividad que constituye el síndrome hipercinético plantea el problema del diagnóstico diferencial. Además, como lo observan los autores de la clasificación CIM-X: “los dos trastornos, a menudo los dos síndromes, están asociados (edición francesa 1994). Sin embargo, la descripción clínica de los trastornos de conducta (en forma de conductas antisociales, agresivas o provocadoras, repetitivas y persistentes) se distingue bien – excepto en los casos de comorbilidad con imbricación–, y estas dificultades se diferencian bien de las de los niños o adolescentes hipercinéticos que están relacionadas con la impulsividad. Además del beneficio global que estos niños pueden sacar de una prescripción adecuada, optimizada en un psicoestimulante (en primera línea el metilfenidato), cabe quizás preguntarse si el síntoma de impulsividad no debería formar parte integral de la descripción sindrómica de las clasificaciones. De esta manera, la CIM-X cambiaría a: perturbación de la actividad y de la atención con impulsividad. Una breve viñeta clínica nos permitirá ilustrarlo para terminar.

Lucía había sido diagnosticada de síndrome hiperactivo (ADHA) a la edad de nueve años después de una valoración clínica profunda. La seguimos desde su llegada a Suiza. Tiene actualmente dieciséis y recibe tratamiento combinado de metilfenidato más psicoterapia. Un día vino a su sesión con la queja siguiente: recientemente fue a una fiesta para jóvenes donde encontró a su mejor amiga. Por desgracia, las cosas no fueron muy bien entre ellas, en la medida que en un momento determinado, en “un momento de nervios” dijo una frase que hirió a su amiga. Lucía lamenta mucho este incidente y me dice: “hablé demasiado deprisa, normalmente me habría retenido, habría pensado y no le habría dicho las palabras que la hirieron”. Y añade, después de un momento de silencio: “me pregunto si esto (refiriéndose a su impulsividad verbal) no fue debido al hecho de que ese día me olvidé tomar mi medicamento. Se trata de mi mejor amiga, nunca tendría que haberle dicho eso”. Podemos sacar la siguiente conclusión: ¿Por qué el síndrome ADHA en la clasificación DSM-IV no recibe la denominación ADHDI?

Traducción de Montserrat Domingo. Revisión a cargo del Dr. Juan Manzano.

Bibliografía

- BALANT LUC (1996). Spécificité de la prescription chez l'enfant, *Cahiers psychiatriques genevois*, 21, pages 165-166, Genève
- EDWARDS DAVID J. (2002). Clinical Pharmacology of psychoactive drugs, in *Pharmacotherapy for child an adolescent psychiatric disorders*, Dekker Ed, New-York, pp. 71-85.
- FERRERO ET AL (2002). Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention. *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, 153,1
- MANZANO J. ET PALACIO ESPASA F (1983). *Etudes sur la psychose infantile*, Ed. Simep, Lyon
- MANZANO J. ET PALACIO ESPASA F (1984). Le syndrome hypomaniaque du jeune enfant. *Psychologie médicale*, 16, 4, pp. 729-731
- MANZANO J., PALACIO ESPASA F, ZILKHA (1999). Scénarios narcissiques de la parentalité, PUF, Paris; En castellano : *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*, *Clinica de la consulta terapeutica* (2001), ed. Asociacion Altxa, Bilbao
- PALACIO ESPASA F. ET DUFOUR, R (1994). *Diagnostic structurel chez l'enfant*. Masson éditeur, Paris,
- PALACIO ESPASA F (2003). *Dépression de vie, dépression de mort*, Ed. Eres, Toulouse.
- Sleator et Sprague (1978). *Principes of Psychopharmacology*, Académie Press, New-York, pp. 573-591.