

# Mitos y prejuicios del tratamiento con psicofármacos

María Jesús Mardomingo Sanz\*

## Introducción:

**E**L desarrollo científico de la Psiquiatría Infantil a lo largo del siglo XX ha permitido diagnosticar con mayor fiabilidad los trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes, observándose un aumento de las tasas de prevalencia. El diagnóstico más riguroso ha supuesto, además, el deseo de encontrar modos de tratamiento más eficaces, que contribuyeran a mejorar el pronóstico a largo plazo y, por tanto, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. En esta búsqueda de nuevas opciones terapéuticas, el tratamiento con psicofármacos ha surgido como una de las más prometedoras.

Los psicofármacos han despertado históricamente una marcada desconfianza y resistencia social. Esta resistencia social no estaba por desgracia falta

\* Jefa de la Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

de fundamento. Los psicofármacos no sólo se han utilizado para curar y aliviar, también se han empleado para reprimir y conculcar derechos humanos. Pero junto a este hecho innegable, también existen otros no menos verdaderos: el prejuicio ante las medicaciones nacido de la ignorancia, la dificultad de muchos profesionales de mantener sus conocimientos al día en un campo sometido a cambios permanentes, el empeño en contraponer tratamiento farmacológico a psicoterapia, como si fueran incompatibles, cuando se trata de aspectos complementarios que refuerzan mutuamente su eficacia. No es raro oír entre la gente que lo que distingue al psiquiatra del psicólogo es que el primero da pastillas mientras que el segundo habla con el paciente. Este tipo de afirmaciones rara vez es inocente y suele llevar aparejado otro tipo de intereses.

El tratamiento psicofarmacológico debe atenerse a determinados principios éticos y técnicos, como toda actividad médica. Siendo así, puede contribuir de manera considerable a aliviar el sufrimiento de los pacientes. El cuadro clínico y las características personales y sociales del paciente serán el punto de partida para elaborar un plan terapéutico, uno de cuyos apartados será o no la administración de fármacos. Todo dependerá de las características del trastorno psiquiátrico y de que existan fármacos eficaces para ese tipo de trastorno. El mismo planteamiento debe hacerse respecto de la psicoterapia; existen enfermedades en que determinados tipos de psicoterapias son completamente ineficaces y, por tanto, tampoco se deben emplear. Resulta de esta forma obvio que el diagnóstico correcto del paciente, y el buen conocimiento de las opciones terapéuticas que son eficaces, son el fundamento de un plan de tratamiento adecuado (Mardomingo, 1997).

La dicotomía entre tratamiento farmacológico y psicoterapia pertenece a tiempos pretéritos, cargados de ideología y retórica, y carece, con los conocimientos actuales, de toda justificación. Sólo hay dos formas de tratar a los pacientes: bien y mal. La primera utiliza aquellas modalidades terapéuticas, que son eficaces en estudios contrastados. La segunda opta por los fármacos o por la psicoterapia por cuestiones ajenas al razonamiento científico y los aplica de entrada y de forma indiscriminada sea cual sea el trastorno que padece el paciente y la información científica rigurosa disponible.

De acuerdo con este planteamiento, el tratamiento farmacológico exige dos requisitos previos. El primero, que el diagnóstico esté correctamente hecho. El segundo, que existan ensayos clínicos controlados que demuestren que una medicación correcta es eficaz en el tratamiento de un trastorno psiquiátrico determinado. Estos dos requisitos no siempre se cumplen en la psiquiatría del adulto y menos aún en la psiquiatría de los niños y adolescentes.

Sin embargo, la buena atención al paciente requiere que la práctica clínica diaria se complemente con la investigación. De esta forma el médico podrá responder con mayor fundamento las que han sido y siguen siendo preguntas claves ante el paciente:

¿Tiene un trastorno psiquiátrico? ¿Cuál es la naturaleza del trastorno? ¿Cuáles son los factores etiológicos implicados? ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para este trastorno concreto? ¿Qué medidas complementarias deben tomarse en función de las circunstancias personales y sociales del paciente? ¿Cuál es la evolución previsible y el pronóstico?

La respuesta a todos estos interrogantes exige la actualización continua de los conocimientos médicos y la estrecha relación entre investigación y práctica clínica. Va a ser precisamente esta colaboración la que permita conseguir el objetivo último y más verdadero del quehacer médico: aliviar el sufrimiento humano y, de paso, conseguir el reconocimiento social que la psiquiatría tanto necesita.

## Aspectos éticos

LOS niños y los adolescentes se encuentran, como en tantas otras cosas, en una situación de franca inferioridad con respecto a los adultos en el campo de la Psicofarmacología. De manera paradójica esta situación de inferioridad ha tenido y sigue teniendo, aunque no de forma exclusiva, un pilar fundamental en un supuesto deseo de protección a la infancia, que se resumía en un principio básico: hacer ensayos con fármacos en los niños es inmoral. Esta actitud protectora también ha abarcado a otros grupos de población: las mujeres embarazadas y los ancianos.

La realidad es que donde no haya investigación no hay avance de la ciencia, y si no hay avance de la ciencia, se tiene perdida la batalla frente a las enfermedades (Mardomingo, 1994). Si no se realizan ensayos clínicos en los niños, con todos los requisitos éticos y científicos pertinentes, no se conocerán los fármacos adecuados y eficaces para su tratamiento y los médicos seguirán recetando en función de «lo que va bien en los adultos». El tratamiento farmacológico requiere para su aplicación dos condiciones previas: La primera, que el diagnóstico de aquello que se va a tratar esté bien hecho. Esto que parece obvio, no siempre se da y no siempre es fácil de hacer. La segunda, que existan ensayos clínicos controlados que demuestren que el fármaco de elección es eficaz en ese trastorno concreto. Si esta segunda condición es poco frecuente en los adultos, es sin duda una *rara avis* en los niños.

Una de las razones fundamentales de la ausencia de investigación farmacológica en los niños son los múltiples trámites y requisitos burocráticos impuestos por la administración para llevar adelante un estudio, lo que hace prácticamente inviable que llegue a término. Junto a esta dificultad, que es enorme, se da una segunda: la industria farmacéutica no está dispuesta a invertir dinero en un grupo de población que considera poco rentable. Por lo que se refiere a posibles inversiones de los organismos públicos en este campo, no merece la pena ni comentarlo.

Esta actitud «protectora» y reticente a la investigación farmacológica en la infancia y adolescencia tiene en primer lugar una consecuencia inmediata: no se conoce qué medicamentos van bien en los niños; y en segundo lugar, un efecto demoledor: se vulnera el derecho fundamental de los niños a ser tratados correctamente y, por tanto, el derecho fundamental a la salud. Por tanto, lo que se plantea como una medida de protección tiene también otras implicaciones menos favorables, con el riesgo de dejar a los niños saturados de protección y huérfanos de tratamientos (Mardomingo, 1996; Klin y Cohen, 1994).

La investigación farmacológica en la infancia y adolescencia tiene que hacerse dentro de un marco legal y ético que garantice el respeto a los derechos del niño (Mardomingo, 1996). Un marco legal que, en este caso concreto, tiene que asegurar la protección de los derechos del niño, incluso y con más motivo, cuando los padres o tutores legales no están en condiciones de juzgar correctamente y de velar por su hijo. Los apartados fundamentales de esta perspectiva ética son (Arnold, 1995):

- La información completa y correcta al paciente y a los padres.
- La obtención del consentimiento paterno.
- La obtención del consentimiento gradual del niño de acuerdo con la edad.
- La definición de riesgo mínimo.
- La relación riesgo/beneficio.
- La definición de abuso y coacción.

Otro apartado fundamental es, sin duda, la evaluación del riesgo que implica no investigar y, por tanto, no disponer de datos comprobados y contrastados para tratar a los pacientes. Son precisamente los derechos del paciente los que exigen con urgencia la investigación normalizada en este campo, como en tantos otros, y la decisión de las instituciones públicas de destinar dinero para cubrir esta necesidad (Leiken, 1993; Kopelman, 1989).

## Dificultades del tratamiento farmacológico

EL tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos encierra gran complejidad y plantea al médico cuestiones específicas, distintas a las propias de otras especialidades médicas. Esta complejidad es aún mayor cuando se trata de los niños y adolescentes (Werry y Amán, 1993).

El diagnóstico de los trastornos psiquiátricos no siempre es fácil, y las clasificaciones diagnósticas actuales no reflejan en todos los casos la realidad que el médico se encuentra en la práctica clínica. De cualquier forma, hacer un diagnóstico correcto es imprescindible, como punto de partida, para elaborar el plan de tratamiento.

Aun en los casos en los que el diagnóstico psiquiátrico es el apropiado, hay que tener en cuenta algunas dificultades añadidas como el carácter a veces impredecible del curso clínico, sobre todo en los niños y adolescentes; la frecuencia de la patología asociada, que enmascara la patología fundamental o disminuye la eficacia terapéutica; la aparición de reacciones diversas que, además de incomodidad y molestias, generan desconfianza en el paciente y en los padres dificultando el cumplimiento; y por último, las características propias de algunos trastornos psiquiátricos hacen difícil llevar a cabo el tratamiento de forma correcta. Es el caso, por ejemplo, del adolescente que tiene un episodio maníaco y que niega que está enfermo, o el paciente con esquizofrenia que mantiene una actitud cautelosa y suspicaz frente al médico y los medicamentos, o del joven con un trastorno de personalidad que tiene además una depresión y se opone a tomar la medicación. Todas estas circunstancias complican el tratamiento con psicofármacos y dificultan que el paciente lo lleve a cabo de forma correcta.

Otro aspecto peculiar del tratamiento psicofarmacológico son las expectativas infundadas del paciente y de los padres, que confieren a la medicación un carácter mágico o milagroso que en su opinión va a solucionar la enfermedad y la vida. La realidad es que los psicofármacos, de forma similar al resto de los medicamentos, unas veces curan, otras alivian, y puede darse el caso de que no hagan ninguna de las dos cosas. Esta falta de eficacia en determinados individuos sucede incluso en enfermedades en que está demostrada una gran mejoría en un porcentaje elevado de pacientes y en las que, por tanto, la medicación está indicada. Es el caso de la depresión mayor, las crisis de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, la manía o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad que no responde a medidas peda-

gógicas, educativas y de terapia de conducta. Por otra parte, existen otros trastornos, como la esquizofrenia, en que la medicación puede aliviar extraordinariamente la sintomatología, mejorando el curso clínico y la calidad de vida de los pacientes, pero no cura la enfermedad.

Conocer las expectativas de los pacientes y familiares respecto de la medicación, situarlas en sus justos términos y aclarar los conceptos erróneos, son parte fundamental del tratamiento.

Algunos padres son enormemente reticentes al tratamiento farmacológico de las enfermedades psiquiátricas de los hijos. Es necesario explicarles las indicaciones precisas de la medicación, la mejoría que cabe esperar, los inconvenientes de administrarla, los riesgos de no hacerlo y si existen otras alternativas terapéuticas. En ocasiones es aconsejable que den por escrito su consentimiento, así como el propio paciente, de acuerdo con la edad. Debe recalarse la importancia del cumplimiento y la necesidad de que la suspensión de la medicación no se haga de forma arbitraria, sino de acuerdo con lo establecido para cada trastorno y grupo de fármacos. En líneas generales, los estimulantes pueden suspenderse en pocos días, en cambio, la suspensión de los antidepresivos y las benzodiazepinas debe hacerse lentamente; la de los antipsicóticos requiere un largo período que oscila entre seis y doce meses.

## Cumplimiento de la medicación

UN caballo de batalla de todo tratamiento con fármacos es el cumplimiento adecuado de las prescripciones por parte del paciente. Este caballo de batalla es aún mayor cuando se trata de niños y adolescentes, ya que es necesaria la colaboración del niño y de los padres o adultos responsables. De hecho, la edad, sufrir enfermedades crónicas, tener trastornos psiquiátricos y el que la demanda de tratamiento proceda de organismos e instituciones, como centros de acogida, colegios u otros, son circunstancias que aumentan el riesgo de que el tratamiento no se cumpla (Rodríguez-Ramos, 1997).

La edad es, sin duda, un factor clave en el cumplimiento. El niño puede esconder o tirar la medicación y puede considerarla como un método de control y coacción por parte de los padres. No es infrecuente que el adolescente exija como condición para tomar los fármacos que el padre o la madre también se pongan en tratamiento. A veces la gravedad del trastorno de comportamiento es directamente proporcional a la dificultad del niño para entender los beneficios de una posible medicación. Las enfermedades cróni-

cas, que, por definición, no se curan, y en las que la acción terapéutica de los fármacos es limitada, también favorece el incumplimiento. Se calcula, por ejemplo, que en una enfermedad tan grave como la epilepsia, el 50-75 por 100 de los pacientes no hacen bien el tratamiento. Lo mismo sucede en otras enfermedades no menos graves como es el trastorno bipolar (Strober, 1990).

En algunas ocasiones la demanda de tratamiento procede de instituciones educativas o sociales en relación con el niño, y el buen cumplimiento va a requerir la colaboración de los padres, profesores y educadores, además de la del propio paciente. En estos casos, las posibilidades de un boicot oculto son muy altas, ya que los mismos padres pueden no estar de acuerdo con la indicación. El médico tiene que ser capaz de transmitir que su único interés es el bien del niño y que su actitud es absolutamente independiente de otro tipo de intereses y coacciones. La decisión final se hará de mutuo acuerdo y en una relación de confianza.

Las formas y maneras de no cumplir el tratamiento son muy variadas y es posible que los pacientes conozcan alguna más que los médicos aún no han llegado a descubrir. Son frecuentes: no comprar la medicación, no tomarla, escupirla, comenzar el tratamiento con retraso, modificar las dosis y los horarios, tomarla de forma intermitente, reducir la dosis o dejar de tomarla al apreciar mejoría, suspenderla ante un efecto secundario mínimo y que se magnifica, aumentarla sin consultar ante un empeoramiento, utilizarla para objetivos no terapéuticos, asociarla a otras medicaciones no confesadas y no acudir a las consultas de revisión (Rodríguez-Ramos, 1997).

El mal cumplimiento de la medicación tiene consecuencias nefastas para el paciente y para el médico. No es posible evaluar la acción terapéutica y los efectos secundarios, con el riesgo de aumentar la dosis de forma excesiva o de añadir otros fármacos cayendo en la politerapia. También se puede sacar la falsa conclusión de que el fármaco no es eficaz en ese trastorno.

La única forma de luchar contra el mal cumplimiento de las prescripciones es la información y educación del niño y de la familia. Esto exige tiempo, paciencia y la capacidad del médico para establecer una buena relación con el paciente.

## Consideraciones finales

EL tratamiento psicofarmacológico de los niños y adolescentes tiene que cumplir tres requisitos fundamentales: estar indicado, ser eficaz y atenerse a las normas éticas y de protección al niño que

sustentan el verdadero quehacer médico. Para eso es necesaria la permanente actualización de los conocimientos por parte de los profesionales, y la permanente educación de la población que la libere de falsos prejuicios y tabúes. La actividad médica no es una actividad angelical, libre de los inconvenientes de la naturaleza humana y ajena a las leyes del mercado. Por el contrario, está sujeta a estas leyes y, por tanto, a la posibilidad de ser manipulada y utilizada con objetivos espúeos, aunque probablemente no en grado mayor que cualquier otra intervención terapéutica.

El tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes es un reto prioritario de la medicina de nuestros días. Es necesario encontrar medicaciones eficaces que contribuyan a aliviar el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los niños, mediante investigaciones rigurosas centradas en esta etapa de la vida, de forma que los niños dejen de ser correa de transmisión de lo que es bueno para los adultos.

## Bibliografía

- Arnold, L. E., Stoff, D. M., Cook, E. et al.: *Ethical issues in biological psychiatric research with children and adolescents*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1995, 34:929-939.
- Klin, A., Cohen, D. J.: «The immorality of not knowing: the ethical imperative to conduct research in child and adolescent psychiatry». En: *Ethics in Child Psychiatry*, Hattab J., ed. Jerusalem, Isarel: Gelfen Publishing House, 1994.
- Kopelman, L. M.: «Children as research subjects». En: *Children and Health Care: Moral and Social Issues*. Kopelman, L. M., Moskop, J. C., eds. Boston. Luwer Academic Publishers. 1989a, 73-87.
- Leikin, S.: «Minors' assent, consent, or dissent to medical research». *IRB Rev. Hum. Subj. Res.*, 1993, 15:1-7.
- Mardomingo, M. J.: «Investigación y docencia en Psiquiatría del niño y del adolescente». En: *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid, Díez de Santos, 1994b, pp. 37-50.
- Mardomingo, M. J.: «Investigación en psiquiatría del niño y del adolescente». En *Psiquiatría*, 1996, 12:72-75.
- Mardomingo, M. J.: «Pautas generales del tratamiento con psicofármacos». En: Mardomingo, M. J., Rodríguez-Ramos, P., Velasco, A.: *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid, Díez de Santos, 1997, 51-60.



- Rodríguez-Ramos, P.: «Elaboración del plan de tratamiento». En Mardomingo, M. J., Rodríguez-Ramos, P., Velasco, A.: *Psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid, Díez de Santos, 1997, 51-60.
- Strober, M., Morrell, W., Lampert, C., Burroughs, J.: «Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar I illness: A naturistic study». *Am. J. Psychiatry*, 1990; 147:457-461.
- Werry, J. S., Aman, M. G.: *Practitioner's guide to psychoactive drug for children and adolescent*. New York: Plenum Medical, 1993.

Correspondencia con la autora:  
María Jesús Mardomingo  
Sección de Psiquiatría Infantil  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón  
Doctor Esquerdo, 46  
28007 Madrid  
Tel.: 91 586 88 47  
Fax: 91 586 80 18