

**Massachusetts Department of Mental Health
(Departamento de salud mental de Massachusetts)
Barbara A. Leadholm, M.S., M.B.A. Comisionada**

**Psicofármacos para niños y adolescentes:
Orientación para padres de familia, tutores y otros**

The Children and Adolescents' Psychoactive Medication Workgroup
(Grupo de trabajo de psicofármacos para niños y adolescentes)

División de servicios para niños y adolescentes
Oficina de servicios clínicos y profesionales

Febrero del 2002
Revisión: julio del 2003
Revisión: enero del 2005
Revisión: septiembre del 2007

PREFACIO A LA REVISIÓN DE 2005

Esta revisión contiene nuevos datos científicos, cambios en normatividad y respuestas de los usuarios de la primera versión. Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a Manuela da Costa, del Departamento de Servicios Sociales (DSS), y a la Dra. Virginia Merritt.

Gordon Harper, MD
Director Clínico
Servicios para Niños y Adolescentes

PREFACIO A LA REVISIÓN DEL 2007

La revisión ha sido actualizada para incluir nueva información sobre tratamientos y temas actuales controversiales. Se aprecia sobre todo las contribuciones efectuadas por Mary Ellen Foti, MD y Sean Palfrey, MD.

Gordon Harper, MD
Director Clínico
Servicios para Niños y Adolescentes

PREFACIO

Este folleto presenta principios para la utilización de psicofármacos en niños y adolescentes. Brinda información sobre el tratamiento con medicamentos, pero no recomienda medicamentos ni dosis específicas. El folleto fue creado por un grupo convocado por la División de servicios para niños y adolescentes del Departamento de salud mental de Massachussets. En el grupo participaron representantes del Departamento de Servicios Sociales (DSS), de la División de asistencia médica, de la *Juvenile Court Clinic* (Clínica del tribunal para menores), de la *Massachusetts Behavioral Health Partnership* (Asociación de Massachussets para la salud del comportamiento), de la *New England Council of Child Psychiatry* (Consejo de psiquiatría pediátrica de Nueva Inglaterra), de *The Parent Professional Advocacy League* (Liga consultiva de padres y profesionales), así como de hospitales y organizaciones de servicios médicos. La lista de participantes aparece en la Sección VII, titulada Miembros del grupo de trabajo.

El Grupo de trabajo desea manifestar su agradecimiento a otros colegas por revisar el documento y por sus útiles sugerencias, especialmente a los doctores Joseph Biederman, Ronald Steingard, Ed Wang, Linda Zamvil, y a Bernadette Drum, BSN, JD.

Gordon Harper, MD
Director
Grupo de trabajo de psicofármacos para niños y adolescentes

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
 - A. Trastornos de la infancia: ¿Qué tan comunes?
 - B. Psicofármacos para niños y adolescentes: cambios recientes
 - C. Psicofármacos para niños y adolescentes: ¿Cómo sabemos qué recomendar?
 - D. Los usos “aprobados” por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y “off label”, black box warnings (advertencias de caja negra) y juicio clínico
 - E. Representantes personales: sus responsabilidades
 - F. Nuevos conocimientos, nuevas formas de ayudar a los niños y a los adolescentes
 - G. Promoviendo el acceso.
 - H. Este folleto

- II. SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: UN RESUMEN**
 - A. Como crecen los niños: diferencias en el desarrollo
 - B. ¿Cuándo se considera que una “diferencia” sea un “trastorno”?
 - C. ¿Cuáles condiciones pueden ser ayudadas por los medicamentos?

- III. PRINCIPIOS QUE RIGEN LA PRÁCTICA**
 - A. Evaluación
 - 1. Evaluación exhaustiva: ¿qué significa?
 - 2. Familia, semejantes y colegio, enlace pediátrico, pruebas psicológicas
 - 3. Entrevistas, escalas de evaluación: utilizando las dos.
 - 4. Proveyendo más que un diagnóstico del DSM
 - 5. Evaluación cultural

 - B. Planificación y contratación del tratamiento.

1. Articulación de problemas e identificación de síntomas y de metas
 2. Selección de medicamentos
 3. Planificación del tratamiento y seguimiento: seguimiento, prevención de problemas, buscando asesoría.....
 4. Consentimiento con conocimiento de causa: Quién, Qué, Cómo, Cuándo, Dónde, A quién
- C. Integración del tratamiento.....
- D. Comunicación y documentación.....
- E. Continuidad del tratamiento

IV. MEDICAMENTOS EMPLEADOS HOY EN DIA

- A. Estimulantes (o psicoestimulantes)
- B. Antidepresivos
- C. Estabilizadores del estado de ánimo.....
- D. Antipsicóticos.....
- E. Otros medicamentos

V. ÁREAS DE CONTROVERSIA.....

- A. Antidepresivos en niños y adolescentes.....
- B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- C. Trastorno bipolar
- D. Empleo de antipsicóticos (también llamados neurolépticos)
- E. Estados postraumáticos
- F. Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo
- G. Descontrol grave del comportamiento (agresividad y autodestrucción)
- H. Tratamiento psiquiátrico involuntario
- I. Efectos adversos.....

VI. EDUCACIÓN DEL CLIENTE Y DEL PADRE.....

VII. MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

I. INTRODUCCIÓN

A. Trastornos de la infancia: ¿Qué tan comunes?

Se calcula que el once por ciento de los niños y adolescentes entre los 9 y los 17 años de edad en los E.E.U.U. padecen de trastornos mentales o adicciones diagnosticables que ocasionan significativas deficiencias funcionales [*Surgeon General's Report on Mental Health* (Informe sobre salud mental del Cirujano General de los Estados Unidos), 2000]. Según este cálculo, es posible que 4 millones de jóvenes padezcan una severa enfermedad mental y manifiesten serias deficiencias en el hogar, en la escuela y con sus compañeros. Quienes padecen una deficiencia congénita están en mayor riesgo. El abuso y la negligencia que cada año sufren tres millones de niños y adolescentes en los Estados Unidos son factores importantes de riesgo de trastornos mentales posteriores.

B. Psicofármacos para niños y adolescentes: cambios recientes

Los niños y adolescentes con problemas emocionales graves están recibiendo más psicofármacos que en el pasado.

Varios factores han contribuido a este incremento. Uno de estos es los avances científicos; otro es los cambios de actitud hacia la salud mental de los niños y los adolescentes, tales como:

- avances en el conocimiento del funcionamiento del cerebro: ahora sabemos que el cerebro funciona de manera diferente en niños y adolescentes que padecen trastornos mentales;
- evidencia que indica que muchos niños que muestran síntomas padecerán trastornos al llegar a la edad adulta;
- mayor reconocimiento de las necesidades de salud mental de niños y adolescentes, así como una mayor disposición para definir esas necesidades en términos de funcionamiento cerebral; y
- la disponibilidad de una gama más amplia de psicofármacos.

Además, los servicios de salud mental para niños y adolescentes han cambiado:

- Los niños y adolescentes con problemas emocionales graves ya no reciben tratamiento sólo en hospitales, sino también con frecuencia en hogares de crianza y en residencias comunitarias, que en el pasado no trataban a niños ni adolescentes con síntomas graves de problemas mentales. Los niños y adolescentes se internan en un hospital por periodos más cortos, y eso obliga implementar intervenciones que tienen tendencia a tener un efecto rápido, como los medicamentos.

C. Psicofármacos para niños y adolescentes: ¿Cómo sabemos qué recomendar?

El tratamiento con medicamentos de niños y adolescentes, como otros campos de medicina, se basa en la experiencia clínica y en estudios clínicos comparativos. "La medicina basada en evidencia" incluye ambos tipos de evidencias.

Mientras que los estudios clínicos controlados de los niños y adolescentes se están volviendo más comunes, la mayoría de la práctica de recetar medicamentos a los niños – en medicina general al igual que en el campo de salud mental – se basa en la experiencia clínica y en el juicio del clínico en particular. Esto se debe a que los estudios clínicos y el desarrollo de fármacos para niños son mucho más difíciles de desempeñar que para adultos. Por lo tanto, la mayor parte de las investigaciones farmacológicas se desempeñan con adultos.

D. Los usos "aprobados" por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y "off label", Black box warnings (advertencias de caja negra) y juicio clínico.

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) se basa en información obtenida de estudios clínicos comparativos para aprobar nuevos medicamentos. Debido a que hay muy pocos ensayos clínicos controlados que se desempeñan con niños, la FDA no ha aprobado la gran mayoría de medicamentos para ser utilizados en niños. El empleo de medicamentos en indicaciones y en poblaciones (como niños y adolescentes) para las cuales el FDA no ha otorgado su aprobación se denomina "*off-label*".

Además de aprobar el uso de medicamentos, la FDA a veces requiere que las advertencias (denominadas "advertencias de caja negra" sean impresas junto con la información sobre el medicamento que se provee cuando se llena la receta médica. (Véase la sección VI B. y V. A., para discusiones sobre las "advertencias de caja negra" de los medicamentos antidepresivos.)

Los profesionales clínicos que recetan medicamentos a los niños y adolescentes deben hacerlo cautelosamente, tomando en cuenta el desarrollo físico y emocional del niño, cualquier déficit neurológico o del desarrollo, potencial de interacción medicamentosa y el riesgo que los niños o adolescentes podrían tomar otras drogas o alcohol.

Es difícil predecir las reacciones a los medicamentos que los niños y adolescentes van a experimentar. Un niño podría no responder a un medicamento que ha ayudado a otros; o podría necesitar una dosis mayor o inferior de lo normal. Otro niño podría sufrir efectos secundarios con una dosis que los demás toleran sin dificultad. Las diferencias genéticas podrían ser la causa de estas variaciones.

E. Representantes personales: sus responsabilidades

Cuando sea que un medicamento se recomienda a un niño o adolescente, los que son sus responsables, denominados Representantes personales¹, deberían hacer preguntas como por ejemplo:

- ¿Cómo evalúo las recomendaciones de medicamentos hechas por el profesional clínico?
- ¿En qué basan sus recomendaciones los profesionales clínicos si cuentan con datos limitados sobre los beneficios y los riesgos, particularmente en niños en desarrollo y en adolescentes?
- ¿Cómo debería decidir si autorizo el tratamiento o no?
- ¿Cómo pueden los profesionales clínicos informarme sobre mis opciones?
- ¿Cómo puedo recibir la mejor información?

Este folleto da respuesta a estas preguntas. Al hacer esto, esperamos contribuir al cumplimiento de una de las metas del Plan de acción para la salud mental infantil del Cirujano General: “divulgar información sobre intervenciones eficaces de prevención y de tratamiento...”

F. Nuevos conocimientos, nuevas formas de ayudar a los niños y a los adolescentes

Los nuevos desarrollos en la psicofarmacología pediátrica nos brindan nuevas oportunidades de ayudar a niños y a adolescentes. Los psiquiatras pediátricos y otros profesionales clínicos descubren cada vez más información tanto de los estudios clínicos organizados, como de la experiencia clínica.

G. Promoviendo el acceso

Los niños y adolescentes son referidos para tratamiento con fármacos a través de varias fuentes. Puede ser de la escuela, del consultorio del pediatra; la educación especial, el departamento de bienestar infantil y protección de menores (incluyendo al DSS); la corte, el departamento de libertad a prueba/condicional, o el Department of Youth Services [Departamento de servicios para jóvenes (DYS)] (donde 50 por ciento de los jóvenes han sido expuestos al abuso o la negligencia); y entornos de salud mental. Un referido es más probable cuando los síntomas perduran o se considera que no hay gran probabilidad que dichos síntomas respondan a las intervenciones psicosociales únicamente.

¹ La HIPAA o *Health Insurance Portability and Accountability Act* (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) denomina como “Representante personal” a la persona jurídicamente autorizada para tomar decisiones sobre servicios médicos. El Representante personal puede ser uno de los progenitores del menor, un tutor designado por un tribunal (con la capacidad para tomar decisiones sobre servicios médicos) o una entidad, como el Departamento de Servicios Sociales (DSS) o el Departamento de Servicios para Jóvenes (DYS).

Pero la mayoría de los niños que sufren de trastornos emocionales serios no están recibiendo la atención que necesitan. Los jóvenes de minorías étnicas y raciales enfrentan barreras cuando buscan e intentan recibir tratamiento de alta calidad, según el informe del Cirujano General. Las barreras más comunes incluyen el estigma, (es decir el prejuicio en contra de los que padecen de trastornos mentales), falta de confianza, el costo, prejuicio clínico y sospecha cultural de las personas con enfermedad mental.

Esperamos que la información contenida en este folleto ayude a promover el acceso a atención de niños que enfrentan dificultades emocionales y mentales.

H. Este folleto

- reconoce la rápida evolución del campo de la farmacoterapia para niños y adolescentes;
- brinda información general sobre medicamentos psicoactivos para los niños y adolescentes;
- explica los principios de una buena atención; y
- describe áreas en las cuales perdura la controversia.

Este documento no indica cuales medicamentos se deberían recomendar para trastornos mentales específicos; dicha información se provee en recursos disponibles como Connor y Meltzer (véase las referencias en VI a continuación). Ni tampoco recomienda medicamentos ni dosis particulares.

II. SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES – UN RESUMEN

A. ¿Cómo crecen los niños?: diferencias en el desarrollo

Los niños y adolescentes varían de distintas formas al crecer. Algunos son más altos, otros más bajos. Algunos comen vorazmente y con placer; otros simplemente comen. Algunos leen temprano y sin ayuda, otros leen más tarde y esforzándose. Para algunos la pubertad es precoz, para otros llega más tarde.

Aunque todo cambia con el tiempo, algunos niños “se adaptan” a los cambios de las etapas de desarrollo temprano o fácilmente y otros más tarde o con dificultad.

De manera semejante, las diferencias también se suelen notar en el desarrollo emocional y de comportamiento. Por ejemplo, algunos niños son más tranquilos, otros más nerviosos. Algunos se apegan más a los padres, otros son más independientes. Para algunos su estado de ánimo no varía mucho; otros tienen periodos donde se sienten tristes o francamente deprimidos. Algunos casi no se molestan por causa de disgustos o retos; mientras que otros, como decimos, “pierden el temperamento” y a veces permanecen así por periodos largos.

Las declaraciones diagnósticas con respecto a los niños siempre se hacen en base al fundamento de desarrollo normal y el espectro' de desarrollo anormal.

Además, algunos diagnósticos se refieren a condiciones que tienen efectos a largo plazo (condiciones crónicas) y condiciones de corta duración o agudas.

B. ¿Cuándo se considera que una "diferencia" sea un "trastorno"?

Se dice que los niños en los extremos de cualquier continuo tienen "condiciones" o "trastornos". Los médicos y otros estudiosos del desarrollo juvenil tienen que definir cuantos síntomas toma para "formar" una "condición" o "trastorno".

Los psiquiatras han escrito un manual, el Manual de diagnóstico y estadística de la Asociación americana de psiquiatría, 4ta edición (DSM-IV), que incluye los criterios para todos los llamados "trastornos mentales". Estos diagnósticos se emplean para clasificar todos los trastornos mentales experimentados por los adultos, niños y adolescentes. La mayoría de los "trastornos" caen en categorías (Trastornos de ansiedad, Trastornos del estado de ánimo, Trastornos psicóticos, etc.) derivadas de la psiquiatría de adultos; estos trastornos no siempre caben nítidamente con los problemas experimentados por los niños. Algunos de los "trastornos" (como el Déficit de atención/ Trastorno de hiperactividad, Trastornos de tic, Trastornos de comportamiento, Trastornos de desarrollo, y Trastornos de aprendizaje) usualmente surgen durante la niñez o la adolescencia.

Hablar sobre "trastornos" puede sonar extraño a los padres, profesores y otros que están acostumbrados a describir las dificultades de los niños en términos de diferencias en desarrollo.

Los niños que no demuestran todas las características de un trastorno, de acuerdo con lo descrito por los criterios del DSM-IV, se consideran "subumbral". Pueden todavía necesitar ayuda, aun si no cumplen con "todos los criterios". Y la definición del trastorno del niño usualmente requiere más que un diagnóstico del DSM (véase III-A, a continuación).

Los niños y los adolescentes con trastornos emocionales o del comportamiento necesitan una asesoría cuidadosa. La ayuda apropiada usualmente incluye varios tipos de intervención, no solamente medicamentos. Se refiere a dicha ayuda como tratamiento combinado multimodal.

C. ¿Cuáles condiciones pueden ser ayudadas por los medicamentos?

Los medicamentos pueden ser útiles para resolver muchos problemas, pero no todos. Los medicamentos pueden ser útiles en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (depresión, excitación [hipomanía o manía], o humor

inestable); problemas de atención (trastorno por déficit de atención e hiperactividad); síntomas de ansiedad, incluyendo compulsiones y reviviscencias además de otras consecuencias de traumas; algunos problemas de control de impulsos y confusión en el pensamiento y en las percepciones.

Los medicamentos no eliminarán el retraso en un niño o adolescente que padezca retraso en el desarrollo, pero sí pueden servir para tratar síntomas específicos. Los medicamentos no eliminarán los problemas del lenguaje o la forma de relacionarse que se ven en los niños y adolescentes con autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo. Sin embargo, podría servir para tratar problemas asociados, como la agresividad, la conducta obsesivo-compulsiva o la atención dispersa. Los medicamentos no ayudarán a un niño o a un adolescente que tenga problemas para decir la verdad, pero si mentir es síntoma de una depresión grave, los medicamentos antidepresivos podrían ayudar en el tratamiento de la depresión. Los medicamentos no ayudan con la tristeza infantil "normal", pero pueden ser útiles para tratar la depresión clínica.

¿Estamos tratando los "síntomas" (conductas problemáticas específicas) o los "trastornos" (diagnósticos)? Esta pregunta puede ser desconcertante, pues la diferencia entre síntomas y trastornos puede ser confusa. Los padres de familia llevan a sus niños y adolescentes a consulta por los *síntomas* que muestran, tales como bajo rendimiento escolar, irritabilidad, tics nerviosos, y ánimo deprimido. Sin embargo, los mismos síntomas pueden ser causados por varios *trastornos*; y cada uno de estos trastornos señala diferencias en la química del cerebro y requiere de medicamentos diferentes. Debido a que la elección del medicamento debe estar guiada por un diagnóstico, los médicos generalmente diagnostican un trastorno antes de recomendar un tratamiento de prueba con un medicamento.

Por ejemplo, la falta de concentración de un niño o adolescente puede estar asociada con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), depresión grave, psicosis, trastornos metabólicos o una lesión traumática del cerebro. La medicina indicada será diferente en cada trastorno. La irritabilidad puede darse en niños y adolescentes por lesiones cerebrales o trastornos metabólicos, así como por ADHD, depresión, síndrome de Tourette, o por un trastorno de adaptación.

No obstante, aunque un diagnóstico específico *podría* señalar un tratamiento que sea específico para ese trastorno, no siempre es posible tomar solamente el diagnóstico como base para la práctica clínica. Los diagnósticos psiquiátricos son "convenciones", es decir, acuerdos entre médicos sobre la manera de clasificar los padecimientos de la gente. Aunque los médicos comparten esas convenciones y las compañías de seguros las ratifican, éstas difieren de las maneras en que familias y culturas enteras se refieren a la conducta de los hijos. Los profesionales deben respetar las maneras en que las familias hablan del padecimiento de un hijo, además de usar los instrumentos "científicos" de

diagnóstico del *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (Manual de diagnóstico y estadística de la Asociación estadounidense de psiquiatría) (el DSM, por sus siglas en inglés).

Por otra parte, los diagnósticos del DSM no "se ajustan" tan bien al paciente de psiquiatría infantil como al paciente adulto; para describir adecuadamente sus problemas de adaptación, muchos niños y adolescentes reciben varios diagnósticos del DSM. Es posible que en el futuro la investigación permita el refinamiento de nuestros diagnósticos actuales, la adición de diagnósticos nuevos, o fomente el empleo de métodos diferentes para evaluar niños y adolescentes (ej., diagnóstico dimensional). Mientras tanto, los profesionales clínicos tratan de ayudar a niños y adolescentes con síntomas específicos, los cuales son el objetivo de los medicamentos que recetan.

Los padres, tutores y profesionales deben tener en mente tanto los síntomas y los diagnósticos, como el lenguaje que los padres, los niños y los adolescentes emplean para hablar de sus padecimientos.

III. PRINCIPIOS QUE RIGEN LA PRÁCTICA

A. Evaluación

1. Evaluación exhaustiva: ¿qué significa?

Toda terapia con fármacos debe estar precedida por una evaluación individualizada, cuidadosa y tan exhaustiva como el caso lo requiera.

La evaluación de niños y adolescentes se complica por lo siguiente:

- La variedad de síntomas en la infancia; diagnósticos categóricos, como los del DSM-IV, quizá no puedan interpretar la variedad de síntomas que se presentan en los niños y los adolescentes. Como consecuencia, éstos a menudo reciben diagnósticos múltiples. Aun así, existe la posibilidad de que las familias opinen que el "lenguaje del médico" no refleja sus propias maneras de pensar y de hablar sobre los problemas de su niño o adolescente.
- La manera en que los síntomas de los niños y los adolescentes cambian con el tiempo. En algunos padecimientos, los síntomas permanecen estables por años; en otros, cambian continuamente; y en otros más, hay periodos de buen funcionamiento interrumpidos por intervalos de síntomas, incluso síntomas graves.

El tratamiento con medicamentos debe ser parte de un plan integral que esté basado en una evaluación exhaustiva. La evaluación debe incluir un análisis del niño o adolescente, de la familia, y de los aspectos relevantes de su entorno.

Deben recabarse datos en entrevistas con el niño o adolescente y con sus padres (o, con padres ausentes, otros encargados del cuidado) y datos de fuentes colaterales (de maestros y trabajadores de los servicios de protección). En muchas instancias, se deben revisar los antecedentes clínicos y se recomienda una conversación con el médico de cabecera del niño o adolescente.

La evaluación del niño o adolescente debe identificar:

- los síntomas que se presenten, incluyendo descripciones propias echas por el niño o adolescente sobre sus síntomas;
- nivel actual de funcionamiento;
- antecedentes de desarrollo;
- historial médico, como historial de uso de sustancias/drogas, antecedentes de tratamiento, examen psicológico; y
- cualquier antecedente de negligencia, abuso, abuso sexual u otros traumas.

2. Familia, semejantes y escuela, enlace pediátrico, pruebas psicológicas.

La evaluación de la familia debe incluir:

- antecedentes familiares de trastornos mentales;
- evaluación del funcionamiento actual y factores de estrés;
- evaluación de las actitudes hacia los síntomas y necesidades del niño o adolescente, incluyendo las maneras en que la familia o su cultura describen al niño o adolescente, y
- cualquier necesidad presente o pasada de protección.

La evaluación del entorno del niño debe describir cómo funciona el niño o adolescente con los demás individuos de su edad y en la escuela. La evaluación debe identificar los puntos fuertes y los puntos débiles del niño o adolescente y de su familia, así como la descripción de sus actitudes hacia los síntomas y su disposición a participar en el tratamiento.

La evaluación médica del niño o adolescente debe valorar:

- salud general y desarrollo;
- cuidados de rutina para niños; y
- posibles factores clínicos que contribuyan al problema.

La evaluación médica debe incluir un examen físico.

Gran parte de esta información se puede obtener por medio de una llamada al médico de cabecera, esto también permitirá que los médicos establezcan una conexión.

Los niños y adolescentes con síntomas graves o crónicos; los que presenten síntomas que puedan ser peligrosos para ellos mismos o para los demás; y quienes no respondan al tratamiento ordinario (incluyendo el tratamiento con varios medicamentos o la hospitalización repetida) deben recibir una evaluación más detallada. La evaluación más intensiva incluye antecedentes más extensos del niño o adolescente, de sus parientes, y de otros profesionales que participen o hayan participado en su tratamiento. Es posible que este tipo de evaluación incluya consultas con especialistas en psiquiatría infantil, neurología, neuropsicología, pediatría, desarrollo infantil, abuso y negligencia infantil, y en sistemas de tratamiento.

Se debe considerar la aplicación de pruebas psicológicas para ciertos niños o adolescentes para clarificar más los pensamientos y sentimientos del menor, su capacidad intelectual y los posibles problemas de aprendizaje.

3. Entrevistas, escalas de evaluación: utilizando las dos.

La evaluación depende de entrevistas clínicas. Además, se pueden usar métodos estructurados (como escalas, cuestionarios y pruebas). Entre las escalas que se usan con más frecuencia se cuentan *Child Behavior Check List* (CBCL) (Listado de comprobación de la conducta infantil), también conocido como *Achenbach Rating Scale* (Escala de evaluación de Achenbach), y *Beck Depression Inventory* (BDI) (Inventario de depresión de Beck), o su versión pediátrica, el *Child Depression Inventory* (CDI) (Inventario de depresión infantil). Toda la información que se obtenga de las escalas debe ser interpretada por un profesional clínico. Todas las evaluaciones deben tomar en cuenta la cultura del menor y de su familia. La evaluación y el tratamiento deben documentarse y supervisarse adecuadamente.

4. Proveyendo más que un diagnóstico del DSM

La evaluación debe brindar más que un diagnóstico categórico del DSM. Los que evalúan a los niños y adolescentes deberían:

- estar abiertos a la perspectiva adaptativa: lo cual significa que los síntomas del niño o adolescente, independientemente del diagnóstico, representan su esfuerzo para sobrellevar su situación;
- utilizar una perspectiva de desarrollo, ver síntomas en el contexto de cambios y adaptaciones a largo plazo;
- distinguir entre padecimientos transitorios y padecimientos de duración más larga;
- equilibrar una descripción precisa de problemas con la identificación de fortalezas y la acogida de esperanza; y,
- equilibrar la detección temprana para facilitar la intervención con los riesgos de un diagnóstico impreciso y de los efectos negativos de esta clasificación.

5. Evaluación cultural

Los profesionales clínicos deberían evaluar la cultura del menor en relación con la suya propia y reconocer las diferencias en experiencia o antecedentes culturales y considerar el conocimiento, la capacitación y las actitudes que necesitan para proporcionar asistencia. El profesional clínico debe entender cómo influyen los valores, las creencias, las costumbres, el idioma y el estilo de comunicación en la percepción y expresión del malestar mental, cómo determinan la forma en que se busca ayuda, y cómo sus propios antecedentes personales afectan la manera en la cual oyen y responden a los trastornos de los niños. La meta es crear compañerismo o alianza con el fin de ayudar al menor.

B. Planificación y contratación del tratamiento

La contratación del tratamiento requiere de tiempo, atención y discusión.

La evaluación viene antes de la planificación del tratamiento. En el proceso de evaluación, el profesional clínico especificará los síntomas que se tratarán y fijará metas; seleccionará un medicamento para iniciar el tratamiento, y programará consultas para evaluar el progreso. Luego, el profesional clínico le recomendará un tratamiento, incluso tratamiento con medicamentos, al niño o adolescente, o al padre o tutor. En este punto se puede solicitar la autorización con conocimiento de causa.

1. Articulación de problemas e identificación de síntomas y de metas

La evaluación identifica diagnósticos relevantes y síntomas tratables. Los diagnósticos pueden servir para aclarar la naturaleza de los problemas del menor y predecir su respuesta al tratamiento.

El tratamiento se orienta a atacar síntomas, como la ansiedad, el insomnio, la concentración deficiente o la impulsividad. Es mejor evitar términos no descriptivos, tales como "hacer drama" o "problemas de conducta." Los síntomas seleccionados para el tratamiento deben reflejar las prioridades del niño o adolescente, de la familia y de otras personas (tales como maestros o el personal de la residencia) en cuanto a los síntomas que deben mejorar con mayor urgencia. Los síntomas que serán objeto de tratamiento no son diagnósticos; un síntoma dado puede ser parte de varios trastornos. En efecto, un solo diagnóstico o trastorno puede contribuir a diferentes síntomas. Un diagnóstico es el contexto para un síntoma, será tomado en cuenta junto con otros contextos, como la presencia de anomalías del desarrollo, enfermedades mentales, antecedentes de abuso, o la perturbación del cuidado que el menor recibía.

Hablar de los síntomas que recibirán tratamiento en un lenguaje claro, comprensible para el niño, contribuye a crear una alianza de tratamiento entre el doctor, el niño o adolescente, la familia, y otras personas. Por ejemplo, es

posible que el niño prefiera decir: "Me pongo muy triste y me dan ganas de morirme", en lugar de: "Tengo depresión con ideación suicida". Cada miembro del tratamiento debe decir lo que espera del tratamiento con medicamentos. Cada uno debe recibir ayuda para entender, de manera realista, los cambios que se pueden esperar. Definir los síntomas que se tratarán, proporciona una base para juzgar el éxito del tratamiento.

Metas como un mejor rendimiento general en la escuela o un mejor funcionamiento con los compañeros son demasiado amplias para constituir objetivos específicos de la farmacoterapia. No obstante, fijar metas como esas ayuda a definir el rumbo general del tratamiento y a tener claro cómo los medicamentos (por ejemplo, al mejorar la concentración o reducir la ansiedad social) pueden contribuir (junto con otras intervenciones) a alcanzar esas metas. Distinguir entre la mejoría, o la ausencia de ella, en los síntomas tratados y el avance (o su ausencia) hacia las metas generales de tratamiento puede ayudar a definir la contribución del medicamento al avance general.

El plan de tratamiento debe anticipar los efectos secundarios que podrían surgir y requerir tratamiento, como distonías agudas (Véase sección V.C.) o síntomas de enfermedad de Parkinson. Cuando ocurran estos síntomas, hayan sido previstos o no, deben tratarse rápidamente.

2. Selección de medicamentos

Se le recomendará una medicina al padre o al tutor (generalmente con la aprobación y participación del niño o adolescente, según su nivel de desarrollo) tomando en cuenta:

- a) el tipo de medicinas que pueden ser eficaces en el tratamiento del trastorno;
- b) las acciones y efectos secundarios de cada medicina dentro de ese grupo;
- c) los posibles efectos de la medicina en los síntomas que se tratarán;
- d) los posibles efectos secundarios o los efectos tóxicos potenciales; y
- e) cualquier información disponible acerca de la reacción de los miembros de la familia a este medicamento o a medicamentos similares.

La recomendación debe reflejar el juicio del médico en cuanto al mejor medicamento en general; y a las preferencias del niño o adolescente así como de la familia en cuanto se refiere a los síntomas que recibirán tratamiento y los efectos secundarios. Los médicos deben mencionar otros medicamentos, además del que han recomendado, y conversar con todas las partes acerca de las alternativas que podrían considerarse si el primer medicamento no resulta efectivo.

Es mejor iniciar el tratamiento con un solo medicamento. Si un solo medicamento resulta ser eficaz, la respuesta se le puede atribuir a ese medicamento; así, el niño o adolescente habrá estado expuesto a un riesgo menor de efectos adversos. Si el tratamiento con un solo medicamento no es eficaz, entonces es adecuado probar otro medicamento o agregar un medicamento adicional.

3. Planificación del tratamiento y seguimiento

Seguimiento

Hecha la selección de un medicamento específico, el médico, el niño o adolescente, la familia y otras personas deben hablar de sus expectativas y hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Cuánto tiempo debe pasar antes de que el niño o adolescente, y otros observadores, vean los beneficios de tomar el medicamento?
- ¿Qué efectos secundarios se deben esperar y cuándo? ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes? ¿Cuáles son potencialmente los más serios?
- ¿Qué debe hacer el niño, adolescente o la familia si notan efectos secundarios u otros efectos inesperados?
- ¿Quién debe buscar los indicadores de avance o de efectos adversos y cómo? ¿El seguimiento incluirá evaluaciones formales, como listas de verificación o escalas?
- ¿Cómo se harán los ajustes a las dosis y en respuesta a qué indicadores de avance o de falta de avance?
- ¿Se necesitarán análisis de laboratorio u otro tipo de exámenes? Y si fuera así, ¿cómo y cuándo deben hacerse?
- ¿Con qué frecuencia se deben programar las consultas de seguimiento? ¿En respuesta a qué circunstancias se deben programar consultas más frecuentes o urgentes?
- ¿Qué tipo de problemas de salud podrían afectar el empleo del medicamento?
- ¿Qué síntomas se pueden esperar cuando se deje de administrar el medicamento?
- ¿Qué posibilidades de interacción hay entre este medicamento y otros, y con el alcohol o las drogas que el niño o adolescente pueda estar tomando?
- ¿Cómo se va a evaluar, controlar y garantizar que el medicamento sea utilizado?

- ¿Hay riesgos de que este medicamento produzca adicción o dependencia?
¿Cómo será manejado este riesgo?

Anticipando problemas

En la planificación del tratamiento se debe anticipar qué hacer si el medicamento no es efectivo o si pierde su eficacia. Reconocer esta posibilidad desde el inicio del tratamiento contribuye a prevenir la desilusión y aumenta las probabilidades de una colaboración continua. Si todos están de acuerdo en los síntomas que se tratarán; en cómo medir el avance y en la evolución temporal esperada; entonces el médico, el niño o adolescente, la familia y las demás personas sabrán cuándo y cómo considerar las alternativas. La planificación explícita también reduce el riesgo de que un medicamento ineficaz se administre por más tiempo del adecuado debido a un optimismo inicial poco razonable.

Buscando asesoría

Se debe considerar la asesoría de expertos si el tratamiento no es efectivo. Especialmente si el profesional clínico que receta el medicamento no es un especialista en el tratamiento de los problemas del niño, es bueno estar preparado para solicitar la asesoría de alguien con más experiencia. La necesidad de asesoría también puede surgir cuando el niño o adolescente, o su familia, vienen de un entorno cultural notablemente diferente del entorno del profesional clínico.

4. Consentimiento con conocimiento de causa

La obtención del consentimiento con conocimiento de causa completa la contratación del tratamiento. El consentimiento debe reflejar los elementos que se han resumido en las páginas anteriores. Los registros deben documentar quién da el consentimiento, la información proporcionada; y cómo, cuándo, dónde y a quién se da el consentimiento.

Quién

Por lo general, en el caso de niños y adolescentes menores de 18 años, el tratamiento clínico –incluso el tratamiento con psicofármacos– debe contar con el consentimiento del padre o del tutor. Excepto en el caso que se menciona a continuación, no existe la exigencia jurídica de que el menor dé su consentimiento para el tratamiento de manera expresa (*consent*) o implícita (*assent*), al tomar el medicamento. No obstante, el buen ejercicio clínico exige que el médico, el padre y los demás tomen en consideración lo que el niño o adolescente entiende del tratamiento y su actitud hacia él; y que traten de obtener toda la aprobación que el niño o adolescente pueda dar. El grado adecuado de autonomía que se le puede dar al menor varía con la edad, el tipo y el grado de su discapacidad, la actitud del padre y la urgencia del tratamiento. En algunas agencias, algunos menores están autorizados explícitamente a

rechazar medicamentos psiquiátricos. Por ejemplo, el Departamento de servicios para jóvenes (DYS) requiere tanto del consentimiento explícito del padre como de la aprobación implícita del menor para recibir medicamentos, ya que los niños en el DHS toman sus propios medicamentos cuando estos son dados por un empleado del DHS.

Los adolescentes de 18 años o más deben dar consentimiento para su propio tratamiento. Ciertos adolescentes menores de 18 años, los "menores emancipados" y los llamados menores "maduros", también pueden dar su consentimiento para su propio tratamiento. La ley define al "menor emancipado." La designación de menor "maduro" es una decisión clínica que se basa en dos criterios: la capacidad del menor de tomar una decisión con conocimiento de causa y el daño potencial de informar a los padres o al tutor del menor de la decisión de éste. Este concepto se usa con más frecuencia en los servicios médicos para la salud sexual o reproductiva, pero también puede ser relevante cuando un padre y/o un adolescente no están de acuerdo en cuanto al tratamiento con medicamentos recomendado. Aunque no se requiere, se puede solicitar el refrendo de la designación clínica del menor como emancipado a través de un tribunal.

Algunos niños y adolescentes requieren consentimiento especial. Para los niños y adolescentes que están bajo custodia del DHS, pero no los que están bajo el cuidado del DHS voluntariamente o a cargo del DHS bajo una petición Child in Need of Services (Niño en necesidad de servicios) CHINS, los trabajadores encargados de casos del DHS autorizan un "tratamiento de rutina". Sin embargo, por regulaciones del DHS, recetar medicamentos antipsicóticos se considera "tratamiento extraordinario" que requiere de una autorización explícita de un tribunal [subsiguiente a la llamada "*Rogers Petition*" (Petición Rogers)]. Es posible que los niños y adolescentes que estén bajo la custodia compartida de padres que disienten acerca del tratamiento requieran de la asistencia de un tribunal para establecer la autoridad para el tratamiento.

Qué

El consentimiento con conocimiento de causa debe especificar el trastorno del niño o adolescente y el tratamiento propuesto. Una norma del DMH (96-3R) proporciona texto importante: Los profesionales clínicos deben "revelar (al paciente y/o su tutor legal)... la información clínica significativa (a partir del 2003, "información de salud protegida")... que sea material para que el paciente tome una decisión con conocimiento de causa en cuanto a someterse o no al tratamiento propuesto". La información requerida incluye lo siguiente:

- indicaciones y síntomas que se tratarán;
- riesgos del medicamento recomendado, como efectos secundarios significativos, comunes, y posiblemente graves o mortales;

- beneficios del tratamiento que estén dentro de expectativas razonables;
- expectativas de la evolución de la enfermedad sin tratamiento;
- alternativas razonables al tratamiento;
- resultados que se pueden esperar de la interrupción del tratamiento; y
- expectativas con respecto al seguimiento del tratamiento.

Cómo

Para dar consentimiento con conocimiento de causa para servicios médicos, la persona (o, en el caso de un menor, uno de sus padres o su tutor) debe ser *competente*. Se supone que un individuo es competente para tomar decisiones con conocimiento de causa a menos que sea "jurídicamente" incompetente (como lo son los niños y los adolescentes menores de 18 años), o a menos que un juez los considere incompetentes en los trámites de tutela, por ejemplo. La decisión a favor o en contra del tratamiento debe ser *voluntaria*, sin demasiada influencia de los demás; debe estar basada en la capacidad *racional* de entender la información como se presenta. Es posible que, a los ojos de un tercero, la decisión de renunciar al tratamiento sea o no sea en provecho de la persona. Aunque a esas decisiones a veces se les llame popularmente "*irracionales*", son válidas mientras la persona que las tome sea competente. Por ejemplo, negarse a recibir tratamiento por razones religiosas puede no ser racional para otra persona, pero aún así la persona puede seguir siendo competente. La decisión también debe ser adecuadamente *informada*, como se explica en párrafos anteriores.

La historia clínica debe documentar el proceso de consentimiento: quién participa, qué información se ha proporcionado, que inquietudes han surgido, y el consentimiento final para recibir el tratamiento. Los formularios estandarizados para firmar pueden ser útiles en la documentación, especialmente si especifican los elementos ya mencionados. Los formularios de consentimiento genéricos no son necesarios ni proveen la suficiente documentación para el otorgamiento de consentimiento con conocimiento de causa.

Cuándo

El consentimiento para el tratamiento se debe obtener antes de que empiece el tratamiento, a menos que éste se considere como tratamiento de emergencia (ver a continuación). Si el tratamiento se realiza como una emergencia, se debe obtener consentimiento lo más pronto posible, pues el tratamiento no puede continuar más allá de la emergencia sin consentimiento. También se debe obtener un nuevo consentimiento cada vez que se introduzca un nuevo medicamento y cuando haya un cambio sustancial en las circunstancias del

tratamiento. Algunos de esos cambios pueden ser el surgimiento de efectos secundarios, la aparición de un problema de salud relevante y otros cambios que afecten los riesgos y beneficios. El consentimiento para el tratamiento no es algo que se haga solamente una vez, sino un proceso continuo de intercambio de ideas con el padre, o los padres, el niño o adolescente que autoriza, o cualquier otra persona que dé su consentimiento.

Dónde

En el escenario ideal, un padre da su consentimiento en una entrevista en persona con el profesional clínico a cargo del tratamiento. Ese contacto brindará la mejor oportunidad para considerar detenidamente los asuntos que necesiten atención. Es menos aconsejable, pero a veces es necesario, hablar sobre las recomendaciones de tratamiento y obtener el consentimiento por teléfono, como cuando el tratamiento se administra en una institución y donde sea difícil que el padre y el profesional clínico puedan hablar en persona.

A quién

El consentimiento se le debe dar al profesional clínico que receta el medicamento. Cuando éste no pueda reunirse en persona con quien da el consentimiento, la autorización se puede otorgar por teléfono, el profesional clínico toma nota de ello y firma.

C. Integración del tratamiento

La farmacoterapia debe coordinarse con otras intervenciones. Todas las intervenciones deben componer un plan integrado de tratamiento. De conformidad con las regulaciones del Departamento de salud mental de Massachusetts (DMH, por sus siglas en inglés), los proveedores de tratamiento deben obtener autorizaciones para recibir o divulgar información clínica protegida, excepto en situaciones en que se administren servicios médicos de emergencia. Las autorizaciones deben llevar la firma de la persona o entidad jurídicamente autorizada para tomar decisiones relacionadas con servicios médicos.

Los médicos que recetan medicamentos para niños y adolescentes deben hablar con el médico de cabecera. Además, los profesionales clínicos que proporcionan servicios psicológicos, por ejemplo los que ayudan al niño o adolescente a entenderse y controlarse, deben estar al tanto de los diagnósticos psiquiátricos y de la farmacoterapia. Deben ayudar al niño o adolescente a hablar con el psiquiatra infantil que haga la receta. De igual manera, el psiquiatra infantil debe estar al tanto de las intervenciones psicológicas y emplear la información de los otros profesionales clínicos en su evaluación y en la planificación del tratamiento. Los informes de tratamiento deben reflejar el conocimiento de cada profesional clínico que estará presente el resto del tratamiento.

El uso de información y de un lenguaje común por parte de los profesionales clínicos ayuda al niño o adolescente a entender sus puntos fuertes y sus puntos débiles y a sentirse como un ser humano completo. Todos los miembros del equipo deben usar el mismo modelo para entender al niño o adolescente y para lograr el cambio terapéutico. Es poco probable que múltiples médicos autónomos que trabajan en aislamiento lleguen a tener una perspectiva integrada del niño o adolescente, especialmente cuando éste tiene múltiples necesidades.

Los informes de tratamiento deben escribirse de modo que puedan entenderse por los padres y tutores y que se puedan compartir con otros profesionales clínicos, incluso los médicos de cabecera y los educadores, según sea adecuado.

D. Comunicación y documentación

El tratamiento debe resumirse en un documento conciso para que pueda consultarse en varios escenarios de tratamiento, pero manteniendo siempre los requisitos de confidencialidad. Se debe obtener autorización para la divulgación de información clínica protegida en cuanto los niños y adolescentes ingresen a los servicios médicos.

El resumen del tratamiento con medicamentos de un niño debe ser más que una lista de medicamentos. Debe mencionar si la prueba con cada medicina fue adecuada, si cada medicina contribuyó a aliviar síntomas específicos y si la impresión de efectividad fue clara o ambigua, como ocurre con frecuencia.

El padre o tutor legal de un niño o adolescente, incluyendo la agencia que tenga la custodia del menor, debe conservar copias de todas las evaluaciones e informes de tratamiento de manera que cada nuevo proveedor de servicios médicos pueda revisar los antecedentes de tratamiento. En consecuencia, los proveedores deben enviar sin demora los informes de tratamiento al padre o tutor legal. Los profesionales clínicos a cargo del tratamiento no deben recetar nuevos tratamientos hasta que hayan revisado los informes de las evaluaciones y tratamientos previos, o hayan hablado con los médicos encargados del caso previamente mientras esperan los documentos.

E. Continuidad del tratamiento

Aunque los problemas para los cuales un niño u adolescente requieren de farmacoterapia no son de corta duración, muchos niños y adolescentes reciben atención en múltiples emplazamientos por periodos breves. El movimiento frecuente exige que la información de la evaluación y del tratamiento sea transmitida de manera eficiente de un escenario al siguiente. Se debe tomar en cuenta la posibilidad de que los cambios frecuentes de residencia y de cuidadores intensifiquen los síntomas como uno de los factores que contribuyan a los problemas del niño u adolescente. La meta debe ser proporcionar

continuidad en el tratamiento (incluso el tratamiento con medicamentos) y en las relaciones a medida que el niño u adolescente se recupera.

La discontinuidad del tratamiento puede ser un problema especial para los niños y adolescentes cuya tutela pasa al Departamento de Servicios Sociales o los que están detenidos en un centro del Departamento de servicios para jóvenes (DYS). Los profesionales clínicos que recetan psicofármacos para niños y adolescentes deben conocer las regulaciones de las diferentes agencias con respecto al empleo de medicamentos antipsicóticos. Específicamente, si un niño o adolescente está tomando un medicamento antipsicótico sin una revisión judicial cuando pasa a custodia del DSS, los profesionales clínicos y otros deben estar conscientes de los riesgos de interrumpir abruptamente los psicofármacos, y hacer recomendaciones apropiadas a quienes sean responsables del cuidado del niño u adolescente. Las mismas consideraciones deben aplicarse cuando los niños y adolescentes que estén bajo tratamiento con psicofármacos ingresen a un centro del DYS. La interrupción o discontinuación del tratamiento puede provocar deterioro psicológico y podría violar el derecho legal del individuo a recibir tratamiento.

IV. MEDICAMENTOS EMPLEADOS HOY EN DIA

En esta sección se presenta una lista de los medicamentos que se usan actualmente y sus indicaciones. La revista *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Pappadopulos EA, Tate Guelzow B, Wong C, Ortega M, Jensen PS, 2004) publicó una revisión más extensa sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos que se recetan con más frecuencia a niños y adolescentes. Esa revisión está organizada de acuerdo con la clase de medicamento; artículos por separado revisan estimulantes, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, antipsicóticos, medicamentos ansiolíticos, una clase de medicamentos llamados adrenérgicas y una medicina que bloquea los efectos de los opiáceos, llamada naltrexona.

Esta sección presenta una lista de los nombres solamente y excluye cierta información importante, como los rangos de dosificación. Los padres y los Representantes personales deben estar conscientes de las diferencias en potencia, es decir, en el poder terapéutico de un medicamento por miligramo. Unos cuantos miligramos de un medicamento pueden ser más "potentes" que cientos de miligramos de otro, aun dentro de la misma clase. De más está decir que los padres no deben cambiar las dosis por sí mismos, con la esperanza de lograr un efecto diferente, sino que deben trabajar en conjunto con el profesional clínico quien hace la receta.

A. Estimulantes (o psicoestimulantes)

Los *estimulantes* se han usado durante varias décadas para tratar niños hiperactivos e inatentos. Estos medicamentos reducen la hiperactividad y la

inatención; y mejoran el control del comportamiento y el desempeño cognitivo. (Estos efectos son semejantes a los de la cafeína, otro estimulante.) Los estudios muestran que los estimulantes son eficaces a largo plazo. La respuesta de los niños y los adolescentes a los estimulantes varía considerablemente, muchos niños y adolescentes sólo experimentan un alivio parcial de sus síntomas. [Vea también atomoxetina (Strattera) a continuación bajo III. E y la sección V. B. sobre el Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad.]

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Methylphenidate (metilfenidato).....	Ritalin
	Methylin
Parche de Methylphenidate (metilfenidato).....	Daytrana
Dexmethylphenidate (dexmetilfenidato)....	Focalin
Methylphenidate (metilfenidato) de liberación prolongada.....	Concerta
	Ritalin SR
	Metadate
Dexmethylphenidate (dexmetilfenidato) de liberación prolongada	Focalin XR
Dextroamphetamine (dextroanfetamina)	Dexedrine
	Dextrostat
Pemoline (pemolina).....	Cylert
Dextroamphetamine y Amphetamine (dextroanfetamina y anfetamina)	Adderal

B. Antidepresivos

Los medicamentos antidepresivos se emplean para el tratamiento de la depresión (y algunos tipos de ansiedad). Se han recetado a adultos durante varias décadas, y desde hace poco a niños (véase a continuación en la sección V.A.) Existen varias clases de antidepresivos, nombrados por sus estructuras químicas o por la manera en la cual se piensa que actúan sobre el cerebro. Los primeros antidepresivos se denominaban “antidepresivos tricíclicos”. Los medicamentos que se han introducido más recientemente se llaman “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina” (SSRI’s por sus siglas en inglés), porque se considera que actúan principalmente cambiando la manera en la cual el cerebro procesa la serotonina.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI's)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina" (SSRI's, por sus siglas en inglés) han sido recetados comúnmente para el tratamiento de la depresión y ansiedad en los niños y adolescentes. Se ha demostrado que la fluoxetina (Prozac y otros), especialmente cuando se combina con terapia cognitiva conductual, es la más eficaz (Vitiello, et al, 2006). Mientras que la posibilidad de ideas o impulsos suicida, llamado "suicidalidad" conllevó a que la Administración de Drogas y Alimentos requiera una advertencia de "caja negra" cuando se recetan antidepresivos a niños y adolescentes, hay mayor riesgo de suicidio si la depresión sigue sin tratamiento alguno. (La última recomendación de la FDA, comunicando esta advertencia a los adultos jóvenes, se puede conseguir en la página Internet <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm>.)

Dichas advertencias son un recordatorio que todos los medicamentos psicoactivos solo se deben recetar después de una asesoría cuidadosa, análisis de los beneficios y riesgos potenciales con y sin tratamiento, la aprobación con conocimiento de causa (véase a continuación), y el seguimiento del niño una vez que el tratamiento se haya emprendido.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Fluoxetine (fluoxetina).....	Prozac, Sarafem
Sertraline (sertralina)	Zoloft
Paroxetine (paroxetina)	Paxil, Pexeva
Fluvoxamine (fluvoxamina)	Luvox
Citalopram (citalopram)	Celexa
Escitalopram (escitalopram)	Lexapro

Antidepresivos tricíclicos (TCA)

Los antidepresivos tricíclicos (TCA, por sus siglas en inglés), que durante mucho tiempo han sido los antidepresivos recetados con mayor frecuencia a adultos, han mostrado repetidamente su eficacia en el tratamiento de la depresión y la ansiedad en adultos, pero no en niños ni en adolescentes. Algunos TCA son eficaces en el tratamiento de otros síntomas en niños y adolescentes, como los del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) y enuresis (orinarse en la cama). Los efectos secundarios, particularmente el riesgo de cardiopatías y muerte repentina en unos cuantos niños y adolescentes bajo tratamiento con desipramina, fueron la causa de que los TCA ya no se consideren el tratamiento de "primera línea" para la depresión.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Nortriptyline (nortriptilina)	Aventyl, Pamelor
Desipramine (desipramina)	Norpramin
Imipramine (imipramina)	Tofranil
Clomipramine (clomipramina)	Anafranil
Amitriptyline (amitriptilina)	Elavil
Protriptyline (protriptilina).....	Vivactil

Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)

Entre los otros antidepresivos, existen unos medicamentos conocidos como inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI, por sus siglas en inglés), los cuales bloquean la acción de la enzima que lleva ese nombre. Estos no se consideran medicamentos de “primera línea” para niños y adolescentes. Los MAOI más recientes no tienen los mismos riesgos de efectos secundarios y quizá se usen en el futuro para tratar la depresión.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Tranlylcypromine (tranilcipromina)	Parnate
Phenelzine (fenelcina)	Nardil

Otros antidepresivos

El bupropion (Wellbutrin) es un antidepresivo eficaz en el tratamiento de los síntomas de ADHD.

Las investigaciones con otros antidepresivos en niños y adolescentes no han demostrado eficacia.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Venlafaxine (venlafaxina)	Effexor
Nefazodone (nefazodona).....	Serzone
Trazodone (trazodona)	Desyrel
Bupropion (bupropión)	Wellbutrin, Zyban
Mirtazapine (mirtazapina)	Remeron
Duloxetine (duloxetina)	Cymbalta

C. Estabilizadores del estado de ánimo

Los *estabilizadores del estado de ánimo* han mostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno bipolar (también llamado trastorno maníaco-depresivo) en adultos. Su uso con niños y adolescentes es controversial (vea la Sección V, Áreas de controversia). Ciertos estudios han sugerido una asociación entre el aumento de peso y los efectos secundarios endocrinos (poliquistosis ovárica) con el empleo de valproate (ácido valpróico) en mujeres.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Lithium (litio).....	Eskalith, Lithonate, Lithobid
Carbamazepine (carbamacepina)	Tegretol, Carbitrol
Valproate (ácido valpróico)	Depakote
Gabapentin (gabapentina)	Neurontin
Lamotrigine (lamotrigina)	Lamictal
Topiramate (topiramato)	Topamax
Oxcarbazepine (oxcarbacepina).....	Trileptal

Los ácidos grasos Omega 3, otra clase de estabilizadores del estado de ánimo, se están empezando a utilizar junto con otros estabilizadores del estado de ánimo en adultos. Quizá en el futuro se usen en niños y adolescentes.

D. Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos reducen los síntomas psicóticos en los niños y adolescentes que padecen de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; reducen tics verbales y motrices en niños y adolescentes que padecen del síndrome de Tourette; y reducen síntomas maníacos en adultos, y en niños y adolescentes. Es posible que también desempeñen una función en la reducción de ciertos comportamientos anormales en niños y adolescentes con autismo y retraso mental.

Existen dos clases de medicamentos antipsicóticos. Los medicamentos más antiguos (clorpromazina y otros) se les llama "antipsicóticos de primera generación" (FGAs por sus siglas en inglés). Los medicamentos más recientes, como risperidona, se les llama de "antipsicóticos de segunda generación". (también se llaman "atípicos" porque son más recientes.)

Los antipsicóticos de primera generación (como clorpromacina) tienen un riesgo significativo de provocar movimientos anormales, tanto a corto como a largo plazo. Los medicamentos de segunda generación (como risperidona) provocan movimientos anormales pero probablemente con menos frecuencia. La

asociación que estos medicamentos tienen con riesgos metabólicos serios, es de mayor preocupación, incluyendo el aumento excesivo de peso, la aparición de diabetes mellitus y la secreción anormal de una hormona llamada prolactina. El aumento de peso, es particularmente pronunciado con olanzapina (Zyprexa) y clozapina (Clozaril). El empleo de clozapina (Clozaril), un medicamento de segunda generación más eficaz, presenta el riesgo leve pero seguro de supresión de la médula ósea. Los pacientes bajo tratamiento con clozapina deben hacerse un examen de sangre cada dos semanas. Quetiapina (Seroquel) puede provocar cataratas en los adultos; los niños y los adolescentes que estén bajo tratamiento con este medicamento deben hacerse exámenes oftalmológicos periódicos. Todos los antipsicóticos pueden ser sedantes, a veces hasta el punto de interferir con el funcionamiento óptimo.

Antipsicóticos de primera generación:

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Chlorpromazine (clorpromacina).....	Thorazine
Haloperidol (haloperidol)	Haldol
Perphenazine (perfenacina)	Trilafon
Fluphenazine (flufenacina).....	Prolixin
Pimozide (pimocida).....	Orap
Thiothixene (tiotixeno)	Navane
Molindone (molindona).....	Moban
Loxapine (loxapina).....	Loxitane
Droperidol (droperidol)	Inapsine
Thioridazine (tioridacina)	Mellaril

Antipsicóticos de segunda generación, (también conocidos como antipsicóticos “atípicos”):

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Risperidone (risperidona).....	Risperdal
Olanzapine (olanzapina)	Zyprexa
Clozapine (clozapina)	Clozaril
Quetiapine (quetiapina).....	Seroquel
Ziprasidone (ciprasidona)	Geodon
Aripiprazole (aripiprazol).....	Abilify
Paliperidone (paliperidona)	Invega

En Massachusetts, recetar medicamentos antipsicóticos se considera “tratamiento extraordinario”. Los padres pueden autorizar esos tratamientos, pero el Departamento de Servicios Sociales (DSS) no autoriza ese tratamiento en niños y adolescentes que estén bajo su custodia. Para esos niños y adolescentes se requiere una orden judicial en respuesta a la llamada petición “Rogers” (consulte “Autorización con conocimiento de causa”, en la sección IV.B.4).

E. Otros medicamentos

Algunos otros medicamentos se emplean actualmente en niños y adolescentes, principalmente para el tratamiento de problemas de ansiedad y/o del control de impulsos. Entre esos medicamentos se encuentran los que aparecen a continuación.

Benzodiazepines (Benzodiacepinas)

Las benzodiacepinas se usan para tratar síntomas de ansiedad y trastornos del sueño en adultos; los estudios han suministrado cierto apoyo para su empleo en niños y adolescentes. Quienes toman estas medicinas a largo plazo pueden presentar problemas de tolerancia, dependencia y habituación. Estas medicinas también están sujetas a usos no médicos, en los cuales pueden causar excesiva somnolencia o intoxicación, especialmente en combinación con el alcohol. Algunas personas que toman benzodiacepinas presentan comportamientos desinhibidos o alucinaciones. La deshabitación de las benzodiacepinas puede ser difícil.

Nombre genérico en inglés (español) Nombre comercial

Clonazepam (clonacepam)	Klonopin
Lorazepam (loracepam).....	Ativan
Alprazolam (alprazolam)	Xanax

Otros

Buspirone (buspirona)	Buspar
Clonidine (clonidina).....	Catapres
Guanfacine (guanfacina).....	Tenex
Naltrexone (naltrexona).....	Revia
Atomoxetine (atomoxetina)	Strattera
Propranolol (propranolol)	Inderal

La buspirona puede ser eficaz en el tratamiento de la ansiedad en adultos, con relativamente pocos efectos secundarios. No hay estudios comparativos con niños ni con adolescentes. La clonidina se ha usado desde hace mucho tiempo para tratar la hipertensión en adultos. Se ha empleado mucho en el tratamiento de tics, ADHD, comportamiento agresivo y trastornos del sueño en niños y adolescentes. El respaldo de la investigación para su empleo en estos trastornos no es contundente. La guanfacina (Tenex) es un medicamento más reciente, semejante a la clonidina, pero de acción más prolongada, menos sedante y probablemente más eficaz para mejorar la atención. Se usa para tratar la impulsividad y la hiperactividad que se asocian con el ADHD y otros trastornos. Los estudios no han demostrado su eficacia.

La atomoxetina (Strattera) es un medicamento no estimulante que se usa en el tratamiento del ADHD.

La naltrexona (Revia), un antagonista de los opiáceos, se emplea en el tratamiento del comportamiento autodestructivo. Los beta bloqueadores, como el propranolol (Inderal) se emplean para tratar la ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social y el comportamiento agresivo.

V. ÁREAS DE CONTROVERSIA

Los psiquiatras infantiles todavía están tratando de llegar a un consenso en ciertos áreas. En otros, la opinión pública está dividida. Los padres, tutores y los niños y adolescentes deben saber que es posible que diferentes profesionales aborden el mismo problema de maneras diferentes.

A. El uso de antidepresivos en niños y adolescentes

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes está cambiando. La depresión es un grave problema en niños y adolescentes, como lo subraya el informe del Cirujano General. La depresión provoca sufrimiento, impide que los niños participen en la escuela y los pone en riesgo de cometer suicidio. A medida que los padres de familia y los profesionales del campo han reconocido que los jóvenes pueden sufrir de depresión y que el tratamiento puede beneficiarlos cuando la padecen, más niños deprimidos están recibiendo ayuda. Sin embargo, la mayoría de los niños y adolescentes, al igual que los adultos con depresión, no reciben ayuda. Ésta comienza con que los adultos informen al menor de que reconocen su aflicción y que no lo culpan.

La respuesta a qué ayuda ofrecer se está volviendo más y más clara. Las pruebas clínicas ahora demuestran que los medicamentos antidepresivos, los llamados SSRIs, pueden ayudar a los adolescentes deprimidos sobre todo cuando estos se combinan con tratamiento psicológico, terapia cognitiva

conductual. Mientras que algunos niños deprimidos presentan ideas o impulsos suicidas mientras están bajo tratamiento con SSRIs (tal como se menciona en la “advertencia de caja negra” de la FDA), parece ser que la tasa de suicidios puede haber aumentado después de que la FDA emitió su advertencia y que el uso de los SSRIs disminuyó.

El uso de antidepresivos en niños y adolescentes, aun más que otros medicamentos, requiere de una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios potenciales, con tratamiento y sin él. Recetar antidepresivos exige una evaluación meticulosa de estos riesgos y una toma de decisiones con pleno conocimiento de causa.

El Departamento de salud mental insta a las familias y a los encargados del cuidado de jóvenes que tomen, o que estén pensando en tomar, medicamentos antidepresivos a que tengan en cuenta las siguientes buenas prácticas:

- seguimiento del paciente por parte de los médicos, la familia y los encargados de su cuidado;
- no interrumpir abruptamente el tratamiento con medicamentos sin la asesoría del médico;
- comunicación positiva y continua con el médico que hace la receta;
- análisis detallado de los riesgos y beneficios al considerar el empleo de antidepresivos para jóvenes, así como dar información y dejar tiempo para las preguntas y respuestas del paciente, la familia y los encargados del cuidado del paciente;
- revisar la hoja de información para el paciente (*“Medication Guide”*, Guía de medicación) de la FDA.

Consulte también la explicación de “activación de antidepresivos” en la Sección C, más adelante.

B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Aunque el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) es uno de los más estudiados en psiquiatría infantil, con frecuencia es malinterpretado. Los síntomas típicos del ADHD en niños y adolescentes en edad escolar (agitación, distracción, atención deficiente) se parecen a la conducta normal de niños más jóvenes. Hay controversia con respecto al diagnóstico de ADHD y el uso de estimulantes en niños menores de cinco años. Además, se ha distribuido mucha información engañosa e imprecisa sobre el ADHD y la terapia con estimulantes, parte de ella proviene de grupos que se oponen a todos los tratamientos en psiquiatría. Sin embargo, el ADHD es una diferencia de la conducta normal. Los niños y adolescentes con ADHD están en un riesgo mayor de tener problemas académicos, sociales y legales. Un informe de consenso creado por los Institutos nacionales de salud concluyó que el ADHD es un trastorno válido que implica costos considerables para los individuos y la

sociedad. Existen tratamientos efectivos para el ADHD, siendo los estimulantes más efectivos que el tratamiento psicosocial. No se conoce ningún método de prevención del ADHD.

Los medicamentos estimulantes ayudan a los niños y adolescentes con ADHD a concentrarse mejor. El tratamiento con medicamentos estimulantes es tan bueno o mejor que el tratamiento conductual solo. Las opciones de tratamiento para el ADHD han aumentado con la demostración de que clonidina (Catapres) y guanfacina (Tenex), agonistas alfa adrenérgicos además de los estimulantes, pueden ser eficaces especialmente para la hiperactividad; y con la introducción de atomoxetina (Strattera), un medicamento no estimulante.

A pesar de esta evidencia, muchos niños y adolescentes que padecen ADHD no reciben tratamiento. El Cirujano General (1999) informa que del 3 al 5 por ciento de niños en edad escolar padecen ADHD, pero sólo un 2 al 3 por ciento de ellos están bajo tratamiento.

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (ADHD)

ESTIMULANTES

Acción rápida:

Methylphenidate (Ritalin)
Desxymethylphenidate (Focalin)
Dextroamphetamine (Dexedrine)
Pemoline (Cylert)

Acción intermedia:

Methylphenidate de liberación prolongada (Metadate ER)
Methylin ER
Ritalin SR
FocalinXR
Parche Daytrana

Acción prolongada:

Concerta
Methylphenidate de liberación prolongada (Metadate CD)
Dexedrine Spansules (cápsulas de liberación gradual)
Mezcla de anfetaminas (Adderall XR)

MEDICAMENTOS ALFA ADRENÉRGICOS

Clonidina (Catapres)
Guanfacina (Tenex)

ANTIDEPRESIVOS

SSRI, TCA, Bupropion (Wellbutrin)

OTROS

Atomoxetina (Strattera)

Algunos puntos son muy importantes. Primero, los niños y adolescentes con ADHD tienden a tener también otros problemas. Por consiguiente, es posible que quienes traten niños y adolescentes con ADHD hagan varios diagnósticos y recomienden más de un medicamento. Segundo, algunos factores –además del ADHD– pueden dificultar la concentración. El niño o adolescente que tiene hambre, o que está preocupado por su seguridad, o que tiene reviviscencias o desorganización mental, o cuyo programa escolar no está de acuerdo con sus necesidades, tendrá dificultades para ponerle atención a los trabajos escolares. Entre todas esas posibilidades, el diagnóstico de ADHD debe ser considerado dentro del contexto de una evaluación completa del niño y del medioambiente en que vive. Tercero, es posible que los beneficios de los medicamentos estimulantes sean visibles solamente cuando la confusión externa e interna hayan cedido. Es decir, los estimulantes pueden beneficiar a un niño o adolescente, pero no mientras sufran de maltratos o negligencia; o mientras estén intentando aprender cuando nadie sabe que tienen una discapacidad de aprendizaje; ni mientras estén en un estado psicótico grave. El niño o adolescente que no parece beneficiarse de los estimulantes mientras atraviesa por una etapa semejante podría beneficiarse cuando los otros problemas empiecen a resolverse. El tratamiento con medicamentos para ADHD no debe emprenderse como si los otros problemas no existieran. Cuarto, si el tratamiento del niño o adolescente incluye varios medicamentos, la interacción entre ellos debe recibir un detallado seguimiento.

Con relación al tratamiento para el ADHD, al igual que para otros trastornos, diferentes profesionales clínicos pueden hacer recomendaciones diferentes de tratamiento, aun con los mismos datos.

C. Trastorno bipolar

Investigaciones clínicas recientes indican que el trastorno bipolar ocurre en niños y adolescentes. Algunos de sus rasgos son la inestabilidad emocional, especialmente las pataletas, así como la hipersexualidad y el comportamiento suicida. El tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo puede ser útil.

Los profesionales clínicos no están de acuerdo en los criterios para este diagnóstico en niños y adolescentes ni en si se debe recomendar el tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo. Los antecedentes familiares de trastorno bipolar en un niño o adolescente que presente problemas graves de control del ánimo, o del carácter exigen un seguimiento más estrecho en el uso de cualquier antidepresivo y que se considere la posibilidad de probar con un estabilizador del estado de ánimo. Por otro lado, el diagnóstico inadecuado de trastorno bipolar podría exponer al niño o adolescente a medicamentos injustificados y debilitar las tentativas del niño o adolescente por entenderse y controlarse. Cuando un niño o adolescente, o la familia, dicen: "Soy (es) bipolar..." quizá dejen de pensar en la evolución, el significado y el manejo de los cambios en el estado de ánimo o desfase emocional.

La llamada "activación del antidepresivo" se relaciona con síntomas bipolares. Este término se emplea cuando el niño o adolescente que está tomando un antidepresivo se muestra más activo y presenta irritabilidad, insomnio, hipersexualidad, grandiosidad, alucinaciones o habla rápidamente. Esa activación no hace el diagnóstico de trastorno bipolar, ni es indicio de que éste vaya a presentarse más tarde, es posible que se trate solamente de un efecto secundario del medicamento y que no tenga relación con el trastorno bipolar. Algunos niños y adolescentes se pueden beneficiar de los medicamentos antidepresivos, pero sólo si toman también un estabilizador del estado de ánimo. Es posible que para esos niños y adolescentes se recete un estabilizador del estado de ánimo junto con un antidepresivo.

D. Empleo de antipsicóticos (también llamados neurolépticos)

Algunos profesionales clínicos recetan antipsicóticos sólo en trastornos psicóticos obvios. Otros están a favor de un empleo más amplio en niños y adolescentes, para ayudar a los niños y adolescentes que padezcan de confusión severa o emociones desbordadas sin control. Ambos medicamentos antipsicóticos de primera y segunda generación tienen efectos serios. No se deben recetar a la ligera.

Los medicamentos antipsicóticos no se deben recetar para niños y adolescentes como sustitutos para reconocer y tratar sus otros problemas. Muchos problemas como el maltrato o el abuso sexual no reconocido, estados postraumáticos, deficiencias severas en el cuidado, problemas no reconocidos de la vista o del oído, o cualquier otro problema de aprendizaje, o un conflicto familiar no reconocido pueden hacer que los niños y adolescentes se sientan abrumados y desorganizados. Una evaluación demasiado apresurada de esos niños y adolescentes puede tener como consecuencia la prescripción imprudente de medicamentos injustificados, y un retraso en el reconocimiento y confrontación de las demás adversidades en la vida del niño o adolescente.

Por otro lado, cuando los esfuerzos del niño o adolescente para sobrellevar la adversidad están compuestos por desorganización interna, las intervenciones ambientales podrían dejarlos todavía muy desorganizados para aprovechar las oportunidades que hay. Es posible que una prueba con un medicamento antipsicótico mejore radicalmente la habilidad del individuo para enfrentar sus problemas.

Un plan integral debe determinar que el medicamento antipsicótico, si se ofrece, en verdad ha provocado un gran cambio en la capacidad del niño o adolescente de enfrentar sus problemas y que su empleo no debe continuar más allá de lo necesario.

E. Estados postraumáticos (PTSD, por sus siglas en inglés)

Aunque se sabe mucho sobre los síntomas postraumáticos en niños y adolescentes, los investigadores todavía están evaluando los mejores tratamientos para niños y adolescentes traumatizados. Es importante diferenciar entre los "PTSD simples" que suceden después de un evento traumático discreto, y los "PTSD complejos" que suceden después de traumas múltiples, a medida que pasa el tiempo, a menudo sin reconocimiento, y que se asocian con una gran variedad de síntomas. Entre las opciones de tratamiento se encuentra la psicoterapia, especialmente las terapias cognitivo-conductuales (CBT, por sus siglas en inglés); la farmacoterapia y las terapias somáticas más recientes, como la desensibilización y el reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés). Los medicamentos como clonidina y los SSRI, como fluoxetina y otros, ayudan a los niños y adolescentes a sobrellevar los síntomas que vienen de un trauma. El empleo de medicamentos de ese tipo en niños y adolescentes se basa en la experiencia clínica, no en estudios clínicos comparativos.

Los niños y adolescentes que han sido víctimas del maltrato y del negligencia con frecuencia son extremadamente frágiles, introvertidos, agresivos y de temperamento inestable. Estos rasgos no corresponden completamente a los criterios de trastornos postraumáticos (siglas en inglés: PTSD), pero requieren intervención. El tratamiento para esos niños y adolescentes debe incluir la intervención protectora, el reconocimiento protector, y el apoyo psicológico por parte de terapeutas experimentados. Las intervenciones terapéuticas no se deben limitar al empleo de medicamentos, ni tampoco se deberán de establecer diagnósticos de larga duración mientras que el niño que ha sobrevivido el trauma está recién saliéndose de un ambiente traumático sin protección.

Con frecuencia se presentan síntomas como "oír voces" en niños y adolescentes traumatizados. Esa alucinosis por sí sola no es un indicador de enfermedad psicótica y quizá no requiera de medicamentos antipsicóticos, con los riesgos asociados. Es posible que los niños y adolescentes con antecedentes traumáticos

respondan a recordatorios sutiles del trauma con arrebatos de la conducta e inestabilidad emocional parecidos a los que se ven en trastornos afectivos. Los estabilizadores del estado de ánimo, cuyo empleo es menos riesgoso que el de los antipsicóticos, pueden ser útiles en el tratamiento de esos niños y adolescentes.

La evaluación completa del niño o adolescente, que tome en cuenta los traumas pasados y actuales, es necesaria para identificar los factores que podrían responder a los medicamentos, así como los que requieren de psicoterapia e intervenciones ambientales.

F. Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo

Los síntomas psiquiátricos de niños y adolescentes con trastornos del desarrollo presentan muchas dificultades clínicas, como el uso o no de medicamentos². Los criterios de diagnóstico que se deben usar en esta población no están claros, especialmente en niños y adolescentes cuyo coeficiente intelectual (IQ, por sus siglas en inglés) es inferior a 50. No obstante la incertidumbre en el diagnóstico, los niños y adolescentes con trastornos del desarrollo tienen mayores probabilidades de padecer múltiples trastornos.

Los niños y adolescentes con retraso madurativo que presentan síntomas psiquiátricos deben ser sometidos a una evaluación a fondo en un ambiente multidisciplinario, y se les debe ofrecer terapia integral con énfasis en intervenciones conductuales especializadas.

No sabemos lo suficiente sobre la seguridad y la eficacia de los psicofármacos en niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, sólo existe un número reducido de estudios formales. Se han recomendado muchos medicamentos, unos cuantos han demostrado su efectividad en estudios comparativos. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias de un niño o adolescente en particular y de la morbilidad psiquiátrica asociada, es posible que se recomienden antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo. Un estudio reciente bien diseñado demostró que niños con trastornos del desarrollo respondían positivamente a la risperidona (Risperdal).

² La identificación de fuentes de ayuda para niños con trastornos de desarrollo, incluyendo el autismo y el síndrome de Asperger puede ser confuso. Las leyes federales colocan la responsabilidad para dichos niños, incluyendo sus problemas de salud mental, en las escuelas públicas (la llamada Educación local). En Massachussets, los individuos con discapacidades de desarrollo mayores de 22 años de edad reciben los servicios del Departamento de retraso mental. En este folleto, nos dirigimos a los principios que guían el tratamiento médico de dichos trastornos, y no a dónde se pueden conseguir servicios.

A menudo se recomienda la intervención farmacológica cuando la conducta agresiva y autodestructiva es tan intensa, frecuente o persistente que amenaza al niño o adolescente, o a quienes estén cerca. También puede recomendarse cuando la conducta es tan perturbadora que el niño o adolescente no puede usar terapia escolar, ocupacional, física, interactiva, o terapia del habla/lenguaje. Excepto en las emergencias (consulte la Sección G a continuación), los profesionales clínicos no deben recetar nada inmediatamente “para calmar” las conductas problemáticas, en vez de hacer una evaluación diagnóstica que completará el perfil clínico general del niño o adolescente, como la delineación de los factores que contribuyen a la conducta. Los padres, maestros y otros cuidadores podrían necesitar apoyo considerable en esta fase para asegurar su cooperación con el plan de tratamiento recomendado.

Es recomendable tratar cada caso individualmente, “como un estudio de caso aislado, empezando con los medicamentos más seguros y más usados en dosis bajas, y aumentando la dosis gradualmente” (Santosh & Baird, 1999). Al decidir continuar el tratamiento o revisar el plan, los adultos deben usar informes de cambios conductuales, incluyendo la evaluación del propio niño, la tolerancia del niño a los efectos secundarios, y cualquier reacción idiosincrásica al medicamento.

G. Descontrol grave del comportamiento (agresividad y autodestrucción)

Como ya se dijo antes, el tratamiento con medicamentos en niños y adolescentes se basa más en la experiencia clínica que en estudios clínicos comparativos, especialmente en lo que concierne a niños y adolescentes que exhiben comportamiento agresivo o autodestructivo. Para muchos de estos niños y adolescentes, la necesidad de una intervención urgente a menudo es más clara que el diagnóstico. Con o sin un diagnóstico claro, los medicamentos con frecuencia son una parte importante del tratamiento. Ese tratamiento, como cualquier otro, debe ser parte de un plan cuidadosamente diseñado que esté basado en una evaluación exhaustiva. Cuando el diagnóstico es incierto, especificar los factores que contribuyen al problema puede contribuir a resumir una formulación y a guiar el tratamiento. Se deben identificar los síntomas que se tratarán y, como en cualquier otro tratamiento, se deben introducir los medicamentos con buen criterio haciendo un seguimiento de los resultados según el plan acordado.

Es esencial examinar el contexto en el que se presenta el comportamiento agresivo o autodestructivo. Nunca se deben recetar medicamentos a un niño o adolescente que exhiba un descontrol grave del comportamiento sin investigar el contexto y las interacciones. Además, la evaluación debe alertar a la posibilidad de un trastorno clínico no diagnosticado (endocrino-metabólico o tóxico); de consumo de sustancias, como la cafeína o la supresión de la nicotina; y de

trastornos psiquiátricos no reconocidos, como trastorno postraumático u otro trastorno de ansiedad, depresión o trastorno bipolar, o psicosis no reconocida.

Al recetar cualquier medicamento para el descontrol grave del comportamiento, el profesional clínico debe mantener un equilibrio entre la urgencia de la situación y la conveniencia de saber más del caso antes de tomar cualquier medida. El profesional clínico también debe considerar si el tratamiento será una emergencia y, en caso de que así fuera, si el tratamiento será voluntario y autorizado o sin autorización (consulte la Sección H más abajo).

En general, el tratamiento farmacológico del descontrol grave del comportamiento se inicia con medicamentos menos tóxicos, de acción más rápida: sedantes [como diphenhydramina (Benadryl y otros)], los alfa agonistas y los beta bloqueadores. Los medicamentos de acción más prolongada y los que producen más efectos secundarios [estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos, naltrexona (Revia), antipsicóticos] se recomiendan cuando se diagnostica un trastorno específico, como depresión, trastorno bipolar, o psicosis; o como un ensayo empírico cuando fallan los medicamentos de acción más rápida o los menos tóxicos, o se considera que tienen pocas probabilidades de ser efectivos.

H. Tratamiento psiquiátrico involuntario

Esta guía puede dar la impresión de que el tratamiento con medicamentos siempre es voluntario. Sin embargo, el tratamiento *involuntario*, es decir, sin consentimiento también se da.

Un niño o adolescente competente, o un padre o tutor tienen el derecho de rechazar el tratamiento. Por lo tanto, el tratamiento involuntario sólo se puede dar cuando el tribunal descubre que el padre o tutor es incompetente para dar su consentimiento con conocimiento de causa; o si los tribunales descubren que el padre o tutor pone en peligro al menor, como en una situación que amenace su vida.

Cuando el padre o tutor da su consentimiento con conocimiento de causa para que el menor reciba tratamiento y éste rechaza el tratamiento, el profesional clínico debe tratar de obtener el consentimiento del menor, aunque no tiene la obligación jurídica de hacerlo. Si un padre o tutor no autoriza el tratamiento y si el profesional clínico considera que esa negativa pone en riesgo el bienestar del niño o adolescente, el profesional clínico debe pensar en buscar la ayuda del DSS, o solicitar a los tribunales que designen a un nuevo tutor.

El tratamiento involuntario *de emergencia* con medicamentos se puede dar en dos contextos. En uno de ellos, la *contención química*, se dan medicamentos involuntariamente para ayudar a contener al menor cuyo comportamiento constituye una amenaza inmediata. En otras ocasiones, se pueden *dar*

medicamentos de emergencia involuntariamente para prevenir el deterioro inmediato, sustancial e irreversible de una enfermedad mental grave.

La contención química, como todas las formas de contención, sólo puede emplearse en emergencias, cuando haya ocurrido violencia extrema, lesiones personales o intentos de suicidio, o exista la amenaza de que tales cosas podrían ocurrir. Esas medidas sólo se pueden usar en caso de riesgo importante de comportamiento autodestructivo o de agresión física grave, o cuando ya ha ocurrido una agresión física grave. Sólo un médico autorizado puede ordenar que se le dé contención química a un niño o adolescente. El médico debe haber determinado que esa contención química es la menos restrictiva y la mejor alternativa posible. El médico puede tomar esta determinación estando presente o por vía telefónica en consulta con el médico, el enfermero o enfermera registrado(a), o el auxiliar médico certificado que haya estado presente durante la emergencia y que haya examinado personalmente al niño o adolescente (consulte la Norma 104 CMR 27.12 del DMH). (En las escuelas, el Departamento de Educación regula el empleo de contención. Ese Departamento exige la autorización del médico y del padre de familia.)

Además de las situaciones que requieren del uso de contención, el tratamiento de emergencia ocurre rara vez. Es posible que pase sólo cuando el médico crea que retrasar el tratamiento a fin de conseguir una orden de los tribunales para otorgar tratamiento supone el riesgo de deterioro grave e irreversible de la enfermedad mental severa del niño o adolescente. En muy pocas ocasiones se encuentra este umbral.

I. Efectos adversos

A todos los psiquiatras infantiles que recetan medicamentos y a otros profesionales clínicos les preocupan los posibles efectos adversos de los medicamentos. Hay varias opiniones en cuanto a cómo balancear las ventajas y las desventajas de la evolución del tratamiento en un niño o adolescente determinado. La decisión final, por supuesto, le corresponde al padre o tutor con la asesoría de los profesionales clínicos. Una vez que se haya empezado el tratamiento, se indica una vigilancia de efectos adversos emergentes, incluyendo reacciones fuera de lo usual o idiosincrásicas. Por ejemplo, los estabilizadores de ánimo/anticonvulsivos como valproate (Depakote y demás), que les ayudan a la mayoría de los niños a controlar sus fluctuaciones emocionales, en algunos pueden causar un incremento en la irritabilidad y rabietas en algunos.

Los efectos adversos de los antipsicóticos de segunda generación (véase II.D anteriormente) son particularmente preocupantes. La Asociación americana de psiquiatría y la Asociación americana de la diabetes (2004) han brindado recomendaciones para el uso y el seguimiento de estos medicamentos.

VI. EDUCACIÓN DEL CLIENTE Y DEL PADRE

A medida que los padres, que tienen tantas preguntas mientras buscan la mejor atención posible para sus hijos, se enfrentan a una cantidad de información cada vez mayor y de calidad diversa, incluyendo lo que se publica en el Internet. No se puede reemplazar, dentro de este diluvio de información, la relación personal con los proveedores médicos fiables (médicos de cuidado primario, trabajadores sociales, o psiquiatras de niños). Además de estas fuentes personales los siguientes libros, artículos y sitios web han sido identificados como recursos particularmente útiles:

Connor DF, Meltzer BM. *Pediatric Psychopharmacology; Fast Facts*. New York: WW Norton, 2006.

Dulcan MK ed. *Helping Parents, Youth, and Teachers Understand Medications for Behavioral and Emotional Problems. A Resource Book of Medication Information Handouts*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999.

Findling RL, Steiner H, Weller EB. Use of antipsychotics in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 Suppl 7:29-40. Review.

Greene RW. *The Explosive Child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, "chronically inflexible" children*. New York: HarperCollins, 1998

McLellan J, Kowatch R, Findling RL; ACPA Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:107-125.

National Institute of Mental Health – Health Information
<http://www.nimh.nih.gov/>

US Public Health Service. *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Washington DC: Department of Health and Human Services, 2000. También se puede encontrar en <http://surgeongeneral.gov/cmh/childreport.htm>

Vitiello B, Rhode P, Silva S, Wells K, Casat C, Waslick B, Simons A, Reinecke M, Weller E, Kratochvil C, Walkup J, Pathak S, Robins M, March J; TADS Team. Functioning and quality of life in the treatment for adolescents with depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:1419-26.

Wilens TE. Straight Talk about Psychiatric Medications for Kids. New York: Guilford Press, 1999.

www.aacap.org – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Academia americana de psiquiatría de niños y adolescentes) – Información para las familias.

Otros materiales de referencia de interés

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, et al. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. Diabetes Care 2004; 27:596-601.

Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. Developmental-Behavioral Pediatrics. Philadelphia: Saunders, 1999.

Martin A, Scahill L. (eds.) Psychopharmacology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2000. Vol 9, No.1.

NIH Consensus Statement, Vol 16, No. 2, Nov 16-18, 1998. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998.

Pappadopulos EA, Tate Guelzow B, Wong C, Ortega M, Jensen PS. A review of the growing evidence base for pediatric psychopharmacology. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2004;13:817-55, vi.

Riddle MA, Kastelic EA, Frosch E. Pediatric psychopharmacology. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:73-90.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of Psychiatry 1998; 155:715-725.

Santosh PJ, Baird G. Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. The Lancet 1999; 354:233-42.

US Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.

Vitiello B, Bhatara VS, Jensen, PS, eds. Current Knowledge and Unmet Needs in Pediatric Psychopharmacology. Special Section. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 38. 501-565.

Zarin D, Suarez AP, Pincus HA, Kupersamin A, Zito JM. Clinical and treatment characteristics of children with attention deficit/hyperactivity disorder in psychiatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1262-70.

Zito JM, Safer DJ, dos Reis S, Gardner JF, Boles M, Lunch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, 2000; 283:1025-1030.

VII. MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO (información actualizada hasta el 2001)

John Backman, MD
Psiquiatra de niños y adolescentes
Central Area Office
Massachusetts Department of Mental Health

Donald Condie, MD
Child and Adolescent Services
Massachusetts General Hospital

Mary Ellen Foti, MD
Department of Mental Health Deputy Commissioner of Medical Services

Steven Feldman, MD
Massachusetts Behavioral Health Partnership

Gordon Harper, MD (Chairman)
Child and Adolescent Services
Massachusetts Department of Mental Health

Lisa Lambert
Parent Professional Advocacy League

Isa Woldegiorguis
Massachusetts Department of Social Services

Bruce Meltzer, MD
UMMC Continuing Care Inpatient Unit
Westborough State Hospital

Resa Brandfonbrener (staff)
Child and Adolescent Services
Massachusetts Department of Mental Health

Miembros Anteriores (afiliaciones actualizadas hasta el 2001)

Richard Barnum, MD
Boston Juvenile Court Clinic

Shay Beauregard, RN
Health and Education Services

Paul Dagaincourt, MD
Westwood Lodge Hospital

Ken Dawson, MD
Harvard Community Health Plan

Cindy Nichols
Parent Professional Advocacy League

Susan Pederzoli
Massachusetts DSS

Tina Render, MD
UMMC Continuing Care Unit

Glenn Saxe, MD
Boston Medical Center

Yvette Yatchmink, MD, PhD
Massachusetts Division of Medical Assistance