

La psicofarmacología: ¿etología o alquimia?

ÚLTIMA PARTE

Texto y fotos: ORIOL RIBAS, biólogo y etólogo canino.
Miembro de la Sociedad Europea Veterinaria de Etología Clínica

El siguiente texto sobre las limitaciones y contradicciones del uso de psicofármacos en el tratamiento de los problemas de comportamiento canino es la continuación del artículo publicado en el número anterior de esta revista.

LA RESPUESTA DEL DR. JOËL DEHASSE (continuación)

Para desarrollar mi desacuerdo con la segunda parte de la respuesta, me basaré en cinco libros, algunos de ellos escritos por auténticas eminencias en este campo (ver **cuadro número 1**). Me centraré en los psicofármacos utilizados actualmente para tratar los casos de agresión en el perro, el problema de comportamiento que representa el 60% de las consultas y, en cuanto a su peligrosidad, también tendré en cuenta la salud del perro.

La segunda y última parte de la respuesta de Dehasse consiste en: “Aconsejo la utilización de medicamentos para facilitar los tratamientos, **reducir la peligrosidad (garantizar mejor la seguridad al público)** aumentar las capacidades de aprendizaje, **reducir el tiempo de terapia**, etc... **Desaconsejo las medicaciones sedativas** que impiden el aprendizaje. En clínica, se ha demostrado que se curan con éxito un gran número de perros con medicamentos que sin ellos” (la negrita es mía).

LA MAYORÍA DE ESPECIALISTAS ENFATIZAN LA IMPORTANCIA DE ADJUNTAR TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO CUANDO SE ADMINISTRA MEDICACIÓN PSICOTRÓPICA

En su libro, Dehasse comenta: “Aunque existen decenas de psicotropos disponibles, con una acción directa o indirecta sobre los comportamientos agresivos, el número de los que realmente prescriben los especialistas es bastante limitado. Por lo tanto, las claves de la prescripción se ven facilitadas.” A continuación, cita los doce fármacos más usados por la escuela francesa que aparecen en el **cuadro número 2**. Los cinco prime-

ros (más la ciproterona) representan el 80% de las prescripciones. Por motivos de espacio, en el **cuadro número 3** se describen solamente algunos de los posibles efectos colaterales que pueden causar (algunos pueden haberse constatado sólo en humanos). ¡Recuerden que Dehasse desaconseja los fármacos sedantes ya que reducen la capacidad de aprendizaje!

En cuanto a la amitriptilina (sedativo e inhibidor no selectivo de la recaptación de noradrenalina), la Dra. Overall, de la escuela anglosajona, en su libro la recomienda como opción para tratar cualquier tipo de agresión medicable. El Dr. Pageat sostiene: “Toda ambigüedad en cuanto a la posición jerárquica del perro puede llevar, después de la administración de ciertos antidepresivos, a agresiones a veces violentas. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la noradrenalina (mianserina) o de la dopamina (amineptina) deben evitarse en estos casos.” (Landsberg sostiene una idea similar). En *El perro agresivo* consta que conviene evitarla porque puede aumentar la agresividad ya



que aumenta la vigilancia, la sensibilidad, la reactividad y la actividad. Además, puede causar: ansiedad, boca seca, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia y arritmia.

Acerca de los neurolépticos, Pageat manifiesta: “...los neurolépticos son, sin ninguna duda, los medicamentos que gozan de la peor imagen, tanto a nivel del público como a nivel de los veterinarios. Son considerados como peligrosos, difícilmente manipulables, imprevisibles.” Y sobre las benzodiazepinas: “La función desinhibitoria de las benzodiazepinas en el perro es evidente si consideramos el aumento de la frecuencia de la acción de morder en situaciones de confrontación jerárquica clásicas. Esto debe recordarse para evitar los accidentes de desinhibición que acompañan a la prescripción de benzodiazepinas en los pacientes cuya posición jerárquica es inestable. Debemos desconfiar del efecto de las benzodiazepinas sobre la disminución de la agresividad, tal y como se describe en farmacología.” Y Overall, en la misma línea, expone que, en el pasado, los antiguos fárma-

Cuadro 1

AUTOR	MÉRITOS	LIBRO
Dr. Joël Dehasse	Expresidente de la Sociedad Veterinaria de Etología Clínica (98-02). Profesor, conferenciante y consultor mundial. Autor de once libros, ocho de los cuales sobre comportamiento canino. Ponente del Congreso ESVCE Granada 2002	<i>El perro agresivo.</i> 2002
Dr. Patrick Pageat	Considerado el padre de la etología francesa. Para la realización de la primera edición del libro necesitó nueve años de trabajo. Ponente del Congreso ESVCE Granada 2002	<i>Patología del comportamiento del perro.</i> 1998
Dra. Karen Overall	Diplomada del American College of Veterinary Behavior (citado por Biosca). Certificada por la American Behavior Society como Applied Animal Behaviorist. Columnista de las revistas: <i>Canine Practice</i> , <i>Feline Practice</i> y <i>DVM Magazine</i> . Trabaja en la Universidad de Pennsylvania School of Veterinary Medicine. Premiada con el Randy Award (93) por su excelencia y creatividad en la investigación. Colabora internacionalmente Ponente del Congreso ESVCE Granada 2002.	<i>Clinical behavioral medicine for small animals.</i> 1997
Dr. Nicholas Dodman	Profesor y director de la sección de comportamiento animal. Escuela de la Universidad de Tufts.	<i>Psicofarmacología de los trastornos del comportamiento animal.</i> 1999 (coautor)
Dr. Gary Landsberg	Diplomado del American College of Veterinary Behavior (citado por Biosca)	<i>Manual de problemas de conducta del perro y gato.</i> 1997 (coautor)

Cuadro 2. Los doce fármacos más usados por la escuela francesa para tratar los problemas de agresión. Las tres filas indican la frecuencia de prescripción (de más a menos).

Psicofármacos	Clase
Fluoxetina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
Fluvoxamina	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
Carbamazepina (+ciproterona)	Anticonvulsivante (+hormona)
Selegilina	IMAO-b
Clomipramina	Antidepresivo tricíclico (TCA)
Risperidona	Neuroléptico
Pipamperona (en asociación)	Neuroléptico
Alprazolam	Benzodiazepina
Amitriptilina	Antidepresivo tricíclico (TCA)
Propranolol	Betabloqueante
Clonidina	Alfa-2-agonista

cos para controlar la agresión eran, en la mayoría de casos, las benzodiacepinas y neurolépticos. Éstos han caído en desuso como primera opción, ya que adolecen de un efecto antiagresivo específico. De hecho, se subestima el hecho de que la frecuencia de agresión puede aumentar con la frecuencia del tratamiento con neurolépticos y con el incremento de las dosis de éste (Landsberg sostiene una idea similar). A pesar de todo, la escuela francesa sigue prescribiendo ambos tipos de fármacos. Desde mi punto de vista, creo que es importante tener en cuenta que todo comportamiento que se gratifica puede generalizarse, intensificarse y aumentar la frecuencia de aparición.

Pageat opina que la asociación de varios psicotropos debe ser utilizada lo menos posible. Dehasse, excepto para la pipamperona, tampoco lo recomienda y la Dra. Overall comenta: “La terapia combinada ha sido exitosa en humanos pero subexplorada en medicina comportamental veterinaria.”... “A causa de las posibles interacciones, es preferible retirar una clase de droga antes de empezar con otra.”

A pesar de la existencia de graves efectos colaterales conocidos, pueden existir otros muchos no conocidos ya que, entre otros déficits sobre el tratamiento con psicofármacos, carecemos de estudios a largo plazo (Lamb 2002). Tampoco se han realizado suficientes estudios para evaluar los efectos en caso de interrupción brusca de la medicación (Casey 2002). ¿Qué podría ocurrir si un dueño de perro se olvidara de medicarlo? Dehasse comenta: “En caso de interrupción sin reducción progresiva, existe el riesgo de un efecto rebote, es decir, un aumento espectacular de la agresión” (Dehasse 2002).

LOS PSICOFÁRMACOS JAMÁS PUEDEN SUSTITUIR LA INTERVENCIÓN COMPORTAMENTAL

Tampoco existe consenso en cuanto a las dosis adecuadas, ya que Dodman afirma que una regla clínica típica consiste en administrar la dosis más alta que el animal pueda tolerar y, por el contrario, Dehasse recomienda que, como regla, se comience por la dosis mínima eficaz. Dehasse comenta que “es conveniente individualizar las dosis, ya que cada perro puede reaccionar de forma muy diferente e individual”. “Cada veterinario tiene sus hábitos de prescripción, dependiendo de aquello que le haya dado resultado. Esta costumbre está ligada a la infralógica individual.” Muy propio de un alquimista..., y sigue: “Hay pocos estudios científicos sobre el tema.” Sobre la carbazepina, Dehasse nos informa que, al administrarla en sobredosis, puede producir efectos de sedación, confusión y ataxia. Como Dehasse desaconseja los fármacos con efectos sedantes y no existe acuerdo sobre las dosis, ¿cómo se reduce la peligrosidad y cómo aumenta la eficacia? La prescripción de pipamperona (neuroléptico) es todavía más delicada. A dosis bajas, puede ocasionar desinhibición y facilitación de conductas agresivas e hiperagresivas; a dosis altas, confusión y agresión de defensa. Además, puede causar temblores musculares e incoordinación (síntomas extrapiramidales). La sensibilidad a este fármaco es individual. (Dehasse 2002).

Aunque el Dr. Dehasse está de acuerdo en que la medicación reduce el tiempo de terapia, él mismo en su libro afirma: “Si los propietarios no realizan una terapia comportamental, el tratamiento medicamentoso será prolongado.” Por otro lado, Overall sostiene que los clientes deberían ser advertidos de que, en la mayoría de psicofármacos, no se aprecian cambios de comportamiento hasta las seis o ocho semanas y que, en los casos en que el fármaco es eficaz, la terapia puede durar toda la vida del paciente.

Steven Lindsay, el autor, según el libro del Dr. Manteca y mi opinión, de la obra más completa sobre comportamiento canino, comenta que la mayoría de especialistas enfatizan la importancia de adjuntar técnicas de modificación del comportamiento cuando se administra medicación psicotrópica. Los circuitos subcorticales que facilitan la expresión de la agresión afectiva (no depredadora) pueden ser modulados por estas drogas, pero el tratamiento solamente será finalmente eficaz si el control regulador cortical es incrementado mediante el aprendizaje. Los psicofármacos jamás pueden sustituir la intervención comportamental.

En la Conferencia Internacional sobre la Protección Legal de los Animales en España (CIPLAE), que, como ya comenté en el número anterior, tuvo lugar en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona, a la cual estuve invitado y participé como ponente, Ken Sewell expuso que la ineficacia y peligros de la psicofarmacología muchas veces quedan disfrazados por el inicio simultáneo de terapias comportamentales. Según él, esta práctica es

Cuadro 3. Algunos de los efectos colaterales de los cinco fármacos más usados por la escuela francesa (representan el 80% de las prescripciones) para tratar los problemas de agresión.

	Dr. Dehasse 2002	Dr. Pageat 1998	Dr. Overall 1997	Dr. Dodman 1999	Dr. Landsberg 1997
FLUOXETINA	Conviene evitar porque puede aumentar la agresividad, ya que reduce la inhibiciones sociales y los autocontroles	Sedación	Su uso no es garantía de eficacia. Diarrea, vómitos, letargia, desmayos, convulsiones, inapetencia...	Sedación leve. Apetito reducido, somnolencia	En humanos, ligeramente sedante
FLUVOXAMINA	Sedación	No hallada ninguna referencia	Sedación		
CARBAMACEPINA	Hepatotóxico, agranulocitosis, anemia aplásica, teratogéno, hipotiroidismo, ovarios poliquísticos Sobredosis: sedación	Hepatotóxico, estreñimientos, sequedad de las mucosas, origen de alteraciones de la conducción auriculoventricular	Profundos efectos secundarios: agranulocitosis, anemia aplásica, disminución de los índices de T3, T4 y T4 libres	Por confirmar que reduce la agresión afectiva	Ligeramente sedante
SELEGILINA	Precauciones: no tiene Efectos secundarios: raros	Puede causar crisis hipertensivas mortales. Ictericas y hepatitis graves, a veces mortales	Su uso no es garantía de eficacia. Diarrea. Junto con TCAs: confusión, delirio, coma	En humanos, la muerte al combinarla con TCA o inhibidos selectivos de la capt. de serotonina	No se ha informado de efectos adversos
CLOMIPARMINA	Conviene evitar porque puede aumentar la agresividad ya que causa confusión	Sedación. Prácticamente todos los TCAs disminuyen el umbral epileptogénico	Incremento de la frecuencia cardíaca, letargia, desmayos, vómitos, diarrea... Sedación	Sedación. No demostrado que disminuya la agresión afectiva	Muy sedante en humanos

totalmente desaconsejable, porque no hay manera de diferenciar los efectos del fármaco y los de la terapia de conducta. Una vez más, resulta paradójico que Dehasse, en la misma línea, afirme: “El ideal científico consiste en poder controlar exactamente el efecto de las prescripciones de medicamentos y terapias. Por lo tanto, sería preferible prescribir terapia y medicamento de forma separada, para poder evaluar una y otro.”

Otro problema añadido es la dificultad para extrapolar en perros los resultados de la eficacia de los psicofármacos usados para tratar a los humanos. Por ejemplo, la mianserina (antidepresivo) es considerada como sedante en el hombre, mientras que es principalmente psicotónica en el perro (Pageat).

La definición de patología o síndrome tampoco se escapa de la polémica. La escuela francesa, en relación con la anglosajona, considera como patológicos un mayor porcentaje de los problemas de conducta del perro. En este sentido, la escuela anglosajona asume que una gran parte de los problemas de conducta son, en realidad, pautas de conducta normales, que simplemente resultan molestas para los propietarios. En relación a este punto, Rachel Casey (MRCVS Universidad de Southampton) opina que los patrones de clasificación para los problemas de comportamiento son, generalmente, descriptivos. La agresión es en realidad sólo una descripción de una serie de comportamientos: a veces son realizados desde la confianza y otras desde el miedo. Por consiguiente, existe el problema de determinar el grado de miedo o confianza que se ha establecido en el comportamiento agresivo de un perro. La dificultad no es poca, ya que, en cada ocasión que el animal realiza dicho comportamiento, tienen lugar ligeros cambios en los neurocircuitos implicados del cerebro, debido a la plasticidad sináptica que tiene lugar en el proceso de aprendizaje. Según ella: “...es necesaria más investigación antes de que podamos confiadamente sugerir a los dueños de perros agresivos que se pueden administrar a éstos psicoactivos de modo segu-



ro.” (*Proceedings of the 2002 CABTSG/AWSELVA*).

Teniendo en cuenta que el Seminario de Etología Clínica AVEPA 2000/2001, en concordancia con el libro de la Dra. Overall y mi opinión, deja bien claro que: “Antes de utilizar un psicofármaco en un plan de tratamiento, el clínico debería poseer:

1. Un diagnóstico razonado, es decir, aquél que se realiza tras la diferenciación de otros procesos posibles.
2. Un conocimiento del mecanismo de acción de los psicofármacos disponibles.
3. Un claro entendimiento de los posibles efectos indeseables.
4. Un claro concepto de cómo el fármaco elegido modificará el comportamiento problemático. Este último punto es clave porque ayudará al clínico a confirmar o rechazar su diagnóstico.”

De las cuatro condiciones, sólo la primera es relativamente fácil de cumplir. A pesar de ello, en la provincia de Barcelona se cometen errores de diagnóstico. Las otras tres condiciones, tal y como se ha demostrado (*Animalia* 147), son imposibles de cumplir hoy en día. Por lo tanto, en estos aspectos, el novedoso tratamiento con psicofármacos es equiparable a la vieja alquimia. Sobre la ansiedad, el propio Dehasse afirma: “Se han desarrollado varios modelos neurofisiológicos. Estos modelos parecen demasiado simples para ser realistas y dema-

siado complejos para ser usados en clínica” (*Proceedings of the 8th ES-VCE meeting 2002*). Esta idea, según mi criterio, podría hacerse extensiva al resto de comportamientos, ya que la mayoría de ellos han sido menos estudiados o bien son más complejos.

Es por todo lo expuesto anteriormente que considero acertado sugerir que se ponga en práctica lo que desde hace años se está llevando a cabo en Estados Unidos respecto a los medicamentos sin licencia para ser usados en animales domésticos: el consentimiento de los dueños. Este consentimiento debería cumplir cuatro condiciones.

1. Hacer constar que el fármaco no tiene licencia para ser usado en animales domésticos y que éstos no han sido los sujetos sometidos a los tests de eficacia y seguridad.
2. Hacer constar que no existe garantía respecto a su eficacia.
3. Hacer constar los potenciales efectos colaterales incluyendo la necesidad de controlarlos a lo largo del tratamiento.
4. Hacer constar que la persona que firma el consentimiento lo ha leído, lo entiende y posee una copia del escrito.

La palabra *arrogancia* proviene etimológicamente del latín *arrogare*, que significa reclamarse a uno mismo. No se me ocurre una mejor definición para describir la frase final del artículo de Biosca “cada zapatero a sus zapatos”.