

El uso de medicación en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes: información para los pacientes y sus familias

Redactado por la
American Psychiatric Association (APA) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)

Con la colaboración de
una alianza nacional de padres comprometidos, fuentes de información y asociaciones profesionales

Ya sea como padre o tutor de un niño o un adolescente con depresión clínica o como un paciente, tal vez usted conozca la reciente decisión de la Administración Federal de Drogas y Alimentos _ (FDA, por su sigla en inglés) de colocar una etiqueta de advertencia o un "recuadro negro de advertencia" a todos los antidepresivos que se utilizan para tratar la depresión y otros trastornos en niños y adolescentes.

La American Psychiatric Association y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry han redactado esta Hoja Informativa para ayudar a que los pacientes y sus familias puedan tomar decisiones bien fundadas para obtener el cuidado más adecuado para niños con depresión.

La depresión es una enfermedad que puede afectar cada faceta de la vida de una persona joven y de su familia: puede perturbar las relaciones entre los miembros de la familia y los amigos, puede afectar el desempeño académico y puede causar problemas en la salud en general debido a los efectos de la depresión en los patrones de alimentación, sueño y ejercicios. Si la enfermedad no se trata o si se la trata incorrectamente, la depresión puede ser muy peligrosa debido al riesgo de suicidio relacionado con la enfermedad.

Sin embargo, cuando se la reconoce y diagnostica correctamente, puede tratarse con éxito. Se debe adaptar un programa integral de cuidado a las necesidades del niño y de su familia. El tratamiento puede incluir psicoterapia o una combinación de psicoterapia y medicación. Puede incluir tanto terapia familiar o trabajos con la escuela del niño como la interacción con el respaldo de los pares y grupos de autoayuda.

¿Qué es un recuadro negro de advertencia?

Un "recuadro negro de advertencia" es una etiqueta que se encuentra en algunas medicaciones. La FDA la utiliza para alertar a los médicos que prescriben la medicación y a los pacientes que deben tener especial cuidado con ciertos usos de la misma; por ejemplo, los pacientes con afecciones médicas particulares o pacientes de una cierta edad. La FDA ha decidido que se requiere dicha etiqueta de advertencia en todos los antidepresivos que se utilizan para tratar la depresión y otros trastornos tales como la ansiedad o los trastornos obsesivos compulsivos (TOC) en niños y adolescentes.

¿Qué provocó la advertencia de la FDA?

En el año 2004, la FDA estudió 23 ensayos clínicos donde participaron más de 4,300 pacientes niños y adolescentes que recibieron alguno de los nueve antidepresivos diferentes. **No se registraron suicidios en ninguno de estos estudios.** La mayoría de los estudios que revisó la FDA utilizaban dos mediciones para evaluar los pensamientos y comportamientos suicidas, a los que la FDA designa colectivamente como “tendencia suicida”:

- Todos han utilizado “Informes de sucesos adversos”, que son informes realizados por el investigador clínico si un paciente (o sus padres) expresa espontáneamente sus pensamientos sobre el suicidio o describe comportamientos potencialmente peligrosos. La FDA ha descubierto que aproximadamente el 4 por ciento de todos los niños o adolescentes que tomaban la medicación ha informado sobre dichos “sucesos adversos” en comparación con el 2 por ciento de aquellos que tomaban un placebo o píldora de azúcar. Uno de los problemas de utilizar este enfoque es que la mayoría de los jóvenes no habla acerca de sus pensamientos suicidas salvo cuando se les pregunta, en cuyo caso no se completa el informe.
- Una segunda medición estaba también disponible en 17 de los 23 estudios. Eran formularios estandarizados que contenían preguntas acerca de pensamientos y comportamientos suicidas y que cada niño o joven completaba en cada visita. Según la opinión de varios expertos, estas mediciones son más fidedignas que los informes de eventos. El análisis que realizó la FDA sobre la información de estos 17 estudios dio como resultado que la medicación no aumenta la tendencia suicida que existe antes del tratamiento ni induce a tener nuevas tendencias suicidas a aquellos que no habían pensado en el suicidio al comienzo del estudio. De hecho, en estas mediciones, todos los estudios combinados mostraron una leve reducción en las tendencias suicidas a lo largo del transcurso del tratamiento.

Aunque la FDA informó acerca de ambas series de conclusiones, la agencia no realizó observaciones acerca de las contradicciones que existen entre ellas.

Es importante admitir que los pensamientos suicidas son una faceta común en las enfermedades depresivas. En realidad, la investigación demuestra que más del 40 por ciento de los niños y adolescentes con depresión piensan en hacerse daño a sí mismos. Los tratamientos que aumentan la comunicación acerca de estos síntomas pueden conducir a un seguimiento más apropiado, lo que disminuye el riesgo mismo de suicidio.

¿La FDA ha prohibido que los niños y adolescentes utilicen antidepresivos?

No, la FDA no ha prohibido que los jóvenes utilicen las medicaciones. Más precisamente, la agencia le pidió a los médicos y a los padres que observen de cerca a los niños y adolescentes que toman antidepresivos para controlar si los síntomas de la depresión empeoran o si los niños y jóvenes tienen cambios de comportamiento inusuales. El “recuadro negro de advertencia” especifica que los antidepresivos están relacionados con

un mayor riesgo de pensamientos y/o comportamientos suicidas en una pequeña proporción de niños y adolescentes, especialmente durante las fases del tratamiento.

¿Pueden los antidepresivos ayudar a los niños y adolescentes que sufren de depresión?

Sí. Un gran número de pruebas de investigaciones clínicas respaldadas por empresas farmacéuticas y por el gobierno federal probaron claramente la efectividad de los medicamentos para mejorar los síntomas de la depresión. Un importante estudio reciente, financiado por el National Institute of Mental Health (NIMH), estudió la efectividad de tres enfoques diferentes para el tratamiento de adolescentes que sufren de depresión moderada a severa.

- Uno de los enfoques utilizados para el tratamiento fue el antidepresivo fluoxetina, o Prozac® aprobado por la FDA para el uso en pacientes pediátricos.
- El segundo tratamiento fue un tipo de psicoterapia llamada terapia de conducta cognoscitiva o CBT (por su sigla en inglés). El objetivo de la CBT es ayudar al paciente a reconocer y cambiar patrones de pensamientos negativos que pueden contribuir a la depresión.
- El tercer enfoque combina medicación y CBT.

Estos tratamientos activos se compararon con los resultados obtenidos de un placebo.

Al término de 12 semanas, los investigadores descubrieron que el 71 por ciento, o casi tres de cada cuatro pacientes jóvenes que recibieron el tratamiento combinado (o sea, medicación + CBT) mejoraron significativamente. De aquellos que recibieron sólo medicación, un poco más del 60 por ciento mejoró. El tratamiento combinado fue casi dos veces más efectivo para aliviar la depresión que el tratamiento con placebo o la psicoterapia por separado.

Es importante destacar que los tres tratamientos mostraron una reducción significativa en la frecuencia de pensamientos o comportamientos suicidas. Se les preguntó sistemáticamente a los participantes del estudio acerca de esos pensamientos y comportamientos. Al cabo de tres meses de tratamiento, el número de jóvenes que experimentaban tales pensamientos y comportamientos disminuyó de uno de cada tres a uno de cada diez. No se concretaron suicidios entre los adolescentes que formaron parte del estudio.

Una lección clave de esta investigación es que la medicación puede ser un tratamiento importante y valioso para la depresión en niños y adolescentes, pero que los tratamientos combinados, adaptados a las necesidades de los pacientes, pueden ser incluso mejores. Un tratamiento óptimo, con frecuencia, incluirá psicoterapia individual, tanto para mejorar la efectividad de la medicación como para ayudar a reducir el riesgo de pensamientos o comportamientos suicidas.

Los antidepresivos, ¿aumentan el riesgo de suicidio?

No existen pruebas de que los antidepresivos aumenten el riesgo de suicidio. Sin embargo, existen muchas pruebas de que la *depresión* aumenta significativamente el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. No todos los niños suicidas tienen depresión y muy raramente un niño depresivo muere como consecuencia del suicidio. Sin embargo, los niños con un trastorno en su estado de ánimo como la depresión son cinco veces más propensos a tratar de suicidarse que los niños que no están afectados por tales enfermedades.

Esta pregunta destaca el importante punto antes mencionado: la FDA dio a conocer un aumento en los informes espontáneos sobre pensamientos y/o comportamientos suicidas entre los niños que están medicados, pero no existen pruebas de que estos pensamientos o comportamientos suicidas lleven a un aumento en el riesgo de suicidio.

Además, la investigación demuestra que el *tratamiento* de la depresión, incluyendo el tratamiento con antidepresivos, está asociado a una total *disminución* en el riesgo de suicidios. La información recabada por los Centers for Disease Prevention and Control (CDC) demuestra que entre 1992 y 2001 la tasa de suicidio entre los jóvenes estadounidenses de entre 10 y 19 años disminuyó en más del 25 por ciento. Es importante notar que el mismo período de diez años estuvo marcado por un aumento significativo en la prescripción de antidepresivos para jóvenes. La importante disminución en las tasas de suicidio juveniles está correlacionada con el aumento en las tasas de prescripción, a los jóvenes de este grupo etario, de una categoría particular de antidepresivos llamada inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, o ISRS.

¿Qué otros factores, además de la depresión, aumentan el riesgo de suicidio?

Las investigaciones identificaron factores de riesgo para el suicidio además de la depresión. Un factor de riesgo muy importante es un intento previo de suicidio. Un niño que ha intentado suicidarse una vez es mucho más propenso a volver a intentarlo que un niño que nunca ha realizado dicho intento. Otros factores de riesgo incluyen la presencia de trastornos mentales graves además de la depresión, por ejemplo, trastornos de la alimentación, psicosis o abuso de sustancias adictivas. Eventos en la vida de un niño, tales como la pérdida o separación de un padre o, durante la adolescencia, el fin de una relación amorosa, abuso físico o sexual o aislamiento social pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente si tales eventos llevan a la depresión a un niño vulnerable.

Los pensamientos y comportamientos suicidas son comunes entre los jóvenes, especialmente durante los turbulentos años de la adolescencia. Los CDC informan que prácticamente uno de cada seis adolescentes piensa en suicidarse cada año. Afortunadamente, muy pocos de estos jóvenes mueren como resultado del suicidio.

Cada suicidio es una tragedia. Dado que la tendencia suicida es un síntoma clave de depresión, un tratamiento óptimo para niños y adolescentes que sufren de depresión debe incluir un cuidadoso seguimiento de los pensamientos y comportamientos suicidas. Es importante tener en cuenta que los pensamientos y acciones suicidas disminuyen con un

tratamiento adecuado.

¿El hablar acerca de las señales del suicidio aumenta la probabilidad de que un niño o niña se haga daño?

Cualquier expresión de pensamientos o sentimientos suicidas en un niño o adolescente es una clara señal de sufrimiento y debe ser tomada seriamente por los profesionales de la salud, los padres, los miembros de la familia, los docentes y otras personas.

Los psiquiatras y otros especialistas de la salud mental han descubierto que cuando una persona joven habla sobre pensamientos suicidas, con frecuencia abre una puerta para conversar sobre la necesidad de tomar medidas especiales de precaución o protección por seguridad; por lo tanto, un enfoque del tratamiento que aumenta el debate de los que antes eran pensamientos o impulsos suicidas no expresados es útil. Mucho más preocupante y potencialmente peligroso es un joven con depresión que oculta la evidencia de que tiene pensamientos suicidas.

¿Cómo puedo estar seguro de que mi hijo sufre de depresión?

Un padre, médico, docente u otro adulto observador pueden notar los indicios de depresión en un niño o adolescente. Si usted sospecha la presencia de depresión, debe tratar de obtener una evaluación integral y un diagnóstico preciso. Estos son esenciales para el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado y efectivo.

Mientras que la investigación ha identificado los signos y síntomas de la depresión mayor, la depresión no es siempre un trastorno fácil de reconocer. En los niños, los síntomas clásicos a menudo pueden confundirse con otros problemas de la conducta o físicos, características como las que aparecen en la columna derecha del cuadro a continuación. Además, muchos de los jóvenes depresivos, también tendrán una segunda afección psiquiátrica.

Al menos cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes en tanto interfieran en el funcionamiento diario por un período mínimo de dos semanas.

Signos y síntomas del trastorno depresivo mayor.	Signos de depresión vistos frecuentemente en jóvenes.
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día	Estado de ánimo irritable o malhumorado, preocupación con canciones que sugieren que la vida no tiene sentido
Disminución en el interés /placer por las actividades que solían ser las favoritas	Pérdida de interés por los deportes, video juegos, y actividades con amigos
Pérdida /aumento de peso importante	Fracaso en el aumento de peso como normalmente se espera, anorexia o bulimia, frecuentes quejas sobre enfermedades físicas, por ej., dolor de cabeza o de estómago
Insomnio o hipersomnia	Mirar la televisión hasta altas horas de la noche, negación a levantarse para asistir a la escuela por la mañana
Agitación / retraso psicomotor.	Hablar acerca de huir de casa o realizar esfuerzos para huir
Fatiga o pérdida de energía	Aburrimiento persistente
Baja autoestima, sentimientos de culpa	Comportamiento opuesto y/o negativo
Disminución en la habilidad para concentrarse, indecisión	Bajo rendimiento en la escuela, frecuentes faltas
Ideas o comportamientos suicidas recurrentes	Ideas o comportamientos suicidas recurrentes (escribir sobre la muerte, regalar sus juguetes o pertenencias favoritas)

La depresión mayor o clínica es una forma de depresión dentro del grupo mayor de trastornos del estado de ánimo, también llamados trastornos “afectivos”. Estos incluyen la *distimia*, un trastorno del estado de ánimo en el que los síntomas son generalmente menos graves que en la depresión mayor, sin embargo, la enfermedad está marcada por un ciclo más crónico y persistente. Más que sufrir cambios episódicos de períodos bien definidos de depresión, el niño con *distimia* vive en un mundo teñido de un color gris sin alegría. Otra forma de la enfermedad es el *trastorno bipolar* en el que los períodos de depresión se alternan con períodos de manías cuyos contrastes son altos niveles de energía poco normales, grandiosidad y/o irritabilidad. El trastorno bipolar puede aparecer primero como un episodio depresivo. Las investigaciones han demostrado que el tratamiento de la depresión bipolar desconocida con antidepresivos puede disparar la fase maníaca de la enfermedad. Los niños que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar requerirán consideraciones especiales de tratamiento que deben discutirse con su médico.

¿En qué debe consistir el tratamiento?

El médico de su hijo, en consulta con los padres/tutores y, si fuera adecuado, con su hijo, debe desarrollar un plan de tratamiento integral. Éste incluirá, por lo general, una combinación de psicoterapia individual y medicación. También puede incluir terapia familiar o trabajo con el gabinete psicopedagógico de la escuela de su hijo.

El médico debe describir y hablar con usted y con su hijo o paciente adolescente acerca de los riesgos y beneficios de cualquier tratamiento, que pueden o no incluir un tratamiento con medicación.

Existe un antidepresivo, la fluoxetina o Prozac[®], que está formalmente aprobado por la FDA para tratar la depresión en los pacientes pediátricos. Sin embargo, usted debe saber que la prescripción de antidepresivos sin etiquetas, o sea, la prescripción de un antidepresivo que no ha sido formalmente aprobado por la FDA para ser usado con pacientes niños o adolescentes, es común y constante en la práctica clínica general. Aproximadamente del 30 al 40 por ciento de los niños y adolescentes que no responden a una medicación inicial, un número considerable responderá a una medicación alternativa.

Si usted y el médico de su hijo no detectan mejoría en la salud de su hijo dentro de las próximas 6 a 8 semanas, el doctor debe volver a evaluar el plan de tratamiento y considerar modificaciones.

¿Cómo puedo ayudar a controlar a mi hijo?

Si un niño o cualquier miembro de una familia sufre de depresión deben emplearse estrategias generales para la prevención del suicidio.

- Los objetos letales, tales como las armas, deben eliminarse de la casa, así como también, los medicamentos peligrosos en grandes cantidades, incluyendo a aquellos de venta libre, no deben dejarse en lugares accesibles.
- Las familias deben trabajar consultando con el médico de su hijo o con otro profesional de la salud mental para desarrollar un plan de acción de emergencia, incluyendo el acceso a un número telefónico disponible las 24 horas para lidiar con las crisis.
- Si su hijo expresa nuevos o más frecuentes deseos de morir o dañarse, o si toma medidas en esta dirección, debe contactar al doctor de su hijo inmediatamente.

La APA y AACAP creen que más que cumplir con un horario de control prescrito, es decir, un horario fijo que establezca con qué frecuencia y durante qué período los niños que reciben antidepresivos deben ver a un médico, la frecuencia y naturaleza del control deben personalizarse de acuerdo a las necesidades del niño y de la familia.

Algunos niños y adolescentes pueden mostrar, además, otras reacciones físicas y /o emocionales a los antidepresivos. Éstas incluyen aumento de ansiedad o incluso pánico, agitación, agresividad o impulsividad. Algunos pueden experimentar inquietud involuntaria o una euforia o energía injustificadas acompañadas por un discurso rápido, impulsivo y planes o metas poco realistas. Estas reacciones son más comunes al comienzo del tratamiento, aunque pueden darse en cualquier punto de su transcurso. Si usted detecta estos síntomas, consulte con su doctor. Puede ser apropiado adaptar la dosis, cambiarla por una medicación diferente o dejar de utilizar la medicación.

En un pequeño número de casos, un niño o adolescente podría tener reacciones extremas a los antidepresivos o a otros medicamentos comúnmente utilizados como la penicilina o las aspirinas como resultado de interacción genética, alérgica, con fármacos u otros factores desconocidos. Siempre que sienta preocupación por cualquier síntoma inesperado que observe en su hijo, comuníquese inmediatamente con el doctor del niño.

¿Qué otros tratamientos para la depresión en niños y adolescentes están disponibles además de la medicación?

Diversas formas de psicoterapia, incluyendo la terapia de conducta cognoscitiva (CBT) y la terapia interpersonal (IPT, por su sigla en inglés), han demostrado ser efectivas para tratar formas leves de depresión así como también la ansiedad y otros trastornos mentales y de comportamiento. El objetivo de la CBT es ayudar a un paciente a reconocer y modificar patrones de pensamientos negativos que puedan contribuir a la depresión. El objetivo de IPT es ayudar a una persona a encarar temas relacionados con las relaciones y los conflictos interpersonales que parecen ser importantes en el comienzo y/o durante la depresión. La consulta regular durante varias semanas con un profesional de la salud especializado dará como resultado una reducción de los síntomas de la depresión en alrededor de un tercio de los adolescentes. No obstante, como se mencionó previamente, pueden pasar varios meses de tratamiento antes de que el estado de ánimo depresivo y los pensamientos y sentimientos suicidas que lo acompañan comiencen a mejorar. Las investigaciones muestran también que cuando se utilizan en combinación con una medicación, las intervenciones tales como la CBT pueden tener un efecto protector importante contra las ideas y/o comportamientos suicidas.

¿Desaparecerá la depresión de mi hijo sin tratamiento?

La depresión tiende a aparecer y desaparecer en episodios, pero una vez que un niño o adolescente pasa por un período de depresión, es más probable que se deprima nuevamente en algún momento en el futuro. Sin un tratamiento, las consecuencias de la depresión pueden ser extremadamente graves. Los niños son propensos a tener problemas continuos en la escuela, en su casa y con sus amigos. También existe mayor riesgo de abuso de sustancias adictivas, trastornos de la alimentación, embarazo del adolescente y pensamientos y comportamientos suicidas.

¿Puede mi hijo continuar tomando un antidepresivo que ahora es prescrito?

Si su hijo está en tratamiento con una medicación y responde satisfactoriamente, debe continuar con el tratamiento. Las investigaciones sugieren que cualquier riesgo de aumento de pensamientos o comportamientos suicidas son más probables durante los tres primeros meses de tratamiento. Los adolescentes en especial deben conocer esta posibilidad y el paciente, los padres y el médico deben discutir un plan de seguridad, por

ejemplo: ¿con quién debe de comunicarse de inmediato el niño si llegara a tener pensamientos suicidas?

Lo más importante es que ningún paciente debe dejar de tomar los antidepresivos abruptamente por la posibilidad de efectos adversos de supresión tales como la agitación o una depresión más intensa. Los padres que consideran cambiar o terminar con el tratamiento antidepresivo del niño deben consultar siempre con su médico antes de tomar tal medida.

¿Cómo puedo proteger efectivamente a mi hijo que sufre de depresión?

Siendo el mayor tutor y defensor de su hijo, usted tiene el derecho a obtener toda la información disponible sobre la naturaleza de la enfermedad de su hijo, las opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios. Asegúrese de que a su hijo se le realice una evaluación integral. Haga muchas preguntas sobre el diagnóstico y sobre cualquier ciclo del tratamiento propuesto. Si no está conforme con las respuestas o la información que recibe, busque una segunda opinión. Ayude a su hijo a aprender, de acuerdo a su edad, acerca de la enfermedad para que él pueda ser una parte activa en el tratamiento.

Con el apoyo de:

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (www.aacap.org)
American Association of Suicidology (www.suicidology.org)
American Foundation for Suicide Prevention (www.afsp.org)
American Psychiatric Association (www.psych.org)
American Society for Adolescent Psychiatry (www.adolpsych.org)
Depression and Bipolar Support Alliance (www.dbsalliance.org)
Families for Depression Awareness (www.familyaware.org)
National Alliance for the Mentally Ill (www.nami.org)
National Association of Psychiatric Health Systems (www.naphs.org)
National Mental Health Association (www.nmha.org)
Society for Adolescent Medicine (www.adolescenthealth.org)
Suicide Awareness Voices of Education (www.save.org)
Suicide Prevention Action Network (www.spanusa.org)

Descargos de responsabilidad:

La información que se ofrece en esta guía no intenta ser, ni es un sustituto, de los consejos de los médicos profesionales. Todas las decisiones sobre el cuidado clínico deben tomarse después de consultar al médico que trata al niño/adolescente.

No se utilizaron fondos farmacéuticos para la preparación y mantenimiento de esta guía o del sitio web ParentsMedGuide.org.